

中南米・カリブ地域における UHC 達成に係る情報収集・確認調査

ファイナル・レポート

2021 年 8 月

独立行政法人
国際協力機構（JICA）

株式会社ティーエーネットワークキング

| |
|--------|
| 中南 |
| JR |
| 21-001 |

全体目次

| | | |
|------|---------------|---------|
| 第1章 | ドミニカ共和国 | 1~44 |
| 第2章 | エルサルバドル | 45~72 |
| 第3章 | グアテマラ | 73~117 |
| 第4章 | ハイチ | 118~149 |
| 第5章 | ホンジュラス | 150~198 |
| 第6章 | ブラジル | 199~234 |
| 第7章 | ボリビア | 235~280 |
| 第8章 | チリ | 281~308 |
| 第9章 | コロンビア | 309~334 |
| 第10章 | エクアドル | 335~359 |
| 第11章 | パラグアイ | 360~391 |
| 第12章 | ペルー | 392~423 |

第1章 ドミニカ共和国

目次

| | |
|---|-----------|
| 1. 基礎情報 | 1 |
| 1.1 一般情報..... | 1 |
| 1.2 政治・経済状況..... | 1 |
| 1.3 国家開発計画..... | 2 |
| 1.4 日本との外交・経済関係..... | 3 |
| 2. 保健セクターの概況 | 4 |
| 2.1 保健・人口の概要..... | 4 |
| 2.2 保健医療政策..... | 8 |
| 2.3 保健行政機関..... | 11 |
| 2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況..... | 12 |
| 2.5 保健医療サービスの供給体制..... | 13 |
| 2.6 主要保健医療サービスの利用状況..... | 14 |
| 2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況..... | 14 |
| 2.8 医薬品調達・供給..... | 17 |
| 2.9 ドナーの支援実績（案件名、スキーム、協力額、協力機関・完成年の一覧）..... | 18 |
| 2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ..... | 20 |
| 3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 22 |
| 3.1 財政の一般情報..... | 22 |
| 3.2 主要保健財政指標..... | 24 |
| 3.3 保健省予算..... | 26 |
| 3.4 診察料..... | 28 |
| 3.5 医療保険制度の関連政策..... | 29 |
| 3.6 公的医療保障制度..... | 30 |
| 3.7 民間医療保険の概要..... | 34 |
| 3.8 医療費等による家計破綻・困窮化..... | 35 |
| 3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ..... | 36 |
| 4. 協力の可能性（案） | 37 |
| 4.1 協力優先度の高いニーズ..... | 37 |
| 4.2 協力スキーム..... | 43 |

図表目次

| | | | | |
|------|--|-----|-----------------------|---|
| 表 1 | 4つの開発軸と各目標項目 | 3 | | |
| 表 2 | 保健指標..... | 9 | | |
| 表 3 | 非感染症疾患予防対策に係る9つの目標..... | 11 | | |
| 表 4 | IDBプロジェクト..... | 18 | | |
| 表 5 | ドミニカ共和国 JICAによる保健分野の協力実績（1990年から2020年） | 20 | | |
| 表 6 | ドミニカ共和国における各県の人口と医療施設状況..... | 21 | | |
| 表 7 | 保健部門への支出 | 25 | | |
| 表 8 | 候補協力案件の内容 | 38 | | |
| 表 9 | 【1】非感染性疾患に係る戦略 Heart Strategy との連携協力..... | 41 | | |
| 表 10 | 協力候補案件の5項目評価..... | 43 | | |
| 表 11 | 候補案件における協力スキーム等 | 44 | | |
| | | | | |
| 図 1 | ドミニカ共和国地図..... | 1 | | |
| 図 2 | 労働者における非正規雇用比率の推移（2010年から2019年） | 2 | | |
| 図 3 | 1999年における人口ピラミッド | 図 4 | 2019年における人口ピラミッド..... | 5 |
| 図 5 | 2039年における人口ピラミッド予想..... | 5 | | |
| 図 6 | 死亡原因の内訳..... | 6 | | |
| 図 7 | 喫煙、肥満、高血圧症に関する現状と将来予測..... | 7 | | |
| 図 8 | ドミニカ共和国における障害調整生命年（DALY） | 7 | | |
| 図 9 | 1990年と2019年の死因における疾病構造の変化..... | 8 | | |
| 図 10 | 保健省の組織図（詳細は付属資料1を参照のこと） | 12 | | |
| 図 11 | USAIDによる援助 | 18 | | |
| 図 12 | ドミニカ共和国の財政収支の推移..... | 23 | | |
| 図 13 | ドミニカ共和国の貿易収支の推移..... | 24 | | |
| 図 14 | ドミニカ共和国の政府総債務残高の推移..... | 24 | | |
| 図 15 | 総保健支出の財源別内訳図..... | 25 | | |
| 図 16 | 2017年、2050年総保健支出の財源別内訳比較..... | 26 | | |
| 図 17 | 保健省予算（1） | 27 | | |
| 図 18 | 保健省予算（2） | 28 | | |
| 図 19 | ドミニカ共和国国民健康保険システム図..... | 32 | | |
| 図 20 | 家族保険加入者数の推移（2010-2019） | 33 | | |
| 図 21 | 型別の保険加入者の推移（2010-2019） | 33 | | |
| 図 22 | 保険加入割合（2010-2019） | 34 | | |
| 図 23 | 民間ARS保険会社の加入者割合..... | 35 | | |

1. 基礎情報

以下は、一般情報、政治・経済状況、国家開発計画及び日本との外交・経済関係を示す。

1.1 一般情報

ドミニカ共和国は、カリブ海に浮かぶ島々のなかで、2 番目に大きいイスパニョーラ島の東側約 3 分の 2 を占めており、西側にはハイチ共和国がある。人口は 1,073 万人規模で、行政区域は 31 の州で首都はサントドミンゴである。

GDP は 88,941 百万ドル¹ (2019 年) で、世界ランキング第 67 位である。主な産業は観光業で、2015 年には 61.5 億ドルの収入を上げている。基本的な健康と発達の指標は 1990 年から 2015 年の間着実に改善し、2019 年の人間開発指数 (HDI) は 0.718 となっている²。



図 1 ドミニカ共和国地図

1.2 政治・経済状況

ドミニカ共和国の政治形態は立憲共和政で、元首には大統領が就き、議会は上院、下院の 2 院制で、任期はそれぞれ 4 年である。現在、同国は政治的に大きな転換期を迎えている。2004 年から政権についたドミニカ解放党 (PLD) は、経済成長、国際化、近代化を成し遂げたと評価された。また、対 GDP 比 4% の教育予算確保、観光開発、地方経済支援、低所得者向け施策、マクロ経済の安定等に成果をあげた。しかし、治安の悪化や政府内の汚職等の社会問題に加え、経済発展に伴う貧富の格差の拡大により国民の不満は高まった。その結果、2020 年 7 月の大統領選挙で野党現代革命党 (PRM) に敗れ、ルイス・ロドルフォ・アビナデル・コロナ氏が大統領に就任した。国会議員選挙では、野党 PRM が上下両院ともに第 1 党を獲得した。したがってこの政権交代により、これまでの政策が変えられる可能性を十分に考慮したい。

経済においては、国際通貨基金 (IMF) の 2019 年の報告³によると、2014 年以降、マクロ経済・金融政策の安定と好景気に支えられ、西半球で最も高い 6.6% に及ぶ力強い成長を遂げている。政府のインフレ率の抑制は機能しており、IMF は、下振れリスクに対する体制もあるこの経済・政策の好調な業績が、今後も続くとみている。しかし、膨らむ大幅な財政赤字、貿易収支の赤字など脆弱性は残っており、さらに、新型コロナウイルス感染拡大による財政負担等も存在することから、楽観できない状況である。しかしながら中米カリブ海諸国内における、ドミニカ共和国の存在感は大きい。「中米統合機構 (SICA) ⁴」は、地域の経済

¹ <https://www.worldbank.org/ja/news/feature/2014/03/24/open-data-economy>

² UNITED NATIONS DEVELOPMENT Human Development Reports <http://hdr.undp.org/en/data>

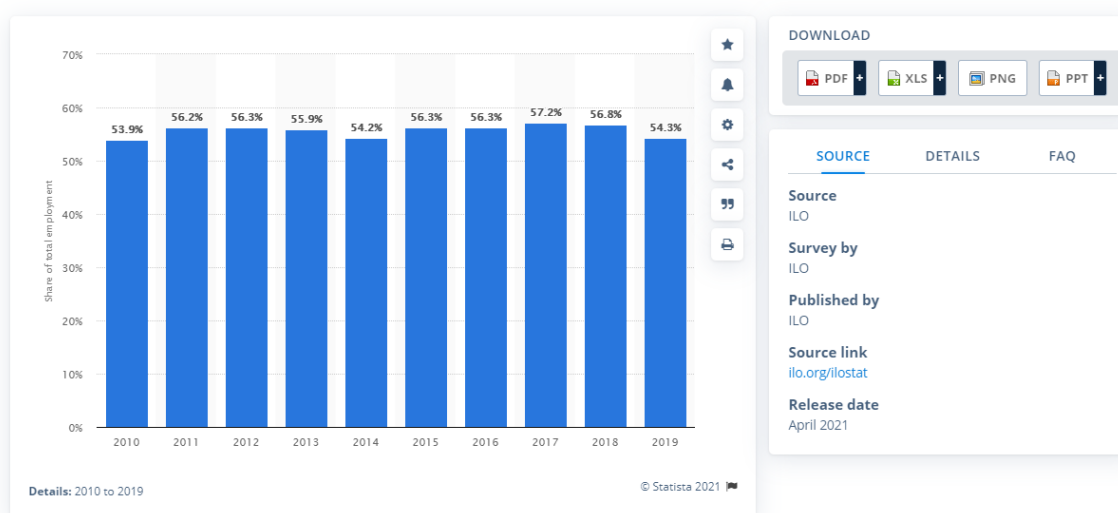
³ [mf.org/en/Publications/CR/Issues/2019/08/15/Dominican-Republic-2019-Article-IV-Consultation-Press-Release-Staff-Report-and-Statement-by-48592](http://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2019/08/15/Dominican-Republic-2019-Article-IV-Consultation-Press-Release-Staff-Report-and-Statement-by-48592)

⁴ SICA : <https://www.sica.int/>

社会の統合を図り、平和、自由、民主主義、開発を推進することを目的に、グアテマラ、エルサルバドル、コスタリカ、ニカラグア、ホンジュラス、パナマ、ベリーズ、ドミニカ共和国の中米 8 カ国の地域内統一市場の実現を目指している。中でも、ドミニカ共和国は、経済、社会インフラ、政治の安定度からその主導的な役割を担えるポテンシャルを持っている国である。一方、同国政府は、国内の労働者について、は非正規雇用者を 2025 年までに 45%、2030 年までに 40%にする目標を掲げているが、国際労働機関（ILO）の 2011 年から 2019 年までの報告⁵では、インフォーマル労働者は 55%前後を推移し、2019 年では 54.3%で改善は見られない。

Economy & Politics > Economy

Informal employment as percentage of total employment in the Dominican Republic from 2010 to 2019



出所： <https://www.statista.com/statistics/1039939/informal-employment-share-dominican-republic/>

図 2 労働者における非正規雇用比率の推移（2010 年から 2019 年）

1.3 国家開発計画⁶

ドミニカ共和国では 2009 年に国家開発戦略 2030 法令第 1-12 号（Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 Rep. Dominica-Ley 1-12）が公布された。これは 2010 年から 2030 年までの長期開発計画となっている。

同開発戦略は、長期的な国の方向性と政府の権限、政治、経済、及び社会における責任を明確にするため、①民主的社会の構築、②機会と権利の平等な社会、③持続可能で競争力のある経済、④気候変動に適応した社会構築を主軸とし、その達成により社会基盤の強化を図ることを目的としている。

同開発戦略には、4 つの開発軸と具体的な 19 の目標を設置、その下部には、目標達成のための 58 の小項目と 460 の活動が設けられている。

4 つの開発軸と各目標項目は、以下の通りである。

⁵ <https://www.statista.com/statistics/1039939/informal-employment-share-dominican-republic/>

⁶ ドミニカ共和国国家開発戦略 2030： <https://mepyd.gob.do/estrategia-nacional-de-desarrollo-2030/>

表 1 4つの開発軸と各目標項目

| 開発軸 | 目標 |
|---------------------------|---|
| 第1 開発軸： 民主的社会的構築 | ① 行政組織 ② 治安 ③ 民主的住民参加 ④ 国防 |
| 第2 開発軸： 機会と権利の平等な社会 | ⑤ 質の高い教育 ⑥ 保健・社会保障の統合 ⑦ 地域格差是正・機会均等 ⑧ 領土の結束 ⑨健康的な住居 ⑩ 文化国家 ⑩ スポーツ・リクレーションによる人間開発 |
| 第3 開発軸： 持続可能で競争力のある経済 | ⑪ 環境に配慮した革新的で持続発展的な経済 ⑫ エコで効率的かつ持続的なエネルギー供給 ⑬ 競争力のある社会 ⑭ 技術・開発 ⑮ 雇用創出 ⑯ 生産的で競争力のある世界経済への統合 |
| 第4 開発軸： 気候変動に適応した社会的構築 | ⑰ 環境 ⑱ 災害対策 ⑲ 気候変動対策 |

出所：Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 Rep. Dominicana-Ley 1-12 を基に作成。

保健医療に関連する第2 開発軸の目標は、以下の通りである。

- 国家保健システムの統合による包括的なケアモデルへのアクセス
- 国民健康保険の整備
- 持続可能な社会保障システムの構築

また、その評価指標、ベースライン値、及び 2030 年までの数値目標が設定されている。評価指標としては、母子保健、感染症、栄養及び保健システム関連等の様々な分野から、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率、マラリア・結核・デング熱の死亡率、HIV 感染率及び投薬率、低体重児率、慢性栄養失調率、非感染症慢性疾患率、GDP における保健、医療施設へのアクセス率、公共水道利用率などが挙げられている。

一方、社会保障関連では、国民健康保険加入率、失業率、就業率や給与における男女格差、児童労働率、女性の国会議員率など、機会均等を測る指標が設けられている。現在、この国家開発戦略が保健政策の指針となっており、UHC 達成に向けた国家戦略となっている。

1.4 日本との外交・経済関係⁷

ドミニカ共和国と日本は、1934 年 11 月に外交関係を樹立した。第2 次世界大戦により 1941 年 12 月に外交関係を断絶したが、1952 年 6 月に再開した。1956 年には日本からの移民

⁷ 在ドミニカ共和国日本大使館：https://www.do.cmb-japan.go.jp/itpr_ja/relaciones.html

が開始され、1957年に両国において大使館が設置された後、査証免除取極が締結された。

技術協力関連では、1985年に青年海外協力隊派遣取極が交わされ、2006年に技術協力協定が締結された。同年7月、日本人移住50周年を迎え、東洋野菜の普及などの功績によりドミニカ社会に貢献したことが高く評価された。

経済関係においては、当国の2019年の財務省貿易統計によると、日本への輸出は、科学光学機器、電気機器、医療用品、カカオ豆等で150.86億円、日本からの輸入は自動車、一般機械、科学光学機器、鉄鋼、ゴム製品等で290.40億円となっている。

2018年までの日本政府による援助実績⁸は、交換公文(E/N)ベースで有償協力総額316.00億円、無償資金協力269.40億円、技術協力では、JICA経費実績ベースで352.55億円となっている。日本企業の進出は、2019年10月時点において13社あり、そのうち、現地法人化した日系企業は10社である。また、在留邦人は778名、そのうち永住者は565名である⁹。

2. 保健セクターの概況

ドミニカ共和国の保健セクターの概況として、以下に、保健・人口の概要、保健政策、保健行政機関、保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況、保健医療サービスの供給体制、保健医療サービスの利用状況、疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況、医薬品調達・供給、ドナーの支援実績、及びUHC達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズについて示す。

2.1 保健・人口の概要

図3と図4に示す通り、ドミニカ共和国の人口は834万人（1999年）から1,073万人（2019年）まで増え、この20年間で人口増加率は29%である。これは、世界平均の同年間の成長率27%を上回る。また、人口ピラミッドの形状は、20年間で富士山型から釣鐘型へと変化しつつある。15歳未満の人口は1%の増加に対し、15歳から65歳未満までの生産層は39%の増加、さらに65歳以上の高齢層においては100%以上と倍増している。総人口に占める割合においても高齢層は1999年4.7%に対し2019年は7.3%と増加しており人口構成は高齢化を示している。（PopulationPyramid.net¹⁰）

図5に示す通り、2039年の予想ピラミッドは、さらに釣鐘型が強くなり、人口増加率は15%の予想であるが、15歳未満は10%減少し、15歳以上65歳未満の生産層は16%の増加、そして65歳以上の高齢層は102%増大しており、総人口に占める高齢層の割合は12.4%に上昇する予想である。一方、総人口における15歳未満の割合は、1999年は35.3%に対し2019年は、27.7%、2039年の予想では21.6%と減少傾向であることから、少子高齢化社会へと進むと予想される。

⁸ 在ドミニカ共和国日本大使館：https://www.do.emb-japan.go.jp/itpr_ja/relaciones.html

⁹ 在ドミニカ共和国日本大使館：https://www.do.emb-japan.go.jp/itpr_ja/relaciones.html

¹⁰ 年齢別人口：<https://www.populationpyramid.net/>

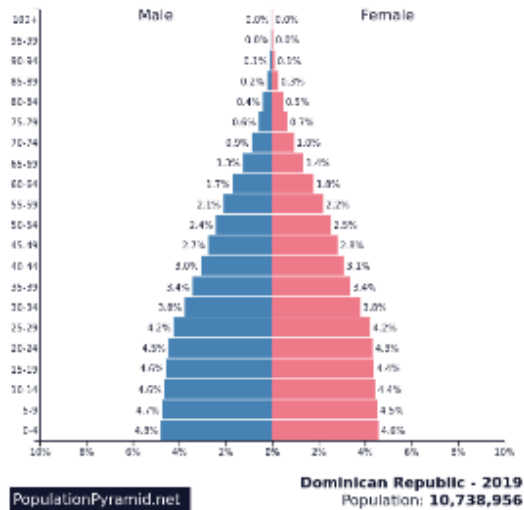
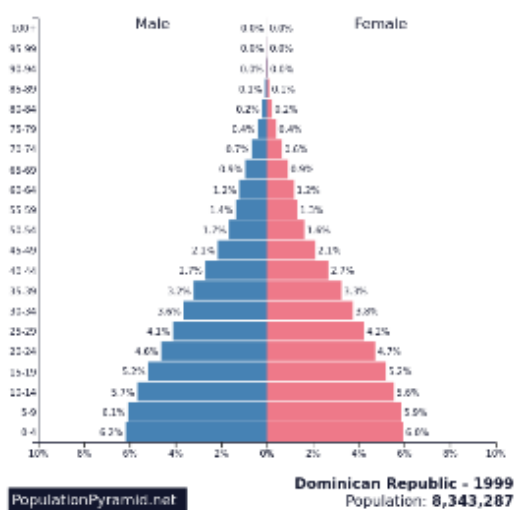


図 3 1999 年における人口ピラミッド

図 4 2019 年における人口ピラミッド

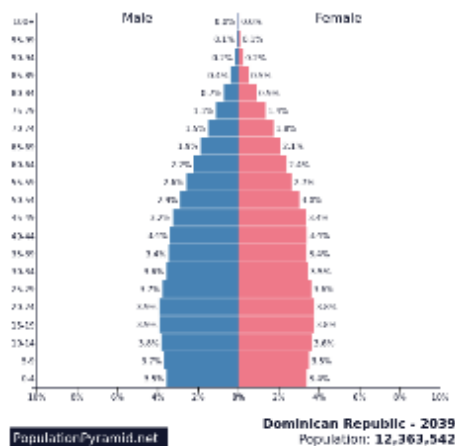


図 5 2039 年における人口ピラミッド予想

2018 年のドミニカ共和国の平均余命は、73.9 歳（男性 70.8 歳、女性 77.2 歳）である。WHO の非感染性疾患の国別プロファイル 2018¹¹によると、2016 年の死因は 1 位：循環器疾患（35%）、2 位：がん（16%）、3 位：感染性疾患、妊産婦・周産期、栄養状態によるもの（16%）、4 位：その他の非感染性疾患（15%）、5 位：外傷（12%）、6 位：糖尿病（4%）、7 位：慢性呼吸器疾患（3%）となっており、非感染性疾患による死亡は全死因の約 72%を占めている。

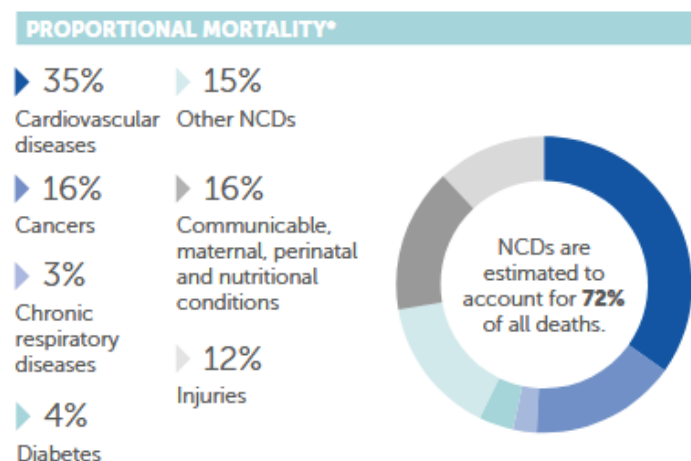
母子保健 に関して¹²、1990 年の対出生千人 5 歳未満児の死亡率は 46、1 歳未満児の死亡率は 24 であった。しかし、2018 年の統計データによると、5 歳未満児の死亡率は 24、1 歳未満児の死亡率は 19 へと確実な減少が認められた。妊産婦死亡率についても、1990 年は対 10 万人中 230 であった。2017 年には、95 まで減少しており改善がみられたが、これは中南

¹¹ https://www.who.int/nmh/countries/2018/dom_en.pdf?ua=1

¹² <https://www.unicef.or.jp/sowc/data.html>

米カリブ海諸国地域の平均 74（2017 年）をはるかに上回っている。また乳幼児死亡率も 5 歳未満児は 29、1 歳未満児は 24 で、同地域平均値である 5 歳未満児 16、一歳未満児 14 と比較すると大分高い値である。妊産婦死亡について WHO の報告¹³では、2000 年は 79、2005 年では 64 と改善したが、その後 2010 年 75、2015 年 92、2017 年 95 と悪化した。この妊産婦死亡の増加原因については特定できておらず、UNICEF¹⁴によると、産前健診率は 97.9%、施設分娩率は 98.0%と大変高い値であることから、死亡の 80%は回避可能であったとされる。主な死亡原因は、高血圧症、産前産後の出血、敗血症などの感染症であるが、同国保健省と国連人口基金による「妊産婦死亡率におけるジェンダー分析」の報告書¹⁵では、医療施設における基本的な医療サービスの質の低さが問題視されている。また具体的には、医師、看護師による陣痛中、中絶後、産褥中のケアの質の低さ、妊娠・出産・産褥期のケアに関する規範の不履行、妊産婦死亡記録の不備、基本的な機材、薬剤、衛材の不備などが挙げられている。この問題は一次医療施設から三次医療施設まですべての医療レベルに共通する課題である。

なお、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染状況は、WHO/PAHO の報告¹⁶によると、2021 年 7 月 1 日時点で感染者数 326,193 人、死亡者数 3,840 人となっている。



出所： https://www.who.int/nmh/countries/2018/dom_en.pdf?ua=1

図 6 死亡原因の内訳

また、下図に示す通り、喫煙、肥満、高血圧症に関する現状と将来予測、世界的目標との比較を行うと、非感染性疾患の罹患リスクの高さが伺える。

¹³ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf?sequence=1

¹⁴ <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/salud-y-supervivencia>

¹⁵ <https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Analisis%20Genero%20de%20la%20Mortalidad%20Materna-web-.pdf>

¹⁶ WHO/OPS Reporte de Situación 31-República Dominicana : <https://www.paho.org/es/documentos/reporte-situacion-31-republica-dominicana-datos-reportados-por-autoridades-nacionales-30>

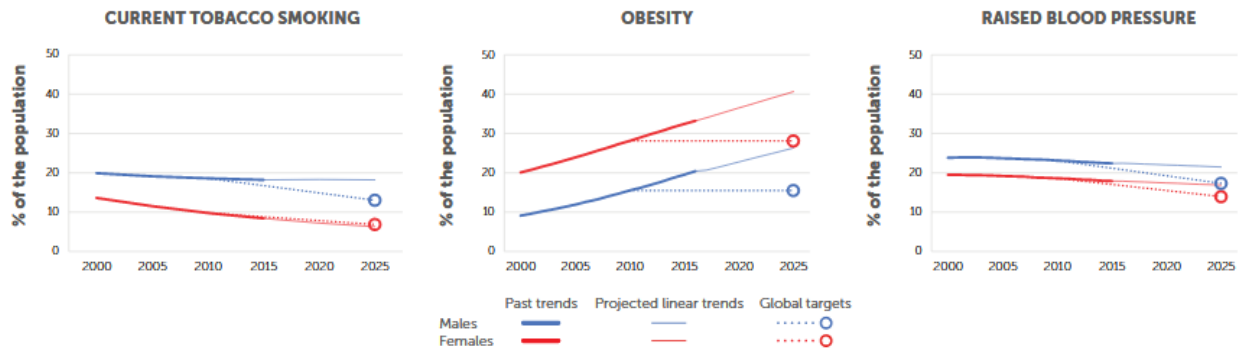
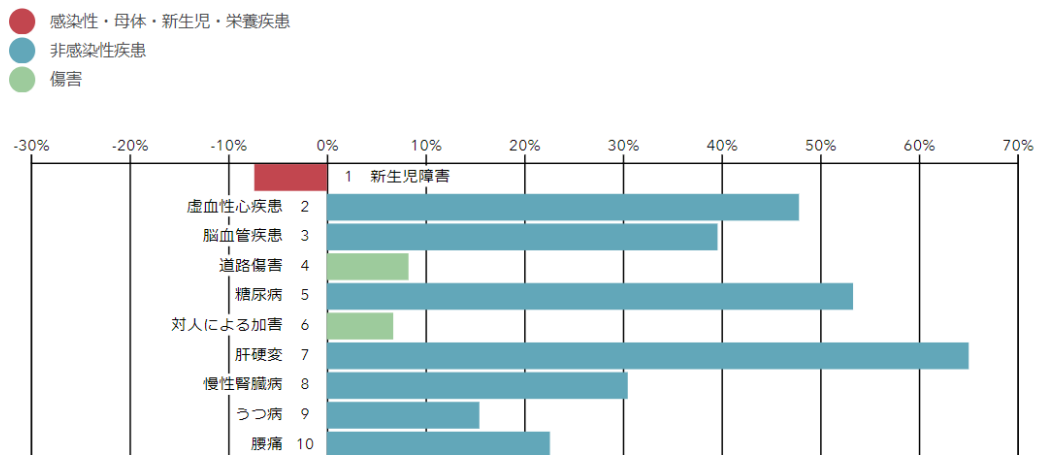


図 7 喫煙、肥満、高血圧症に関する現状と将来予測

総合的疾患負荷の推移である障害調整生命年（DALY : Disability-Adjusted Life Year）¹⁷で見ると、図 8 に示す通り、2009 年から 2019 年の 10 年間に、新生児死亡率が 8% 近く減少している。一方で、NCDs 関連は増加傾向にあり、肝硬変 65%、糖尿病 53%、虚血性心疾患 48%、脳卒中 39%、慢性腎疾患 30% が死因の上位 5 位を占めている。また、交通事故は 8%。暴行障害は 6% の増加となっており、これらは政策の重点課題となっている。

死亡・障害を合わせて最も多い死因は？



2019年の死亡・障害原因（DALY）上位10位と2009年～2019年の変化率（全年齢合計）

関連文献を参照：[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

図 8 ドミニカ共和国における障害調整生命年（DALY）

世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease Study）¹⁸の結果によると、図 9 に示す通り、国際疾病分類（レベル 2）に沿って死亡を青色部分の非感染性疾患（NCs、オレンジ部分の感染性疾患、緑部分の外傷の 3 つのグループに分けたとき、1990 年において、総死亡の 49.7%

¹⁷ <http://www.healthdata.org/dominican-republic>

¹⁸ <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

が NCDs、39.4%が感染性疾患・母子・栄養疾患、10.9%が外傷であったことが分かる。これは、すでに NCDs による死亡が感染性疾患・母子疾患・栄養疾患による死亡を上回っていたことを表している。また、2019 年時点では、NCDs75.8%、感染性・母子・栄養疾患 13.6%、外傷 10.6%と NCDs が死因の 3/4 以上を占めている。NCDs では、循環器疾患が 21.8%から 38.5%に、がんなどの新生物疾患が 8.7%から 15.3%に、糖尿病及び腎疾は 3.7%から 7.4%と増加が顕著である。

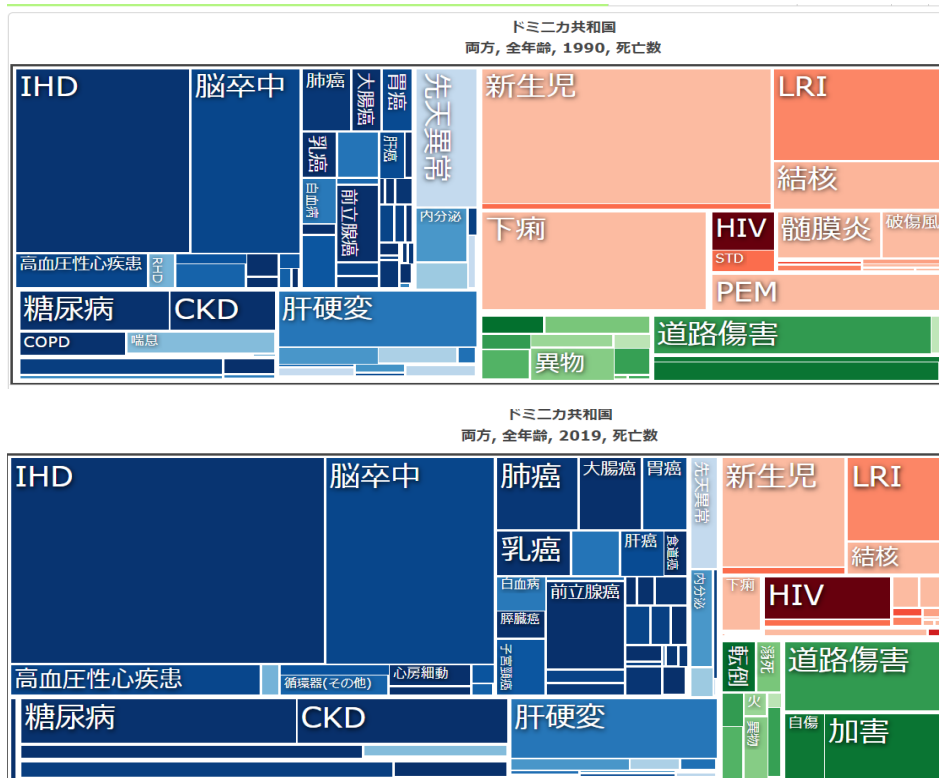


図 9 1990 年と 2019 年の死因における疾病構造の変化

2.2 保健医療政策

ドミニカ共和国では、保健省（MSP：Ministerio de Salud Pública）を中核に、「すべての国民に平等な保健医療を提供する」というミッションを掲げ、国民保険制度の導入や普遍的な社会保障制度を推進している。また、2001 年 3 月 8 日に一般保健法令第 42-01 号、2001 年 5 月 9 日にドミニカ社会保障制度法令第 87-01 号が公布され、この 2 つの基本法によって、医療制度改革に向け国民社会保障・健康保険システムの基盤が整備された。さらに、この社会保障整備の一環として、国家健康保険システムの構築のため、行政統括、社会保障、資金調達、保健・医療サービス供給の機能が分化された。その具体的な関連機関は、以下の通りである。各機関の役割は、3.6 「公的医療保険制度」で後述する。

- 保健省：社会保障・健康保険制度全般を統括
- 国家保健サービス庁（SNS：Servicio Nacional de Salud）

- 国家社会保障審議会 (CNSS: Consejo Nacional de Seguridad Social)
- 国家健康保険庁 (SENASA : Segro Nacional de Salud)
- 社会保障資金管理局 (TSS : Tesorería de la Seguridad Social)
- ドミニカ労働安全衛生庁 : (IDOPPRIL : Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales)
- 健康保険者情報・安全管理局 (DIDA : la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados)
- 保健・労働リスク管理庁 (SISALRIL : Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales)
- 健康リスク管理組織 (ARS : Administradora de Riesgos de Salud)。

この社会保障制度の更なる発展を目指して作成されたのが「国家開発戦略 2030」であり、同開発戦略において、保健分野に該当する目標は「2.2 : 保健と社会保障」である。これを受け、同国保健省は中期計画である国家計画 2017-2020¹⁹を作成し、以下の目標を設定している。

2.2.1 : 国家保健制度の統合により、健康増進と疾病予防を行う統合ケアモデルへの国民のアクセスを保証する。(保険料拠出型、貧困者対策、公立・民間医療機関、労働災害、障害者の統合)

2.2.2 : 保健サービスへのアクセスを保証するために、健康保険のユニバーサル化と自己負担費用の削減を実現する。

2.2.3 : 高齢者、障害者、リスクのある弱者に対して、普遍的で統一された持続可能な社会保障制度を保証する。

また、ドミニカ共和国政府は、この社会保障制度を整備するために以下 13 の指標を設けている。

表 2 保健指標

| 期待される成果 | 指標 | ベースライン値 (2015 年) | 2019 年の達成状況 | 2020 年までの目標 | 責任機関 |
|----------------------------|---|---------------------|-------------|-------------|------|
| 妊産婦死亡率削減 | 妊産婦死亡率 (対出生 10 万) | 99.3 | 92.3 | 70 | 保健省 |
| | 乳幼児死亡率 (対出生 1000) | 31 (2014 年) | 20.8 | 18 | |
| 乳幼児死亡の削減 | 5 歳未満児の死亡率 (対出生 1000) | 35 | 22.7 | 26 | |
| | 新生児死亡率 | 24 (2013 年) | 16 | 14 | |
| ワクチン接種による 予防可能な疾患 強化 | 1 歳児への麻疹、 風疹、 おたふく風邪予防 接種率 | 87.5 (2014 年) | 98.2 | 95 | |
| | 4 歳未満児へのお たふく風邪、百日 咳、ジフテリア予 防接種率 | 90.5 | 90 | 95 | |
| | 1 歳未満児への | 76.3 | 104.2 | 95 | |

¹⁹ MINISTERIO DE ECONOMÍA, PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO : <https://www.transparenciafiscal.gob.do/documents/20127/53001/Informe+del+PNPSP+2019.pdf/00b16227-5127-5a36-0b91-a6e6c33e9dae>

| 期待される成果 | 指標 | ベースライン値 (2015年) | 2019年の達 成状況 | 2020年ま での目標 | 責任機関 |
|------------------------------|---|--------------------|----------------|----------------|---------|
| 低年齢出産の減少 | ポリオ IPV の初回 投与 | | | | |
| | 5歳未満児の重度 な結核罹患率 | 0.31 (2014年) | 0 | 0.10 | |
| 呼吸状態の症状で の結核発見増加と治 療 | 低年齢妊娠率 | 27.15 | 24 | 16.4 | |
| デングの発見増加 | 呼吸状態での診断 率 | 72 | 74 (2018年) | 90 | |
| | 治療による治癒率 | 78.10 | N/D | 90 | |
| HIV/エイズ蔓延防 止 (削減) | デング熱検体陽性 率 | 73.8 | 74 | 90 | |
| | アウトブレイクを 適時発見した率 | 0 | N/D | 70 | |
| 高額薬剤による治 療の投薬実施率の 向上 | デング熱による死 亡の検死率 | 66.98 | 44 | 100 | |
| | 包括的なケアおけ るエイズ患者率 | 84.4 | 72.9 | 90 | |
| NCDs 早期発見率向 上 | 完全なプロトコル による妊婦の HIV 検査 率 | 94.4 | N/D | 100 | |
| | 病状が進行してい る HIV 患者の治 療薬 ARV の投与 率 | 76.5 | 81 | 90 | 保健省 |
| 犬・猫予防接種拡大 | 高額医療プログラ ムでの薬剤投与率 | 39 | 32 | 59 | |
| | 糖尿病有病率 | 9.9 | N/D | 5.9 | |
| 医療ネットワーク の拡大 | 高血圧症有病率 | 35 | N/D | 70 | |
| | マンモグラフィ実 施率 | 58 (2013年) | N/D | 70 | |
| 交通事患者の 迅速な搬送 | ババニコラス検査 率 | 58 (2013年) | N/D | 70 | |
| | 前立腺検査率 | 47 (2013年) | N/D | 70 | |
| 医療ネットワー クの拡大 | 犬・猫の予防接種 率 | 89 | 63 | 95 | |
| | 交通事故患者を 迅速に搬送した率 | 25 | 76 | 55 | |
| 必須医薬品へのア クセス向上 | 一次医療施設で診 療を受けた受診者率 (対人 口) | 0.56 | 0.88 | 0.80 | SNS |
| | 異なるレベルの医 療施設ネットワークでの 薬剤受領率 | 80 | N/D | 100 | |
| 市町村における公 的薬局ネットワ ークの拡大 | 国家保健システム の医療施設におけ る薬剤・医療消耗 品供給率 | 82 | 64 | 95 | PROMESE |
| | 公的薬局ネットワ ークの拡大 | 492 (2016年) | 550 | 592 | |
| | 市町村における公 的薬局ネットワー クのカバー率 | 49 | N/D | 100 | |

出所：多年度保健分野国家計画 El Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP)

生活習慣に伴う罹患リスクについては前述した通り、非感染性疾患 (NCDs) が死因の多

くを占めている。保健省はこの現状を鑑み、PAHOの「非感染症疾患予防管理戦略 2012-2025」に対応するため、「非感染症疾患予防管理国家計画 2019-2024 (Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles 2019-2024)」を制定した。これは、2014年から2017年に実施された非感染症疾患予防対策を継続するかたちで、分野間の連携による更なる効果を目指した対策を実施している。次の9つの目標を掲げ、実際に具体的な活動を展開している。

表 3 非感染症疾患予防対策に係る 9つの目標

| |
|---|
| 目標 1：循環器疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患による死亡を 12%削減 |
| 目標 2：有害なアルコール消費量を 5%減少 |
| 目標 3：15 歳以上の国民のたばこ消費量を 15%削減 |
| 目標 4：運動不足の割合を 5%減少 |
| 目標 5：1 日の塩分摂取量を平均 30%減少 |
| 目標 6：高血圧有病率を 12%削減 |
| 目標 7：糖尿病及び肥満有病率増加の停止 |
| 目標 8：心臓発作や脳卒中対策のための教育（少なくとも、必要な国民の 50%が薬物療法と専門的助言（血糖コントロールを含む）を受ける） |
| 目標 9：非感染症疾患の治療のため、保健医療機関における基本技術と後発医薬品を含む必須医薬品の 80%を可用化 |

出所：Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles 2019-2024

プライマリヘルスケア（PHC）政策に関しては、一般保健法とドミニカ社会保障制度法の枠組みの中で、地域保健強化のため、地域保健ユニット政策（UNAP：Unidades de Atención Primaria）が推進された。地域保健の中核は、地域の保健センター（Centro de Salud）、または小規模の診療所（Dispensarios、Consultorios）といった一次医療施設で、予防、健康教育、治療等の PHC の拠点となっている。ここでは医療の必要に応じて、一次医療施設から二次医療施設、三次医療施設、専門医療センターに紹介され、治療終了後は、一次医療施設に逆紹介されるリフェラル・カウンターリフェラルシステムが推進されている。しかしながら、健康保険の枠組みに民間医療施設を含めたことにより、同システムは複雑化している。

同国の保健において、母子保健は依然として重点課題であり、2019年から2024年の中期国家計画となる保健政策においても、改善に向けての目標が挙げられている。

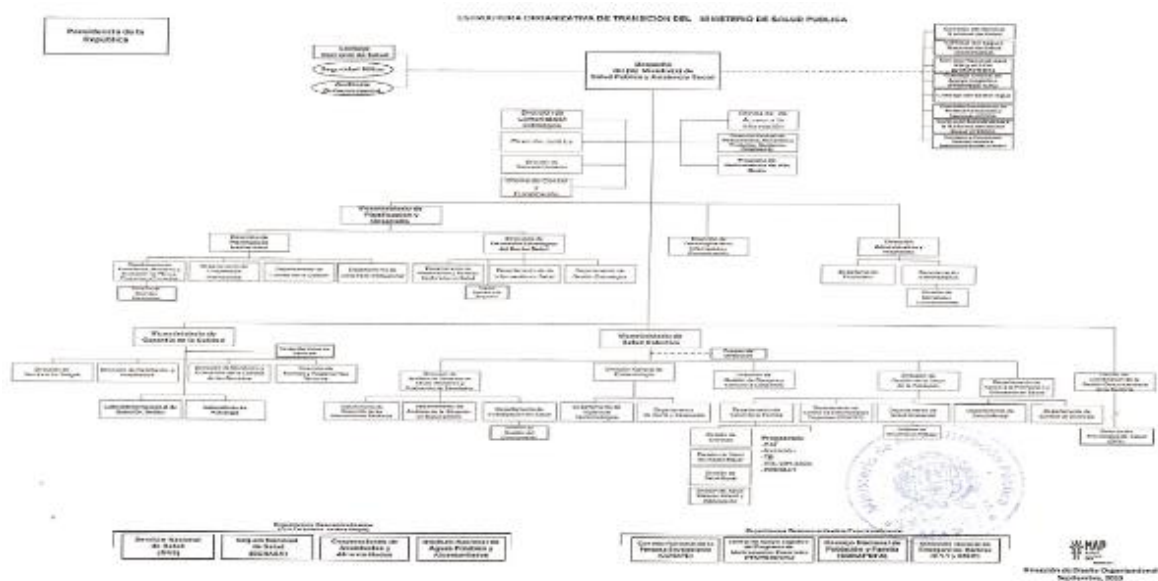
2.3 保健行政機関

保健医療政策、及び社会保障全般の事業を保健省（Ministerio de Salud Pública）が統括している。2001年、保健基本法と社会保障制度法により、普遍的な社会保険システムの整備に向け、関連省庁の組織が大幅に改組された。保健省においては、普遍的な社会保障政策を推進する要として、2005年に国家健康保険庁（Seguro Nacional de Salud）が創設され、さらに国家健康保険の導入による診療増加を補うための医療施設インフラの整備や公立医療施設の運営管理強化を図るため、国家保健サービス庁が設けられた。それまで公立医療機関を管

轄していた保健省サービス局から、公立医療機関の管理運営の全権が同庁に移管された。両庁は保健省内部機関ではあるが、独立行政機関として運営・予算管理は独立して実施しており、機能的には保健省の管理下にはない。

社会保障・健康保険に関連した機関として、社会保障資金管理局（TSS）、ドミニカ労働安全衛生庁（IDOPPRIL）、健康保険者情報・安全管理局（DIDA）が存在し、労働省内に配置されているが同じく独立行政機関である。また、社会保障制度を監督する保健・労働リスク管理庁（SISALRIL）は省配下ではなく、社会保障制度の最高意思決定機関である国家社会保障審議会に属する独立行政機関となっている。

図 10 は、2015 年に作成された保健省の組織図である。これは現在も改組中で、その暫定案が公表されている。



出所： https://www.msp.gob.do/web/?page_id=3168

図 10 保健省の組織図（詳細は付属資料 1 を参照のこと）

2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況

ドミニカ共和国において、人口保健調査（DHS: Demographic Health Survey）は 2002 年、2007 年及び 2013 年に実施されている。生活基準調査（LSMS: Living Standards measurement Study）は実施されておらず、NCDs のリスクファクターを調べる STEPS 調査（STEPwise Approach to Surveillance）や地区保健医療情報システムである DHIS (District health Information System) も未導入である。

情報システム（電子カルテ等）の整備・利用に関して、公立医療機関を統括する国家保健サービス庁（SNS）は、各医療施設に対し、疫学的情報（患者情報、診断名、診療部門の検査実績等）を指定のフォームに入力し週報するよう義務付けている。報告内容は、感染症関連（下痢症、肝炎、気管支炎・肺炎等の急性呼吸器疾患、インフルエンザ、デング熱、HIV 等）、非感染症疾患（糖尿病、高血圧症、心血管疾患等の NCDs、外傷等）、及び母子保健関

連疾病の罹患率、精神保健関連と外来、救急外来、入院患者情報、検査実績等である。同庁は、疫学管理情報システムを使用し、指定フォームに入力された各医療施設の診療状況、実績、疫学データをインターネットにて情報収集し、診療状況のモニタリングを実施している。

各医療施設には、同庁が定めた診療統計及び疫学データを管理するシステムは導入されておらず、各病院によってその体制は異なる。2002年には世界銀行の支援により、病院の運営管理強化を目的として、三次医療施設に財務管理と患者情報（患者基礎情報、診断名、会計、経理、購買管理、給与管理、物品管理等）管理システムが導入された。

国立病院最大級の三次医療病院である国立 Luis E.Aibar 病院の下には、JICA が 2000 年に無償供与した日本ドミニカ友好医学教育センター（画像診断および疫学研究施設）があり、2003 年、Luis E.Aibar 病院と並行して同医学教育センターにおいても、同システムが導入された。同センター事務長の情報によると、システムは新たに更新され、財務管理情報のみならず、患者統計や疫学データの集約目的でも活用されているとのことであった。

また、同センターは医療用画像管理システム PACS を有しており、診療及び教育に使用している他、患者サービスの向上を目的とした携帯用アプリを使用し、予約、問い合わせ、受診後の満足度調査も行えるシステムを導入予定とのことであった。

しかし、同じ Luis E.Aibar 病院配下の消化器病疾患センター（1990 年 JICA 無償供与）では、Excel を使用して患者統計及び疾病情報を取りまとめており、その体制は各医療施設により異なっているとのことであった。国家保健サービス庁が取り組んでいる病院診療情報システムの導入推進事業については、同サービス局関係者からのヒヤリングではまだ検討段階とのことであった。

2.5 保健医療サービスの供給体制

公的医療機関の状況と施設数は、以下の通りである。施設数については、2019 年の保健省統計局の情報によるものである。

- 一次医療施設には、保健センター(Centro de Salud)、小規模診療所(Dispensario)、地方の農村部では地域診療所(Clinicas Rurales)がある。入院施設はなく、予防接種、健康教育、妊産婦健診、乳児検診、外来治療、点滴治療等が主な業務である。
施設数は 2019 年の資料で 1,649 施設である。
- 二次医療病院には、内科、外科、小児科、産科の基本診療科に加え歯科が含まれており、一次医療センターからの紹介及び救急患者を受け入れている。
施設数は 2019 年 151 施設である。
- 三次医療施設には、内科、外科、小児科、産婦人科、歯科に加え、消化器科、循環器科、脳神経科、泌尿器科、内分泌科、甲状腺科、整形外科、形成外科、耳鼻科、皮膚科等の専門科が含まれ、救急診療科、ICU、新生児室等の治療ユニットも整っている。
2019 年の施設数は、県病院 11、国家レファラル病院 2、外傷や母子などの専門病院が 22 施設である。

なお、公立病院には、国家保健サービス庁（SNS）直轄の病院と、独立運営組織している病院がある。日本ドミニカ友好医学教育センター（CEMADOJA）は、現在、国家保健サー

ビス庁 (SNS) から同センター人件費の 80%の予算を受けているが、その他の費用 (人件費、薬剤費、衛生材料費、機材費、管理費等) は、全て診療利益で賄っている。独立運営型の施設数は付属資料 2 参照。

保健医療従事者の配置状況 (職種別、医療機関レベル別) については、国家保健サービス庁の資料より以下を報告する。

ドミニカ共和国の保健医療従事者数 (民間は含まず) は、2019 年時点で、医師 15,317 名 (一般医 4,097 名、専門医 10,848 名、管理 372 名)、歯科医 2,395 名、正看護師 4,132 名、准看護師 10,769 名となっている。医師においては、人口 1 万人当たり 14.5 名、同じく正看護師は 3.9 名、准看護師では 10.2 名となっている。

2009 年の WHO の世界保健統計²⁰によれば、世界レベルで医師の数は人口 1 万当たり平均 13 名であり、地域により大きくばらつきがある。看護職と助産職は同じく人口 1 万当たり平均 28 名となっている。WHO によれば、保健医療従事者の適正数は決められておらず、人口 1 万当たり 23 名以下 (医師、看護職、助産職) であれば十分でない可能性があるとしている。ドミニカ共和国の場合、医師が比較的多く、看護師・准看護師が少ない。

また、医療レベル別では、1 医療施設は、医師 4,097 名、歯科医 959 名、正看護師 454 名、准看護師 2,318 名である。それに対し二次、三次医療施設は、医師 10,848 名、歯科医名 1,291 名、正看護師 3,562 名、准看護師 8,190 名と一次医療施設と比べると圧倒的に医療従事者数は多い。

医師、看護師の教育制度に関しては、医師は高等学校卒業後、大学医学部にて約 6 年間修学し、医師資格を得て一般医となる。さらに、専門病院にて指導教官の下、4 年から 5 年間のレジデント研修を行い専門医となる。歯科医師は、大学歯学部にて 4 年間修学すると、資格を取得できる。また、看護師は大学看護学部にて、4 年間修学し、資格を取得する。医療施設の看護部門には看護師の下に看護助手がおり、医療施設では看護師として勤務している。教育年限は 1 年程度の短い修学期間で資格が得られる。

2.6 主要保健医療サービスの利用状況²¹

麻疹の予防接種は、70.0% (1990 年) から 98.6% (2015 年) へ 28.6%増加した。また、適正医療者による出産介助の割合は 97.9%であり、2019 年に 4 回以上の妊産婦健診を受けた者の割合は 95.4% (2019 年) であった。

2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況

ドミニカ共和国の国家開発計画である、「国家開発戦略 2030」を達成するために作成された中期計画「公的部門の複数年国家計画 2017-2020 (PEI-MSP)²²では、これまで保健課題とされていた母子保健、感染症対策のみならず、非感染症疾患の症例及び死亡を削減する対策

²⁰ 世界保健統計 : https://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf

²¹ PAHO : <https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/dominican-republic?countryProfileId=fc1b9859-42e7-41a7-9dfb-47ec2b095c04>

²² MINISTERIO DE ECONOMÍA, PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO : <https://www.transparenciafiscal.gob.do/documents/20127/53001/Informe+del+PNPSP+2019.pdf/00b16227-5127-5a36-0b91-a6e6c33e9dae>

も重要課題として含まれている。また、栄養面では、母子の栄養不良の抜本的な改善についての対策が挙げられ、疾病構造の変化に合わせた対策を講じている。

この点について、保健省の各担当者にヒヤリングを行った。その結果は以下の通りである。

1) 母子保健プログラムについて

- 母子保健医療ガイドライン・プロトコルの実施状況のモニタリング
 - 6か月ごとに実施。SNS も独自にモニタリングをしていて、その確認の意味もあり、SNS の後に保健省がモニタリングを行う体制になっている。
 - 二次・三次医療機関における保健省が作成している母子保健ガイドラインの実施状況のモニタリング。患者のカルテ(expediente) を対象とする。
- 5才までの健診プロトコルを作成中。
- レプロダクティブヘルスの方針及びガイドラインの見直し・改訂・更新を行い、SNS と共有する。SNS が各医療施設でのガイドラインの導入に関する実施の責任を負う。また、ガイドラインの内容には、低リスクの妊娠、思春期の妊娠、過剰な帝王切開是正も含まれる。
- 梅毒やエイズの早期発見推進。初診時に医師が検査指示を出す。
- 授乳の促進：コミュニティレベルの検証では、授乳率は 32%という結果で、全国平均はもっと低いとされる。よって、授乳率の向上が保健省の目的の一つとなっている。

2) 5才以下の乳幼児の栄養改善について

- UNAP への母親の来訪回数が増加しており、子供へのビタミン A のサプリメントが支給されている。
- 生後 6 か月から、4 回にわたる予防接種と同時にビタミン A も投与している。
- 全国的なアンケート調査で急性栄養失調が問題視され、全国栄養失調減少計画 (Plan Nacional de Reducción de Desnutrición) が実施されることになった。3 地域 8 県(IV、V I、V) で中～高度の栄養失調の子供を持つ母親に対してプロモーターを主体とした食事療法の指導。UNICEF から供与されたサプリメントも配布している。
- 40 の UNAP を対象に、妊婦の栄養状態へのモニタリングと栄養指導 (Acompañamiento a las embarazadas) を実施し、プロテインサプリメント、鉄剤 (Ácido Fólico) やマルチビタミンなども配布している。現在、職員研修が開始された。
- 成長段階に応じた食事ガイドライン (Guía Alimentos por Curso de Vida) を今年作成する予定である。また UNAP に栄養相談窓口 (Consejería Nutricional) の設置を計画もある。
- 子供の肥満に対しては肥満対策ガイドライン (Guía de Manejo de Obesidad de Niños) の強化を図る。母乳で育った子供の肥満率がより少ないことから肥満防止の観点からも授乳の推進を図っている。また、肥満防止・管理の両面からの食生活ガイドライン作成している。
- 子供の受診・発育記録 (Cédula de Salud de Niños) には、子供の発育や離乳を含む食事管理についての情報が記載されており、保健医療従事者と母親の間で効果的に活用されている。

- 教育省と保健省が連携して、(社会支援プログラムシステム：Sisbén のデータを利用して) 学生に対し、年に2回体重測定を行っている。また、新年度より「健全な学校 (Escuela Saludable)」プログラムの一環として栄養指導や歯科指導などを実施する予定である。現在は同プログラムに関係する人員への研修をしている。

3) NCDs 対策について

- 重点分野は高血圧、糖尿病、小児がん (白血病中心)、成人のがん (乳がん、子宮頸がん) である。循環器疾患対策は高血圧、糖尿病対策を通じ、栄養指導などを実施している。
- PAHO の支援により「非感染性疾患に係る戦略 Heart Strategy」を2年前から開始。高血圧と糖尿病予防をターゲットに心疾患のリスクコントロールを目的としている。

※現在コロナで活動休止

これは、第一次医療従事者である health promotor などの UNAP 職員から保健セクターの決議決定者までも関与する活動である。生活スタイルの改善 (食生活の改善、屋内運動を含む運動の励行、タバコ・アルコールの制限)、正しい血圧測定方法など基本的な診療技術指導を含む研修を実施し、技術不足による診断エラーの防止を目標としている。

UNAP の医師への過剰負担を回避するためし、UNAP チームの医師、看護師、プロモーターなどの役割を明確にしている。

UNAP に来る患者を中心に教育活動やモニタリングを行う。来訪できない場合は、プロモーターが戸別訪問を行うこともある。また住民とタイアップした Círculo Comunitario (住民支援グループ) の協力を受けている。

コロナ禍の影響や感染を恐れて UNAP での受診を控える住人の増加で活動が停滞している。

今年から、リスクファクターに関するアンケートなど情報収集も兼ねた活動の再始動を目指している。

- 小児がんに関して一番多いのは白血病であり、この状況を改善するべく Strategy Plan が策定された。診断が遅れ十分な治療が早期に受けられず重症化、手遅れになる事態があるため、UNAP において疾患の早期発見の促進し、患者を適切な病院へ紹介することで早期治療の機会を増やしていく
 - 子宮頸がん・乳がんについては SNS と協働体制で、病院の病理検査ユニット (Unidad de Patología) についてベースライン調査を行う予定 (検査機材の整備や人員、検査の状況など) である。
- また、NCDs 対策課長より同活動への JICA の支援の要請があった。

4) 老人医療について

- 「高齢者の食事ガイドライン」(Guía Alimentaria de Mayores)、高齢者ケアガイドライン (Atención de Cuidados a los Mayores) の2つのガイドラインを作成。
- 保健省の老人医療課と栄養課が連携している。
- 高齢者の口腔衛生についての研究が推進されている。

- 老人施設 (Hogar de Anciano, Asilos, etc.) の設備やサービス評価を行い、最低限の技術的な品質基準を定めたツール (herramienta) が作成された。これは老人施設の認定にも役立つとされる。

保健省はプログラムにおいて、このような計画の策定、ガイドライン及びプロトコルの作成は実施するが、具現化に向けた調整、推進が弱いため末端まで普及されず停滞することが多い。その点は実態の確認を行うより方法はない

また、SENASA 関係者からの情報によると、同国はコロナ対策として患者の診療に支障をきたさないよう、保険登録手続きの迅速化を図った。2020 年 8 月に発足したアビナデーラ新政権の意向で、SENASA の登録者を 2 百万人増加させる方針が打ち出され手続き迅速化を目的に、通常の SENASA での手続きに加え、最低賃金を下回る者の自動加入 (Registro Automatico) という手続きも可能になった。また、これまで SENASA へ加入できなかった個人事業主 (フリーランサー) の最低賃金以上の所得者の加入もできるようになった。(ただし、これはパンデミック下の特別措置である。) これらの対処を講じ、3 か月以内でその目標を達成した。SENASA への登録者数の大幅な増加は保険料の収入で成り立つ SENASA の経済的な安定をもたらし、コロナ禍での配慮から失業者への社会保障対策にもなっている。

なお、SDGs (Sustainable Development Goals : 持続可能な開発目標) のうち、保健医療分野に係る目標は目標 3「すべての人に健康と福祉を」である。この目標のターゲット 8 が UHC 達成であり、本ターゲットには 2 つの指標が設定されている。その一つが SDG 指標 3.8.1 「サービスカバレッジ指標」である。WHO の 2019 年モニタリング報告書²³によれば、ドミニカ共和国のサービスカバレッジは 74.3 (2017 年) であり、これは全世界の平均値 66 を上回っている。しかし、同国は世界銀行の所得分類においては中高所得国のグループに入っており、中高所得国全体の平均値である 77 と比較すると、同国のサービスカバレッジ値は多少低い。なお、日本のサービスカバレッジ値は、83.1 である。

2.8 医薬品調達・供給

安定供給と低価格な医薬品・衛生材料の調達を目的とし、1984 年、「PROMESE/CAL (中央ロジスティクスサポート必須医薬品プログラム/El Programa de Medicamentos Esenciales Central de Apoyo Logístico)」が大統領令によって設置された。これは、保健省配下の組織で、全国の保健医療施設への必須医薬品及び衛生材料の供給を行う機関である。この薬剤が国家健康保険用薬剤として患者に提供されている。保険による薬剤購入の使用上限は外来に限り設けてあり、年間 RD \$ 8000 (約 14,400 円) となっている。

民間薬局では、医療機関の処方箋薬から一般市販薬、衛生材料に至るまで幅広い医薬品を取り扱っている。薬剤の保管状況について、市内にある大手の薬局における医薬品の保管状態は良いと思われる。また、市内を離れると小規模で雑貨店的な薬局もあり、保健センター

23 Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage:
https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf

や病院などで一般的に使用される消炎鎮痛剤や抗生剤などが売られている。しかし、その管理状態は良好とはいえない。

2.9 ドナーの支援実績（案件名、スキーム、協力額、協力機関・完成年の一覧）

以下に、ドミニカ共和国の保健医療分野における、アメリカ合衆国国際開発庁（USAID）、米州開発銀行（IDB）、世界銀行（The World Bank）、日本政府、韓国政府、中国政府、日本政府等の各ドナーによる支援実績を示す。

USAID の支援²⁴は、現地のニーズに応え、民主的な政治の強化を目的に、説明責任を考慮した透明性の高い政治基盤の強化を支援している。USAID は、青少年教育、中小企業支援、農村コミュニティにおける収入向上支援、交換プログラムを通じた、英語学習と教育および文化交流の促進、環境保護の改善、生態学的・文化的な視点を考慮した観光促進を図っている。また、質の高い健康と教育サービスの公平性や機会均等も同時に促進している。また、カリブ海流域安全保障イニシアティブ（CBSI）は、ドミニカ共和国の二国間プログラムを補完し、市民の安全法治国家としてプログラム支援を行っている。2000 年から 2019 年までの支援金額の推移は、図 11 の通りである。

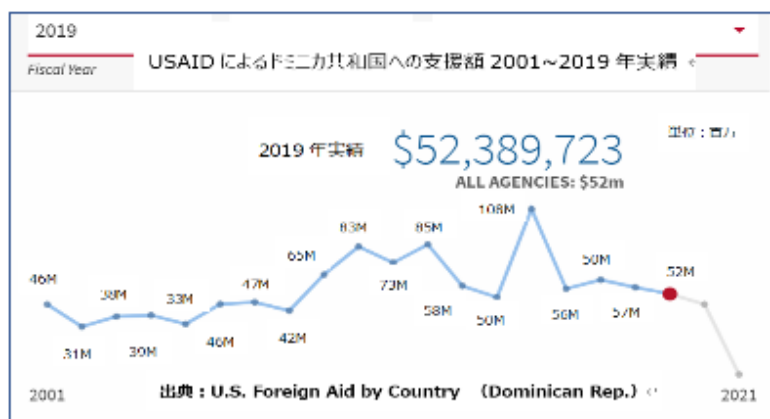


図 11 USAID による援助

IDB による支援実績²⁵は、下表の通りである。

表 4 IDB プロジェクト

| プロジェクト名 | 金額 (USD) 【スキーム】 |
|--|-----------------|
| Support the strengthening of the National Health Service (実施中) | 200,000 【技協】 |
| Collective OmniHealth Mass Assistance and Corona Virus (実施中) | 123,000 【技協】 |
| Dominican Republic- Regional Malaria Elimination Initiative (RMEI) in Mesoamerica and Dominican Republic (実施中) | 1,460,000 【技協】 |
| Support for the institutionalization of health prioritization processes (実施中) | 200,000 【技協】 |

²⁴ USAID : <https://explorer.usaid.gov/cd/DOM>

²⁵ <https://www.iadb.org/en/countries/dominican-republic/overview>

| プロジェクト名 | 金額 (USD) 【スキーム】 |
|---|---------------------|
| Innovative health service delivery systems in rural DR (終了) | 539,980 【技協】 |
| Support for Health Sector and Social Security consolidation II (終了) | 300,000,000 【有償】 |
| Support of the consolidation of health and social security sector (終了) | 150,000,000 【有償】 |
| Program to Support Strengthening of Health Sector Management (実施中) | 100,000,000 【有償】 |
| Conditional Credit Line for the Program Support for the Strengthening of Health (実施中) | 300,000,000 【条件付有償】 |
| Support to the implementation of the health sector reform (終了) | 300,000 【技協】 |
| Strengthening of the Management for Result of the Sector Health in Dominican Republic (実施中) | 146,000,000 【有償】 |
| Dominican Republic Health Observatory (終了) | 150,000 【技協】 |
| Expenditure on Reproductive Health and Gender-based Violence (終了) | 80,000 【技協】 |
| Health Sector Modernization and Restructuring (終了) | 61,200,000 【有償】 |
| Modernization of Health Sector (終了) | 64,780 【技協】 |
| Support for Health Sector Reform (終了) | 900,000 【有償】 |
| Ppf: Program for Improvement On Sespas (終了) | 130,000 【技協】 |
| Moderniz., Social Security Services (終了) | 29,130 【技協】 |
| Rural Health Center Program (終了) | 20,000,000 【有償】 |
| Institutional Strengthening of Sespas (終了) | 375,000 【技協】 |

世界銀行も現在「COVID-19 Crisis Response Support」プロジェクト（2020年6月26日開始）を実施しており、同機関の緊急融資から15000万ドルを提供した²⁶。

韓国政府は、KOICAを通じて1996年よりドミニカ共和国に対する支援を行っている。ボランティア派遣から始まり、2014年に正式に事務所を開設し、キューバ、ハイチ等カリブ諸国への支援を行っている。2021年1月時点で、計323名のボランティアを派遣した。2006年からは、思春期妊娠に関する活動、2009年には「思春期妊娠防止のための包括的介入」プロジェクトが実施された。現在は、思春期妊娠率が高い郡部に29名のボランティアを派遣し、政府機関のProgresando con Solidaridad (PROSOLI)（社会保護プログラム）と共に活動を実施している²⁷。

中国政府の支援については不明である。

PHRD等の日本信託基金、並びにOECDによる協力は確認されていない。

日本政府の対ドミニカ共和国支援に関しては²⁸、保健医療分野における2019年度までの

²⁶ <https://www.eldinero.com.do/102861/banco-mundial-otorga-us150-millones-a-rd-por-coronavirus/>

²⁷ <https://listindiario.com/ventana/2019/12/31/597953/la-agencia-koica-de-corea-y-su-gran-aporte-a-r-d->

²⁸ <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

技術協力の累計支援額は 5,203 百万円であり、無償資金協力の累計支援総額は 2,429 百万円である。また、社会福祉分野においても、技術協力で 2019 年度までの累計総額は 427 百万円規模の支援を実施している。

ドミニカ共和国に対する援助の基本方針（大目標）は、「持続的かつバランスのとれた開発の実現」である。好調な経済発展を遂げてきたドミニカ共和国は、北米と南米大陸の中間に位置する。同国は、中米統合機構（SICA）の加盟国であり、カリブ共同体（CARICOM）のオブザーバー国でもあることから、地域統合政策における中心的な役割を担う可能性を有している。SICA を通じ同国の発展を促進することで、今後中米統合が活性化すると考えられる。しかし、同国の持続的な発展には国内産業の強化が必要であり、そのための人材育成も重要である。また、同国と日本との懸け橋となってきた日系社会との連携という点においても留意が必要である。

表 5 ドミニカ共和国 JICA による保健分野の協力実績（1990 年から 2020 年）

| プロジェクト名 | 事業形態 | 分野課題 | 実施期間／締結年月 | 協力金額 |
|------------------------------|------|------|-------------------------|----------|
| 第三保健地域母と子のプライマリ・ヘルス・ケアプロジェクト | 技協 | 保健医療 | 2013 年 5 月～2017 年 5 月 | 3.0 億円 |
| 地域保健サービス強化プロジェクト | 技協 | 保健医療 | 2004 年 10 月～2009 年 12 月 | 3.8 億円 |
| ドミニカ共和国医学教育プロジェクト | 技協 | 保健医療 | 1999 年 10 月～2004 年 11 月 | 5.94 億円 |
| 日本・ドミニカ共和国友好医療教育センター建設計画 | 無償 | 保健医療 | 交換公文（E/N）1998/7 | 10.16 億円 |
| 消化器疾患研究・臨床プロジェクト | 技協無償 | 保健医療 | 1990 年 1 月～1997 年 12 月 | 14.13 億円 |

2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ

1) 一次医療施設の運営体制の強化

ドミニカ共和国における保健政策の主軸は、UHC 達成に向けた保健医療政策であるが、その基礎は「国家社会保障審議会令 276-01」においても定められているプライマリヘルスケアの推進である。その内容としては、予防、教育、治療と住民参加によるヘルスプロモーションにより健康な地域づくりを目指すものである。主体は住民の健康と生活であるが、健康的な地域コミュニティの醸成は国家の安定的な発展と経済にも寄与することは言うまでもない。プライマリヘルスケア政策の要は地域の保健を支える保健センター（UNAP）の果たす役割である。当国の UNAP は地域住民の家族登録を基に予防、健康教育、治療とヘルスプロモーションも含め総合的な健康管理を行うことになっている。しかしながら、ドミニカ共和国の地域保健システムの実態には、人口が集中する都市部と農村部の間で隔たりがある。特にサントドミンゴは、人口増加率が高く医療施設の整備が他県と比べ低い。

この点について、保健省関係者並びに国家保健サービス庁関係者に確認したところ、全国的な傾向として農村部では UNAP がそのような役割を担っているが、都市部ではその機能を果たしていないことが分かった。これは都市部に人口が集中するため UNAP が対象地域の住民を把握できておらず、また来院する患者の治療と予防接種が業務の主体になってし

まっていることが原因である。地域の保健センターが住民の医療の窓口の役割を果たせない場合、病気になった住民は医療レベルの高い病院に直接行くことになる。病院に患者が集中すると、病院の医療を最も必要とする患者への対応すら難しくなる場合もある。このような事態を避けるためには、病院数を増やさざるを得ない。しかし、新たに病院を開業するにあたり、医療スタッフ数、医療機器、設備、建設費など高いに費用が掛かるため、患者一人当たりの診療コストは跳ね上がってしまう。WHOの指針では、保健センターが機能すれば8割の患者に対応できるとの考えが示されている。この点について保健省担当者は、プライマリケア戦略（Estrategia de Atención Primaria）に則り一次医療施設を核とした地域医療体制の強化が重要であると述べ、UNAPの管理能力、診療の質の向上、ヘルスプロモーションといった一連の技術的な支援を求めている。よって一次医療施設の新たな配置計画と都市部における地域保健政策の検討も必要である。

表 6 ドミニカ共和国における各県の人口と医療施設状況

| ドミニカ共和国における 各県の医療施設と人口 | 人口 | 1次医療施設 | | 病院 | | 人口1万人あたり | |
|-----------------------------|-----------|--------|---------------|----------------|---------|----------|-------------|
| | | 1次医療施設 | 1次医療施設 対人口 | 2次、3次、 専門病院 | 病院対人口 | 医師 | 看護師 准看護師 |
| REGION 0 - METROPOLITANA | 4,100,000 | 379 | 10,818 | 37 | 110,811 | 16.1 | 10.7 |
| REGION 1 - VALDESIA | 900,000 | 161 | 5,590 | 15 | 60,000 | 12.1 | 13.1 |
| REGION 2 - NORCENTRAL | 1,600,000 | 196 | 8,163 | 31 | 51,613 | 12.4 | 13.5 |
| REGION 3 - NORDESTE | 600,000 | 172 | 3,488 | 22 | 27,273 | 17.5 | 23.3 |
| REGION 4 - ENRIQUILLO | 400,000 | 115 | 3,478 | 15 | 26,667 | 12.9 | 29.7 |
| REGION 5 - ESTE | 1,100,000 | 184 | 5,978 | 18 | 61,111 | 13.8 | 9.1 |
| REGION 6 - EL VALLE | 500,000 | 136 | 3,676 | 13 | 38,462 | 13.2 | 20.7 |
| REGION 7 - CIBAO OCCIDENTAL | 400,000 | 139 | 2,878 | 17 | 23,529 | 15.2 | 20.0 |
| REGION 8 - CIBAO CENTRAL | 700,000 | 167 | 4,192 | 17 | 41,176 | 12.5 | 15.1 |

出典：2019年国家保健サービス庁資料

2) 地域医療体制強化のための一次、二次、三次医療施設の連携強化と医療の質の向上

UNAPが地域住民の医療の窓口となった場合、地域病院との連携は必要不可欠となるが、患者のレファラル・カウンターレファラルは機能しておらず、地域保健政策の基軸であるプライマリヘルスケア戦略と現状に乖離が生じている。前述したプライマリケア戦略（Estrategia de Atención Primaria）の推進には、一次医療施設を核とした地域医療体制の中で病院との診療連携の基盤強化が基本となる。更に地域医療の強化においては患者の診療を点ではなく線ととらえた診療の流れが重要となり、各々が果たす役割が明確になることで患者紹介と逆紹介のポイントが定められる。そのためには医療従事者の個々の診療レベルにおける基本的な診療技術の習得が条件となる。同国では、施設分娩率が90%を超えているにもかかわらず、妊産婦死亡率は95（2017年）と中南米カリブ海諸国の平均値74より大分高い。乳幼児死亡率においても同様であり、これは総合的な医療の質に起因するところが大きい。本調査でヒヤリングを行ったPAHO、世界銀行、米州開発銀行の関係者らも総合的な医療の質を問題視し、一次医療施設から三次医療施設までの総合的な人材育成の重要性を述べていた。地域医療の向上には、各レベルの医療施設における診療の質の向上とレファラルシステムの強化による病診連携体制の強化が求められる。保健省並びに国家保健サービス庁は各種の各医療レベルの診療ガイドライン並びにプロトコールを作成しているが、そ

れらを十分活かしていない。よって、人材育成のスキームの検討は急務である。

3) NCDs 対策

WHO は心血管疾患（心筋梗塞、脳梗塞等）、がん、慢性呼吸器疾患（ぜんそく等）、糖尿病の 4 つの主要な NCDs の対策に注力し、限られた資源の中で NCDs を早期発見、診断、治療をするための枠組みとして「資源の乏しい環境のプライマリヘルスケアにおける基本的な非感染性疾患介入策の包括的計画（PEN）」²⁹を、2010 年に策定した。前述の PAHO の技術的な支援で実施している「非感染性疾患に係る戦略 Heart Strategy」はこれに基づく政策で、当国の死因の上位である高血圧症と糖尿病予防をターゲットに心疾患のリスクコントロールを目的として UNAP のスタッフを主軸に実施する活動である。同活動前から子宮頸がんと乳がんの検診及び啓発活動が実施され、小児がん対策も計画されている。死因の 76%が NCDs であることから、同プロジェクトは今後の NDGs 対策のパイロット的な役割を担うであろう。しかしながら糖尿病、循環器疾患、高血圧症、がんなどの疾患は専門医の領域であり必然的に病院との強い連携が求められる。したがって、チーム医療としての病院との連携による包括的な予防・治療体制の地域医療システムの構築が必要となる。

高齢化対策については、高齢者が健康状態を保ち多様な社会参加ができることを目的にしており、高齢になる前の健康管理、生活指導を重視している。そのため NCDs 対策活動ともリンクしながら実施される事業は多い。

高齢者の食事ガイドライン、高齢者ケアガイドラインの作成、高齢者の口腔衛生などが挙げられたが、日本の高齢者対策の基本は、高齢者がいかに健康で社会参加できることを目的にしており、高齢になる前の健康管理、生活指導を重視している。そのため NCDs 対策活動ともリンクしながら、実施される事業は多い。当国に必要なことはその部分の高齢者対策を今から行うことであると考えられる。

3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

次に、ドミニカ共和国の財政の一般情報、主要保健財政指標、保健省予算、診察料、医療保険制度関連政策、公的保健保障制度、民間医療保険概要、及び保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズについて報告する。

3.1 財政の一般情報

ドミニカ共和国の国家予算額³⁰は、RD\$997,119,172,943（2020 年）であり、約 172 億米ドルである。財務省の報告によると、就学奨励を目的とした学校建設及び改築費、また、母子

²⁹ WHO “Package of essential NCDs interventions for primary health care in Low Resource Settings”
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598996_eng.pdf?ua=1

³⁰ <https://www.hacienda.gob.do/ministerio-de-hacienda-publica-ley-de-presupuesto-general-del-estado-2020/>

保健関連では、予防接種の強化、栄養失調予防対策、QOL 向上のための収入向上プロジェクト実施予算など社会開発面に焦点を当てた予算配分となっている。

保健省予算は、当初 RD\$94,836,596,948.00（2020 年）であったが、修正後には 23%増額され RD\$123,395,867,219.75 となっている。

ドミニカ共和国は、これまで堅調な経済成長を実現してきたが、その一方でこの 10 年間財政赤字は増え続けている。また、貿易赤字も図 13 のように 2005 年辺りから顕著になっており、今後、通貨の下落が経済に影響を及ぼす可能性は否定できない。更に中央銀行の報告では、2020 年現在の公的債務が US \$ 30,702.5 億ドルにも上り、危険領域である GDP50%³¹を越えている。国民医療費はどの国も必ず上昇するとされ、財政が伴わなくては、社会保障政策は絵にかいた餅になってしまう。よって、今後同国において財政改革は重要課題となってくる。

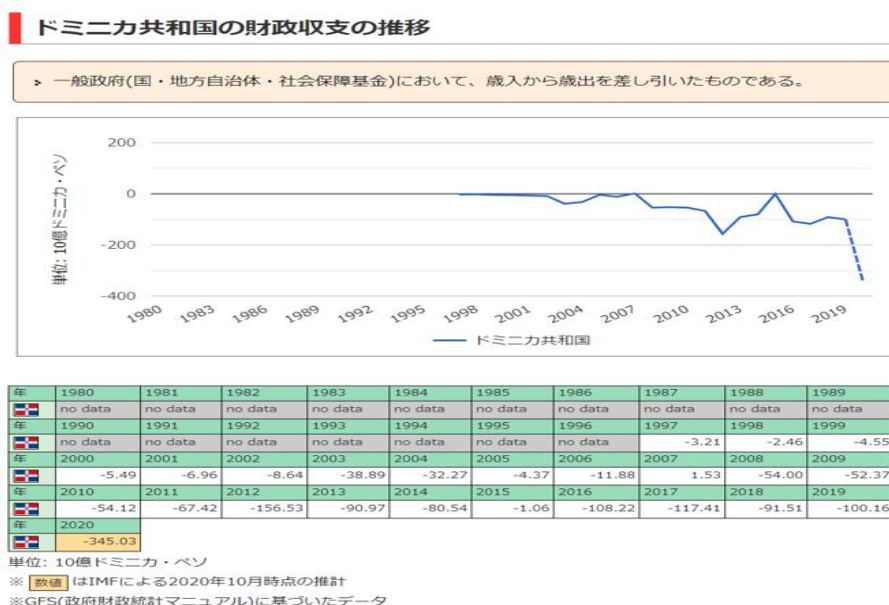
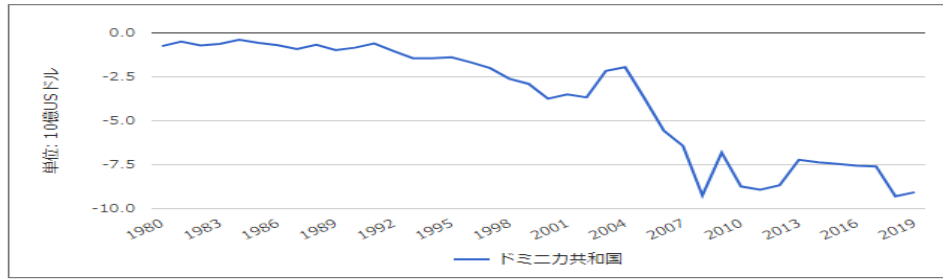


図 12 ドミニカ共和国の財政収支の推移

³¹ https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/dominican_r/data.html

ドミニカ共和国の貿易収支の推移



▷ 日本と比較 ▷ 画像出力

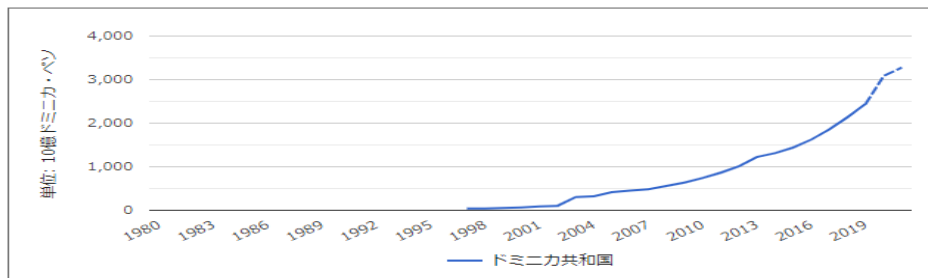
| 年 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 年 | -0.75 | -0.49 | -0.71 | -0.62 | -0.39 | -0.56 | -0.70 | -0.92 | -0.67 | -0.98 |
| 年 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
| 年 | -0.84 | -0.60 | -1.03 | -1.44 | -1.45 | -1.39 | -1.67 | -2.00 | -2.61 | -2.90 |
| 年 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| 年 | -3.74 | -3.50 | -3.67 | -2.16 | -1.95 | -3.72 | -5.56 | -6.44 | -9.25 | -6.81 |
| 年 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| 年 | -8.74 | -8.92 | -8.67 | -7.22 | -7.37 | -7.46 | -7.56 | -7.60 | -9.30 | -9.07 |

単位: 10億USD

図 13 ドミニカ共和国の貿易収支の推移

ドミニカ共和国の政府総債務残高の推移

▷ 一般政府(国・地方自治体・社会保障基金)の債務として、公債や借入金などが含まれる。



▷ 日本と比較 ▷ 5年先の見通し ▷ 画像出力

| 年 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 年 | no data | no data | no data | no data | no data | no data | no data | no data | no data | no data |
| 年 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
| 年 | no data | no data | no data | no data | no data | no data | no data | 38.82 | 42.22 | 56.00 |
| 年 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| 年 | 65.71 | 86.97 | 102.58 | 302.68 | 321.47 | 415.19 | 454.38 | 479.92 | 558.43 | 637.72 |
| 年 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| 年 | 739.95 | 863.15 | 1,009.77 | 1,223.82 | 1,312.24 | 1,440.02 | 1,623.98 | 1,857.20 | 2,134.98 | 2,442.50 |
| 年 | 2020 | 2021 | | | | | | | | |
| 年 | 3,085.61 | 3,277.70 | | | | | | | | |

単位: 10億ドミニカ・ペソ

※ 数値はIMFによる2021年4月時点の推計

※GFS(政府財政統計マニュアル)に基づいたデータ

図 14 ドミニカ共和国の政府総債務残高の推移

3.2 主要保健財政指標

保健支出³²は、RD\$109,088,504,057 (2020年)である。2018年のWHOの報告³³によると、1人当たりの保健に係る支出は461.5US\$であり、2000年と比較し、3倍以上となっている。また、この支出は国(44.3%)と個人(44.7%)の負担が半々で、政府が負担する保健経費が増加することが伺える(図15)。

また、国の一般会計歳出の保健部門に占める割合は45%前後であり、下表に示す通り、こ

³² <https://msp.gob.do/transparencia/>

³³ https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/es

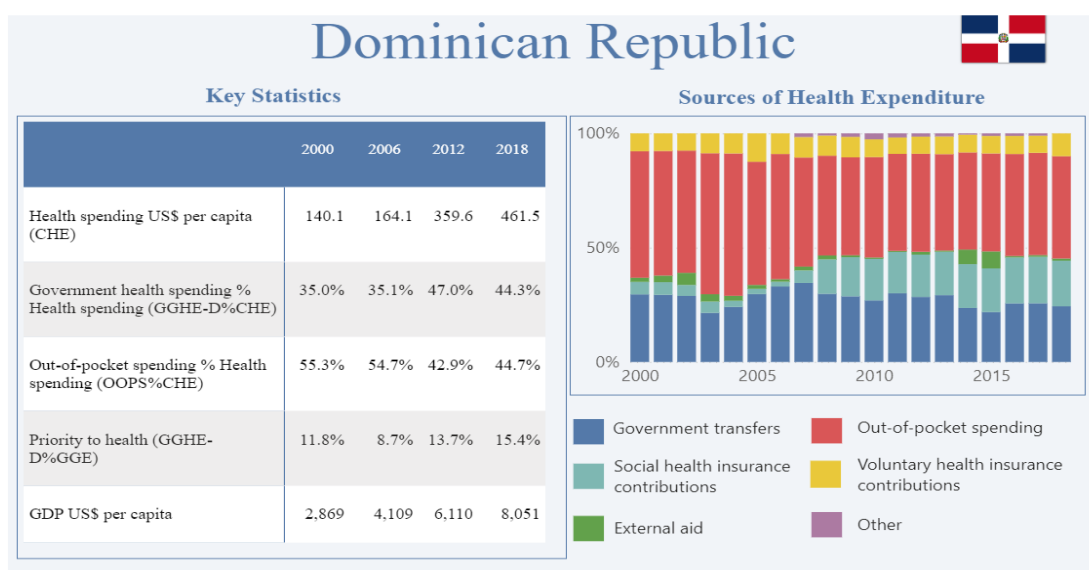
こ数年間で大きな変化は認められない。2017年では、一般会計歳出の15.6%（GDPの2.7%）を占めている。

また「公的部門複数年国家計画 2021-2024」³⁴では、毎年GDPの0.5%を公的予算に加算していくとしており、保健部門に係る予算は、2024年には4%に到達するとしている。

表 7 保健部門への支出 ³⁵

| República Dominicana - Gasto Público Salud | | | | | |
|--|---------------------------------|-------------------|------------------------------|---------------|-----------------------------|
| Fecha | G. Público Salud %G.Salud Total | Gasto Salud (M.€) | G. Salud (%G. Público Total) | G. Salud %PIB | G. Público Salud Per Capita |
| 2017 | 46,00% | 2.001,9 | 15,60% | 2,82% | 176€ |
| 2016 | 45,72% | 1.910,2 | 16,00% | 2,79% | 171€ |
| 2015 | 40,94% | 1.575,4 | 13,95% | 2,45% | 144€ |
| 2014 | 42,79% | 1.269,0 | 14,28% | 2,50% | 120€ |
| 2013 | 48,20% | 1.313,5 | 15,70% | 2,78% | 128€ |
| 2012 | 46,96% | 1.307,8 | 13,74% | 2,76% | 129€ |
| 2011 | 48,11% | 1.143,3 | 17,09% | 2,73% | 113€ |
| 2010 | 45,10% | 1.048,9 | 15,93% | 2,52% | 103€ |

※国家全体の支出における保健省支出の割合とGDP比



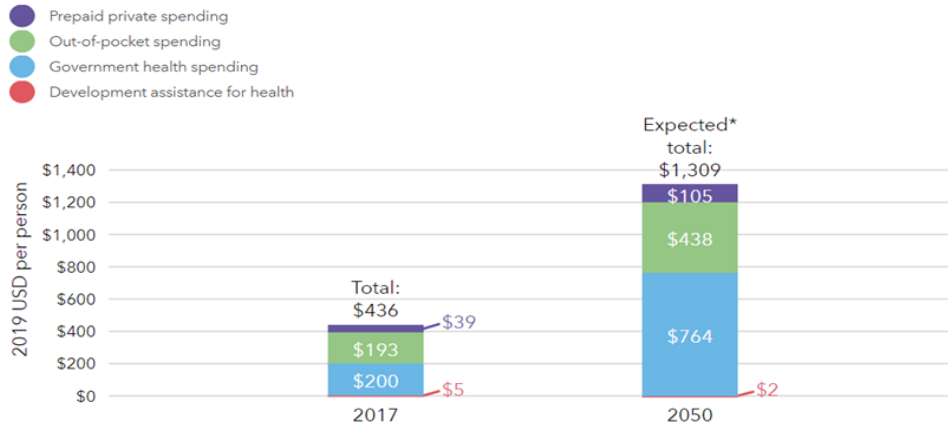
出所：https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

図 15 総保健支出の財源別内訳図

³⁴ <https://mepyd.gob.do/wp-content/uploads/drive/DIGEDES/PLAN%20PLURIANUAL%20SECTOR%20PU%20C%81BLICO%202017-2020/LINEAMIENTOS%20ESTRATEGICOS%20PNPSP%20MEPyD%202020.pdf>

³⁵ <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/republica-dominicana>

How much is spent on health - now, and in the future - and from which sources?



Source: Financing Global Health Database 2019

図 16 2017 年、2050 年総保健支出の財源別内訳比較

国家開発戦略（END：Estrategia Nacional de Desarrollo）では、2020 年には GDP の 4%を、また 2030 年には 5%を保健分野に充当することが述べられているが、教育分野予算の増加、徴税の伸び悩み等が原因となり、未だ達成はされていない³⁶。図 16 の保健支出のグラフでは、2050 年の国民一人当たりの医療費は US \$ 1309 で、2017 年の US \$ 436 の 3 倍に膨らんでいる。患者負担額もそれに伴い US \$ 193 から US \$ 438 で 2.3 倍の増額となっている。

3.3 保健省予算

以下の 3 つの目標達成のため、予算策定を行っている。

- 統合された保健システムを通して、国民の権利として、健康促進と予防のための包括的保健モデルへのアクセスを保証すること
- 健康保険を普遍化し、医療サービスへのアクセスを保証し、自己負担医療費を軽減すること
- 高齢者、障害者、リスクのある弱者に対し、普遍的で持続可能な社会保障制度を保証すること

前述の通り、2020 年度の保健省予算は見直され、増額された。これは、新型コロナウイルス感染症の拡大が関係していると考えられる。予算執行額は、RD\$109,088,504,057.34 となっている。

³⁶ <https://listindiario.com/economia/2019/11/14/591450/gobierno-incumple-llevar-el-gasto-en-salud-a-4-en-2020>

| Detalle | Presupuesto Aprobado | Presupuesto Modificado |
|--|--------------------------|---------------------------|
| 2 - GASTOS | | |
| 2.1 - REMUNERACIONES Y CONTRIBUCIONES | | |
| 2.1.1 - REMUNERACIONES | 5.160.801.178,00 | 4.673.928.405,81 |
| 2.1.2 - SOBRESUELDOS | 4.247.296.046,00 | 3.507.397.122,31 |
| 2.1.3 - DIETAS Y GASTOS DE REPRESENTACIÓN | 318.096.292,00 | 666.222.602,50 |
| 2.1.4 - GRATIFICACIONES Y BONIFICACIONES | 3.721.600,00 | 3.005.700,00 |
| 2.1.5 - CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL | 10.150.000,00 | 19.010.000,00 |
| 2.2 - CONTRATACIÓN DE SERVICIOS | 581.537.240,00 | 478.292.981,00 |
| 2.2.1 - SERVICIOS BÁSICOS | 2.773.045.902,00 | 2.625.373.717,37 |
| 2.2.2 - PUBLICIDAD, IMPRESIÓN Y ENCUADERNACIÓN | 404.248.656,00 | 392.206.330,14 |
| 2.2.3 - VIÁTICOS | 240.132.058,00 | 321.051.242,21 |
| 2.2.4 - TRANSPORTE Y ALMACENAJE | 118.862.638,00 | 80.358.960,62 |
| 2.2.5 - ALQUILERES Y RENTAS | 97.331.586,00 | 137.557.048,42 |
| 2.2.6 - SEGUROS | 532.304.215,00 | 511.143.513,99 |
| 2.2.7 - SERVICIOS DE CONSERVACIÓN, REPARACIONES MENORES E INSTALACIONES TEMPORALES | 106.950.818,00 | 91.381.876,23 |
| 2.2.8 - OTROS SERVICIOS NO INCLUIDOS EN CONCEPTOS ANTERIORES | 229.801.955,00 | 242.661.119,12 |
| 2.2.9 - OTRAS CONTRATACIONES DE SERVICIOS | 918.904.362,00 | 748.465.317,54 |
| 2.3 - MATERIALES Y SUMINISTROS | 124.509.614,00 | 100.548.309,10 |
| 2.3.1 - ALIMENTOS Y PRODUCTOS AGROFORESTALES | 10.209.649.706,00 | 20.850.246.803,65 |
| 2.3.2 - TEXTILES Y VESTUARIOS | 108.599.285,00 | 83.980.145,95 |
| 2.3.3 - PRODUCTOS DE PAPEL, CARTÓN E IMPRESOS | 107.691.106,00 | 1.507.143.996,73 |
| 2.3.4 - PRODUCTOS FARMACÉUTICOS | 51.942.554,00 | 45.777.841,63 |
| 2.3.5 - PRODUCTOS DE CUERO, CAUCHO Y PLÁSTICO | 6.438.957.490,00 | 10.468.794.367,78 |
| 2.3.6 - PRODUCTOS DE MINERALES, METÁLICOS Y NO METÁLICOS | 65.181.260,00 | 191.148.722,18 |
| 2.3.7 - COMBUSTIBLES, LUBRICANTES, PRODUCTOS QUÍMICOS Y CONEXOS | 27.942.451,00 | 17.792.776,90 |
| 2.3.9 - PRODUCTOS Y ÚTILES VARIOS | 829.994.205,00 | 1.933.407.224,83 |
| 2.4 - TRANSFERENCIAS CORRIENTES | 2.579.341.355,00 | 6.602.201.727,65 |
| 2.4.1 - TRANSFERENCIAS CORRIENTES AL SECTOR PRIVADO | 61.433.285.249,00 | 79.686.476.419,87 |
| 2.4.2 - TRANSFERENCIAS CORRIENTES AL GOBIERNO GENERAL NACIONAL | 754.371.044,00 | 818.872.999,60 |
| 2.4.4 - TRANSFERENCIAS CORRIENTES A EMPRESAS PÚBLICAS NO FINANCIERAS | 53.808.825.163,00 | 71.974.207.089,26 |
| 2.4.7 - TRANSFERENCIAS CORRIENTES AL SECTOR EXTERNO | 5.375.331.958,00 | 6.274.305.238,00 |
| 2.4.9 - TRANSFERENCIAS CORRIENTES A OTRAS INSTITUCIONES PÚBLICAS | 40.964.132,00 | 40.964.132,00 |
| 2.5 - TRANSFERENCIAS DE CAPITAL | 1.453.792.952,00 | 578.126.961,01 |
| 2.5.1 - TRANSFERENCIAS DE CAPITAL AL SECTOR PRIVADO | 14.364.499.510,00 | 13.578.165.999,05 |
| 2.5.2 - TRANSFERENCIAS DE CAPITAL AL GOBIERNO GENERAL NACIONAL | 269.145,00 | 269.145,00 |
| 2.5.4 - TRANSFERENCIAS DE CAPITAL A EMPRESAS PÚBLICAS NO FINANCIERAS | 3.543.363.892,00 | 1.959.038.162,05 |
| 2.6 - BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES | 10.820.866.473,00 | 11.618.858.692,00 |
| 2.6.1 - MOBILIARIO Y EQUIPO | 503.796.222,00 | 1.145.958.693,00 |
| 2.6.2 - MOBILIARIO Y EQUIPO EDUCACIONAL Y RECREATIVO | 240.238.421,00 | 134.402.305,18 |
| 2.6.3 - EQUIPO E INSTRUMENTAL, CIENTÍFICO Y LABORATORIO | 2.884.963,00 | 5.042.000,00 |
| 2.6.4 - VEHÍCULOS Y EQUIPO DE TRANSPORTE, TRACCIÓN Y ELEVACIÓN | 71.815.331,00 | 713.306.953,69 |
| 2.6.5 - MAQUINARIA, OTROS EQUIPOS Y HERRAMIENTAS | 39.093.397,00 | 149.246.756,00 |
| 2.6.6 - EQUIPOS DE DEFENSA Y SEGURIDAD | 80.244.520,00 | 43.719.930,79 |
| 2.6.7 - ACTIVOS BIOLÓGICOS CULTIVABLES | 880.055,00 | 2.516.055,00 |
| 2.6.8 - BIENES INTANGIBLES | 300.000,00 | - |
| 2.6.9 - EDIFICIOS, ESTRUCTURAS, TIERRAS, TERRENOS Y OBJETOS DE VALOR | 68.339.535,00 | 96.423.889,94 |
| 2.7 - OBRAS | 0,00 | 1.300.802,40 |
| 2.7.1 - OBRAS EN EDIFICACIONES | 91.519.181,00 | 535.717.181,00 |
| 2.7.2 - INFRAESTRUCTURA | 91.019.181,00 | 535.217.181,00 |
| Total Gastos | 94.536.596.948,00 | 123.095.867.219,75 |



图 17 保健省予算 (1)

| | | |
|--|--------------------------|---------------------------|
| 4 - APLICACIONES FINANCIERAS | | |
| 4.2 - DISMINUCIÓN DE PASIVOS | | |
| 4.2.1 - DISMINUCIÓN DE PASIVOS CORRIENTES | 300.000.000,00 | 300.000.000,00 |
| 4.2.2 - DISMINUCIÓN DE PASIVOS NO CORRIENTES | 0,00 | - |
| TOTAL APLICACIONES FINANCIERAS | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL GASTOS Y APLICACIONES FINANCIERAS | 94.836.596.948,00 | 123.395.867.219,75 |



Melissa Noemy Cabrera Martínez
Encargada Departamento Ejecución Presupuestaria
Dirección Financiera

Jose Rodríguez
Director Financiero
Dirección Administrativa y Financiera



図 18 保健省予算 (2)

3.4 診察料

保健省及び国家保健サービス庁とのインタビューより、2017年4月以降、国立医療機関における診察料はすべて無料になることが明らかになった。本来、国立病院は無料であったが、運営が成り立たないため、寄付あるいはメンテナンス費という名目で病院が料金を定め患者から徴収していた。しかし公立病院を統括する国家保健サービス庁はこれを禁じ、その結果、保険非加入者であっても、全員無料で受診できるようになった。国立病院の中には自治運営病院があり、三次医療施設である国立 Luis E. Aibar 病院内にある、下記2センターの内、日本ドミニカ友好教育センター（画像診断センター）は独立運営病院に指定されている。同2センターにおいても、以前まで患者から診察費を徴収していたが、現在、診察費の無償化を行っている。しかし、独立運営病院は国家保健サービス庁からの予算が人件費の80%に限られ、独自の収入で運営を維持する必要がある、この処置は経営に影響を与えている。日本ドミニカ友好教育センター事務長によると、独立運営型公立病院については、今後、拠出型保険加入者から SANASA が定めた患者負担分の診療費を徴収ができるようになるとのことであった。

下記の2センターは JICA が無償供与した専門医療施設である。2017年まで使用していた診療費の中から主な診療費を抜粋した。

- 消化器疾患センター (Centro de Gastroenterología)
 - ◆ 保険非加入患者の診療費 (RD\$ 1=約 1.8 円)
 - 外来診察料 : RD\$200(360 円)、入院費 (1 日) : RD\$600(1,080 円)
 - 胸部 X 線 : RD\$450(810 円)、腹部エコー : RD\$450
 - 上部消化管内視鏡 : RD\$6000(10,800 円)、下部消化管内視鏡 : RD\$9000 (16,200 円)
- 日本ドミニカ友好教育センター (画像診断センター)

◆保険未加入患者の料金

胸部 X 線 : RD\$450 (810 円)、腹部エコー : RD\$650(1,170 円)、マモグラフィー : RD\$800(1,440 円)、頭部 CT : RD\$ 4000(7,200 円)、頭部 MRI : RD\$ 8000 (14,400 円)

上記 2 施設は、どちらも Luis E.Aibar 病院の配下にあるが、腹部エコーにおいては約 45%の料金差がある。

◆保険加入患者料金 (拠出型)

胸部 X 線 : RD\$380 (684 円)、腹部エコー : RD\$650(1,170 円)、マモグラフィー : RD\$900(1,620 円)、頭部 CT : RD\$ 2000(3,600 円)、頭部 MRI : RD\$ 5,000 (9,000 円)

◆保険加入患者料金 (補助金型)

胸部 X 線 : RD\$150 (270 円)、腹部エコー : RD\$650(1,170 円)、マモグラフィー : RD\$623(1121 円)、頭部 CT : RD\$ 1200(2,646 円)、頭部 MRI : RD\$ 3,000 (5,400 円)

保険加入者料金は、正規労働者、公務員などが加入する拠出型と貧困者を対象とした補助金型で、非常に低価格で設定されている。現在、補助金型が増えてきており、補助金型の患者が増えると保険診察料が低くなるため病院の運営が厳しくなる可能性が高い。

保険非加入者の料金は、中間層の住民を対象とした価格である。この金額を支払えない患者に対しては、病院のソーシャルワーカーが患者の収入などを聞き取った上、支払額査定を行い、診療費を割り引くシステムになっている。

診療料金の設定については、公立病院を統括する国家保健サービス庁の規定はなく、各病院のコスト計算、並びに他の公立病院の価格を参考に料金設定を行っている。

国家健康保険による診療費は、公的 ARS (Administradora de Riesgos de Salud : 健康リスク管理組織) である SENASA (Seguro Nacional de Salud : 国家健康保険庁) と民間 ARS では料金設定が異なり、さらに SENASA が取り扱う健康保険の種類によっても、料金が異なるようである。その他の医療機関の料金については添付資料 3 に掲載する。

3.5 医療保険制度の関連政策

ドミニカ共和国には、保健基本法である「Ley General de Salud (Ley 42-01³⁷)」と、同国の社会保障制度を定める「Ley 87-01³⁸ (2001 年 5 月施行)」がある。これら 2 つの法律により、医療保険制度が定められ、公的・民間・NGO 等多くの機関からなる複雑な保健制度を確立している。

また、国全体の中期計画「公的部門の複数年国家計画 2021-2024」³⁹では、4.ユニバーサル保健へのアクセスにおいて、ドミニカ共和国国民及び在住外国人の 100%が社会保障制度に組み込まれ、全国民の「Plan Básico de Salud (基礎保健プラン)」が保証されるとしている。

³⁷ <https://www.semama.gob.do/media/1704/ley-general-de-salud.pdf>

³⁸ https://www.hacienda.gob.do/wp-content/uploads/2018/06/ley_87-01-1.pdf

³⁹ <https://mepyd.gob.do/wp-content/uploads/drive/DIGEDES/PLAN%20PLURIANUAL%20SECTOR%20PU%20C%81BLICO%202017-2020/LINEAMIENTOS%20ESTRATEGICOS%20PNPSP%20MEPyD%202020.pdf>

同国の保健制度のセクター計画としては、初めて「国家保健 10 か年計画

(Plan Decenal de Salud: PLANDES) 2006-2015」が作成された。これに続く「国家保健 10 か年計画 2018-2028」に関する協議も開始され、計画および実施に関する調整を行う協議のための省令第 000021 号⁴⁰が 2018 年 8 月に出された。しかし未だその計画は発表されていない。

3.6 公的医療保障制度

前述の通り、公的医療制度における国家健康保険システムの構築のため、行政統括、社会保障、資金調達、保健・医療サービス供給の機能が分化され以下の組織が健康保険の運営に携わっている。

- 保健省 (Ministerio de Salud Publica) : 社会保障・健康保険制度全般を統括
 - 国家保健サービス庁 (SNS : Servicio Nacional de Salud) : 公的医療機関管理監督
 - 国家社会保障審議会 (CNSS:Consejo Nacional de Seguridad Social) 国家社会保障の最高意思決定機関
 - 国家健康保険庁 (SENASA:Seguro Nacional de Salud) : 医療保険の管理運営並びに貧困者保険、労災保険、障害者保険、年金などの社会保障全般の管理
 - 社会保障資金管理局 (TSS:Tesorería de la Seguridad Social) : 社会保障財務管理
 - ドミニカ労働安全衛生庁 : (IDOPPRIL:Instituto Dominicano de Prevención y Protección de Riesgos Laborales) 労働災害管理組織
 - 健康保険者情報・安全管理局 (DIDA:la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados) : 被保険者の情報管理及び保護
 - 保健・労働リスク管理庁 (SISALRIL:Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales) : 国民健康保険(SENASA,ARS) の財政的支払能力の監視、労働衛生とリスクに関する法的執行力を持つ自治組織
 - 健康リスク管理組織 (ARS:Administradora de Riesgos de Salud) : 健康保険を運営する団体で、公的医療保険を司る国家健康保険庁 (SENASA) と 38 の民間団体で構成されている。
- ◇ この社会保障制度の更なる発展を目指して作成されたのが「国家開発戦略 2030」である。

1) 保険システムの運営について

国家保険システム運営の業務の流れは、以下の通りである。

① 保険制度の意思決定

国家社会保障審議会 (Consejo Nacional de Seguridad Social) が最高意思決定機関であり、労働省大臣が議長を務め、保健大臣は副議長、その他は中央銀行、医科大代表、医療専門家、看護師会代表、専門職代表、技術職代表、企業代表 3 名及び労働者代表 3 名で構成されている。国民健康保険のみならず社会保障全般の制度の策定、予算の確保、監督を行い、公平性

⁴⁰ Ministerio De Salud Publica, <https://repositorio.msp.gov.do/bitstream/handle/123456789/1486/ResolucionNo.00002124082018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

を厳守し老後も含めた市民の生活レベルの向上を目指す。

② 資金の流れ

SENASA の資金は、財務省 (Ministerio de Hacienda) が TSS (社会保障資金管理局 (Tesorería de la Seguridad Social)) に資金を配賦し、TSS から SENASA に補助型 (Régimen Subsidiado)、及び供出型 (Régimen Contributivo) も、それぞれの制度の登録者数×保険料に応じた金額を、毎月配賦される仕組みである。SENASA は予算ではなく収入として計上している。

月額保険料は補助型が RD\$235/人、供出型が RD\$1,170/人、年金は平均 RD\$840/人である。

民間の ARS も同様で、TSS から供出型 (Régimen Contributivo) の登録者数×保険料に応じた金額を得ている。

③ ARS 組織の管理資金

SENASA の運営資金は、保険料として得た収入の内 10% を上限に運営費として管理費、人件費などに運用されている。その他は保険診療に充てられなければならない。民間 ARS も同様で保険収入の 10% が運営費となっている。

④ 保険診療の医療監視

保健省は、診療のプロトコルを基に、適切な保険診療が実施されているか定期的に医療監視を行っている。

⑤ ARS の審査

保健・労働リスク管理庁 (SISALRIL) が ARS の審査、監督、業務監査を行う。

⑥ 保険加入者の審査

保険加入の審査は大統領府の配下にある社会プログラムキャビネット (Gabinete de Política de Programa Social) が管理する Sistema de Información Única de Beneficiarios (SIUBEN) という機関で所得の確認や貧困度のランク付けなどを審査し、条件を満たした登録可能者 (Elegibles) のリストが SENASA に送られてくる。

⑦ 保険の種類

ドミニカ共和国の保険には、保険料拠出型、補助金型の 2 種類がある。当初の計画では、保険料拠出+補助金型もあり、最低賃金以上の自営業を対象とし、加入者が支払う保険料と国からの補助金で賄われる計画であった。公的保険制度の最高意思決定機関である国家社会保障協議会がその必要性についての調査を行うことになっていたが、協議は実施されず事実上登録者がいないため、制度として存在しない扱いになっているとの情報を SENASA 関係者より入手した。また同保険対象者は、前述の 2 種類の保険または民間の保険に加入しているとのことである。

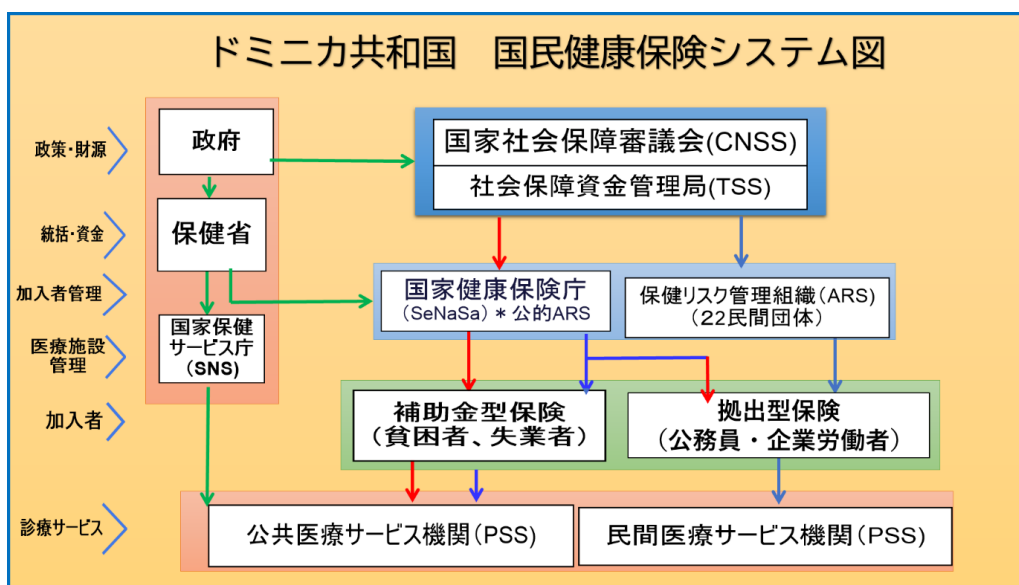


図 19 ドミニカ共和国国民健康保険システム図

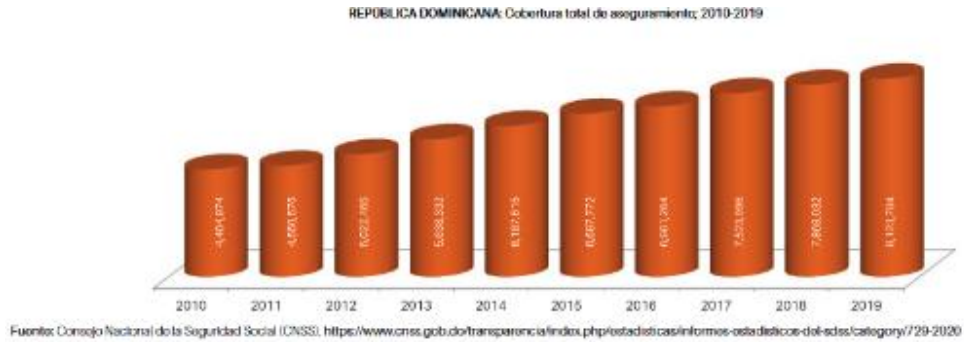
保険料拠出型は雇用者と被雇用者を対象とし、家族健康保険・老齢保険・障害者保険・遺族保険・労災保険が含まれている。保険料は、賃金の約 10%（雇用者が約 7%、被雇用者が約 3%負担）であり、保険料の支払い限度額は、最低賃金の 10 か月分となっている。それ以上の給与額でも同限度額を基準に保険料を支払うことになっている。ちなみに年金は最低賃金の 20 か月分が限度額である。

補助金型については、最低賃金以下、あるいは不安定な独立労働者及び失業者、障害者を対象とし、国からの補助金で賄われている。

2001 年 5 月、社会保障法（Ley 87-01⁴¹）が施行され、全てのドミニカ共和国国民及び同国居住者は、ドミニカ社会保障制度（SDSS : Sistema Dominicano de Seguridad Social）への加入の権利が付与された。国外に居住する人々も対象となり、家族健康保険、老齢保険、障害者保険、遺族保険、労災保険が含まれる。

下図は、2010 年から 2019 年の家族健康保険の加入者数の推移を示すものであり、2019 年には 812 万人を超え、2010 年と比較して 84.42%の増加となっている（2020 年では 92%に増加）。

⁴¹ <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/62015/61888/F-1497992340/DOM62015.pdf>



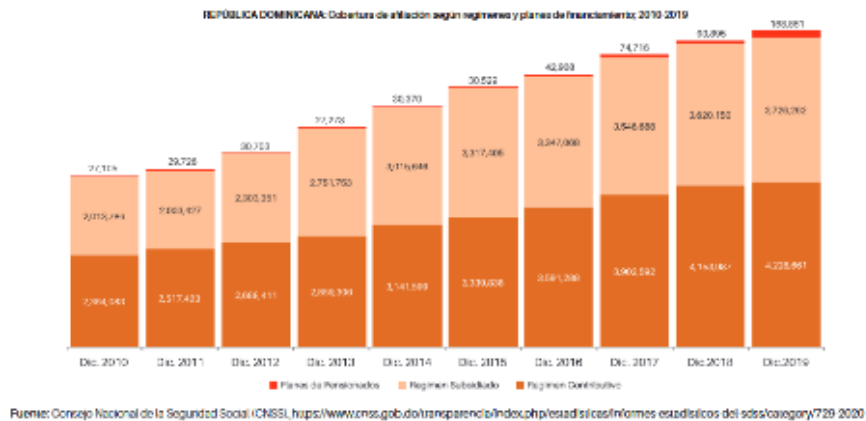
出所：ドミニカ共和国における家庭の保健医療費に関する分析

図 20 家族保険加入者数の推移（2010-2019）

保険料拠出型保険の加入者はARS（Administradora de Riesgos de Salud：健康リスク管理組織）が提供する民間及び公的な保健医療施設を受診することが可能である。補助金型保険の場合、SENASA（Seguro Nacional de Salud：国家健康保険庁）⁴²と称される公的ARSにのみ加入可能となり、適用は公立系の医療機関に限定される。SENASAは、2018年の時点で約467万人（国民の約46%）が加入する国内最大のARSであり、唯一の公的なARSでもある。ちなみにその内の100万人以上が拠出型である。

拠出された全ての保険料及び政府からの補助金は、社会保障基金（Tesorería de la Seguridad Social：TSS）で管理され、サービスを提供した医療施設へ医療費の再分配を行っている。

また、下記に各種保険加入者数を示す。補助金型保険の加入者は増加傾向にあり、2010年から2019年の間で約85%の増加が認められる。一方、保険料拠出型は、約79%の増加が認められる。

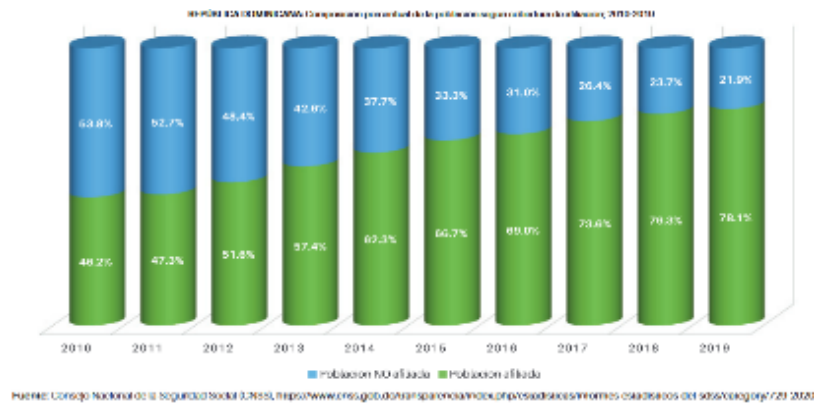


出典：ドミニカ共和国における家庭の保健医療費に関する分析

図 21 型別の保険加入者の推移（2010-2019）

⁴² <https://www.arssenasa.gov.do/index.php/blog/2019/01/02/senasa-se-mantiene-como-la-ars-mas-grande-del-pais-co-n-mas-del-46-de-la-poblacion-dominicana-afiliada/>

過去 10 年間で保険に加入する国民は増加し、2019 年には全人口の 78%が加入している。



出所：ドミニカ共和国における家庭の保健医療出費に関する分析

図 22 保険加入割合 (2010-2019)

3.7 民間医療保険の概要

前述した、国が提供する医療保険以外にも、民間保険会社が提供する医療保険も存在する。適用範囲や掛金に応じて、様々な種類があり、国が定める規則に従って適用範囲を設定している⁴³。ARS 保険会社として、下表には 38 社が存在しているが、その内大手の UNIVERSAL、HUMANOS、SEGURO RESERVAS、MAPFRE BHD LA COLONIAL、LA MONUMENTAL SEGURO、WORLD WIDE など上位 10 社で加入者の 8 割以上を占めている。

⁴³ <https://www.eldinero.com.do/95335/cobertura-en-el-sistema-de-salud/>

民間も同様に TSS から供出型(Régimen Contributivo) の登録者数×保険料に応じた金額を受け取り運営している。国家健康保険をベーシック保険とし、顧客のニーズに合わせて、保険対象診療外の診療、検査を加える他、ドクターフィーや個室費用も一部負担するコースなどを各社取り揃えており、その分を加入者が上乗せして支払う。

診療費は、国立病院は保健省の規定によりすべて無料である。しかし、国立系の病院でも自治病院に定められている病院は診療費により運営を賄っているため、保険適用外の診療は民間医療機関同様、料金を病院が徴収している。民間病院は保険会社と協定を締結し料金を定める。つまり個々の ARS が各医療機関と個別に交渉し料金を設定しており、ARS の力関係で料金が異なる可能性が高い。また、加入者が多い保険会社は有利な条件で診療契約を締結できる。そのような状況から今後 ARS 保険会社は自然淘汰される可能性がある。

| Superintendencia de Seguros Primas Netas Cobradas por Compañías, Según Ramos Enero - Febrero, 2018 (Valores en RD\$) | | |
|---|--|-------------------|
| Posición | Compañías Aseguradoras | Participación (%) |
| | Total General | 100.00 |
| 1 | Seguros Universal, S. A. | 23.96 |
| 2 | Humano Seguros, S. A. | 14.92 |
| 3 | Seguros Reservas, S. A. | 13.52 |
| 4 | MAPFRE BHD Cia de Seguros, S. A. | 11.05 |
| 5 | La Colonial de Seguros, S. A. | 7.11 |
| 6 | Seguros Sura, S. A. | 7.09 |
| 7 | Seguros Worldwide, S. A. | 4.10 |
| 8 | Scotia Seguros, S. A. | 2.73 |
| 9 | General de Seguros, S. A. | 2.43 |
| 10 | La Monumental de Seguros, S. A. | 2.02 |
| 11 | Seguros Pepin, S. A. | 1.77 |
| 12 | Atlantica Seguros, S. A. | 1.22 |
| 13 | Patria, S. A. Compañía de Seguros | 0.99 |
| 14 | Banesco Seguros, S. A. | 0.94 |
| 15 | Compañía Dominicana de Seguros, S.R.L. | 0.85 |
| 16 | Aseguradora Agropecuaria Dominicana, S. A. | 0.81 |
| 17 | Angloamericana de Seguros, S. A. | 0.69 |
| 18 | Cooperativa Nacional de Seguros, Inc. | 0.63 |
| 19 | Seguros La Internacional, S. A. | 0.52 |
| 20 | Bupa Dominicana, S.A. | 0.47 |
| 21 | BMI Compañía de Seguros, S. A. | 0.46 |
| 22 | Cuna Mutual Insurance Society Dominicana, S.A. | 0.39 |
| 23 | Atrio Seguros, S. A. | 0.28 |
| 24 | Seguros ADEMI, S. A. | 0.24 |
| 25 | Confederación del Canada Dominicana, S. A. | 0.23 |
| 26 | La Comercial de Seguros, S. A. | 0.17 |
| 27 | Amigos Compañía de Seguros, S. A. | 0.15 |
| 28 | Seguros APS, SRL | 0.14 |
| 29 | Autoseguro, S. A. | 0.13 |
| 30 | Multiseguros MEHR, S. A. | 0.01 |
| 31 | Seguros Constitución, S. A. | 0.00 |
| 32 | La Unión de Seguros, C x A | 0.00 |
| 33 | Marsh & McLennan, LTD (Riskcorp, Inc.) | 0.00 |
| 34 | Seguros DHI Atlas, S. A. | 0.00 |
| 35 | Segna, Compañía de Seguros, S.A. | 0.00 |
| 36 | REHSA Cia. de Seguros y Reaseguros, S.A. | 0.00 |
| 37 | Transglobal de Seguros, S. A. | 0.00 |
| 38 | Seguros La Antillana, S.A. | 0.00 |

図 23 民間 ARS 保険会社の加入者割合

3.8 医療費等による家計破綻・困窮化

「2.6 主要保健医療サービスの利用状況」で前述した UHC 達成のための指標である SDGs の指標 3.8.1「サービスカバレッジ指標」とは別に指標 3.8.2「家計破綻・困窮化」がある。この指標は、いわゆる経済破綻効果 (Catastrophic Health Expenditure) で、家計収支に占める健康関連支出が大きい人口の割合を指すものである。WHO の 2019 年モニタリング報告書によると、経済破綻をきたす出費が家計の中で占める割合の閾値を 10%とした場合、2007 年の測定値ではあるがドミニカ共和国は 17.7%の破綻率であり、日本は同等値で 2015 年測定値だが 4.4 となっている。しかしながらこの指標については、2017 年に設定されたばかりなことから、経年的な比較はできない状況である。

また、この指標において、焦点となるのは国民健康保険がどのように機能するかである。ドミニカ共和国では、2001 年から開発計画の柱としてすべての「国民に健康を」をスローガンに政策を推進し、2002 年から正規職員、公務員を対象とした拠出型保険と貧困層を対象とした補助型保険を、公立病院と一部の民間医療機関で開始した。更に現在は民間医療機関を除く公立医療機関のすべてにおいて、診療費が無料となっている。この点から、上記の家計破綻率も大幅に改善されていると思われがちである。しかし、国民の保健医療費は、技術の進歩とともに寿命が延び、それに伴い国民医療費が膨らむのが自然の摂理であり、その費用は誰かが負担しなくてはならない。1990 年の日本の医療は約 20 兆円、それが 2018 年は 42 兆円と倍増している。ドミニカ共和国においては、急速に少子高齢化が進んでおり、

PAHO の報告⁴⁴では 2040 年までに高齢化に伴う保健システムのコスト増額分は国の GDP の 2%を超えるとし試算している。その費用を個人が負担すれば家計破綻につながり、また貧困者が増加する原因にもなるだろう。今後の国家の保健医療費とその財源を考慮しながら、高齢化セクターを強化した家健康保険政策の検討が必要である。

3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ

1) 財政基盤

ドミニカ共和国における保健分野への投入は GDP の 3%にも及ばず、医療保険加入者数が増加しても提供される医療の質を確保することが大きな課題となっている。高い医療保険加入率にもかかわらず、家庭における保健に係る支出が大きく、家計を圧迫している現状は否めない。今後は、国家開発戦略 2030 で計画されている「2030 年に GDP の 5%を保健予算として確保すること」を、どのように達成するのか考える必要がある。また、このコロナ禍による経済的な損失が甚大であり、財政赤字、公的債務の拡大、貿易赤字の増加など経済においては難しい側面を迎えている。

2) 費用対効果と効率性を考慮した医療サービスの推進

➤ 費用対効果と効率性を重視した地域医療システムの構築

費用対効果と効率性を重視した場合、現在の一次医療施設を中核としたプライマリヘルスケア戦略の基本を重視し、一次医療施設と病院の連携強化による体制の構築が有効であることは言うまでもない。UNAP が地域住民の予防と健康への啓発活動を通じ健康増進を図ることで患者が減る。また、診療の質の向上により、診療コストが高い病院への患者の集中を抑制し、病院レベルの医療を必要とする患者に適切な医療を提供できることは、地域医療システムの構築により生み出されるメリットである。そのためにはまず、一次から三次医療施設に人材育成による診療レベルの向上、ヘルスプロモーションの推進、そしてリファラルシステムの強化が求められる。また、制度改革と人材育成を並行して実施することで、UHC の向上と総合的な保健医療の底上げが可能になる。これらの実現に向け、医療人材育成は今後の課題となる。

➤ 保健支出の抑制のための NCDs 対策の推進

NCDs は財政にとっても、その治療費が高額であり、途上国での UHC 達成、あるいは維持の大きな障壁となることが予想されている。死因の 76%に及ぶ現状において同国における NCDs 対策は急務である。前述した PAHO による技術的な支援で実施している「非感染性疾患に係る戦略 Heart Strategy」はその対策の一部である。心血管疾患などの NCDs 疾患は専門医による診療支援、教育及び診療連携が必要となり、またチーム医療としての病院との連携による包括的な予防・治療体制の地域医療システムの構築が肝心となる。

3) 医療施設の管理体制の強化

➤ 情報システムの強化

国家保険システムへの登録者が増えたことで、保健医療の事業にはより効率的かつ効

⁴⁴ http://www.opsd.gob.do/media/28817/boletin32-situacion-del-sistema-de-salud_p2.pdf

果的な運営が求められる。そこで重要となるのは、診療状況並びに運営状況を適時モニタリングし評価し、その結果をフィードバックしていくための体制作りである。それには情報システムは欠かせない。組織管理の基本は「人、もの、金」3つの管理であったが、IT関連の進歩により情報が加わり4つの管理となっている。保健のデジタル化はPAHOの国際戦力として各国で支援を展開しており、同国においても医療情報システムの開発を実施している。また、世界銀行においてもこの取り組みは今後の事業候補として挙げられていた。一方で、米州開発銀行は保健省の要請を受け、2015年にシステム開発並びに必要な機材などの整備も行い統一システムの導入を試みた。しかし、保健省、国家保健サービス庁、国家健康保険庁のそれぞれの見解が一致せず、システム導入が頓挫した経験があるようで、重要性は高いが関係機関の合意形成が重要との見解を述べている。保健システムの導入にはPAHO、世界銀行、そして関係省庁などとの合意形成が必要不可欠であるが、今後の保健医療分野の事業推進を考慮すると導入する意義は大きい。

▶ 医療機器メンテナンス

医療サービスを安定的に供給するためには、医療機材が適切に管理される必要がある。そこで重要となるのが、特に医療レベルの高い三次病院や専門病院における医療機器のメンテナンス体制の構築である。しかしながら、医療工学の専門を持つ人材は限られ、個々の病院で確保することは人材面、給与面で難しい。より効率的な管理体制を考慮すると、キューバで実施されているような医療機器メンテナンスセンターを整備し中央管理システムの導入であろう。PAHOや米州開発銀行、世界銀行も医療機器メンテナンスの重要性を訴えており、この分野での協力の経験を持つJICAへの期待も大きい。

4. 協力の可能性（案）

「2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ」並びに「3.8 保健医療財政及び保健保障制度の課題とニーズ」に報告した内容を中心に、以下に、現時点での今後のJICA協力の可能性の検討結果を示す。

4.1 協力優先度の高いニーズ

ドミニカ共和国におけるUHC達成に向けた政策は、2001年3月8日に公布された一般保健法令第42-01号と、2001年5月9日に公布されたドミニカ社会保障制度法令第87-01号の2つの基本法によって国民社会保障・健康保険システムの基盤整備が開始された。保健省を中核に、「すべての国民に平等な保健医療を提供する」というミッションを掲げ、国民保健保険制度の導入と普遍的な社会保障制度を推進している。

この政策は、UHCの達成の要となる地域保健強化を主軸に、母子保健、感染症・NCD対策、及び医療サービスの質の向上、人材育成とアクセスの向上を目指しており、すべてのサービス・カバレッジ（SDG指標3.8.1）の要素が含まれている。また、公共医療機関と民間医療機関も含めた統合した保健保険システムの構築と公務員、民間企業職員を対象とした拠出型保険に加え、低所得者、障害者、老人などの弱者救済のための補助金型保険制度を導入し国民社会保障制度を整備している。しかしながら、本調査により保健サービス供給の内容

においては、地域保健医療体制、診療の質、人材育成、医療施設の運営管理の課題が確認された。よって、以下の協力事業を提案する。

- 【1】非感染性疾患に係る戦略 Heart Strategy への連携協力
- 【2】DX活用によるデジタル教育を活用した人材育成協力
- 【3】病院情報システムの整備支援
- 【4】医療機器メンテナンスセンター整備プロジェクト

以上の協力案件の概要を表にまとめると下表の通りとなる。

表 8 候補協力案件の内容

| 【1】非感染性疾患に係る戦略 Heart Strategy への連携協力 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • PAHO との協調案件 • 内容：一次医療施設 UNAP を中心とした予防・検診から二次、三次医療施設までのチーム医療として、総合的な NCDs 予防、治療体制の強化 • 被益者：Heart Strategy プロジェクトのパイロット地域（サントドミンゴのパイロット地区）での試行後、他地域に普及し全国に展開を目指す • 妥当性：ドミニカ共和国では、死因の 75%が NCDs という状況でその対策は急務となっている。同国保健省は、2 年前から PAHO の支援を受け、糖尿病、高血圧症、癌（子宮頸がん、乳がんなど）、腎臓疾患、小児がんに焦点を当てた NCDs 対策として「非感染性疾患に係る戦略 Heart Strategy」を開始している。※現在コロナ禍により昨年からの活動が停止中。 <p>本案は Heart Strategy プロジェクトのパイロット地域であったサントドミンゴが保健省並びに PAHO との連携が行い易いことから適当であると考えた。場所の選定で一番重要な点は、パイロット地域に一次医療施設と循環器、内分泌、婦人科（子宮頸がん、乳がんなどに精通している医師）などの専門医がいる三次レベルの病院があることである。対人口の医療施設の配置状況と医療従事者の配置情報なども考慮し選定することが望まれる。</p> <p>NCDs 対策の対象疾患は専門医の領域であり、一医療施設から二次、三次医療施設のすべてのレベルにおける包括的な対策が必要となる。そのため、三次病院が多く、専門医が充実している都市部においては、それらの体制が整備しやすいと考える。また、この事業の推進は現在都市部で機能していない PHC 政策の新たな改善の糸口になると思料する。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 活動内容：「非感染性疾患に係る戦略 Heart Strategy」は一次医療施設のスタッフ（health promotor など UNAP のメンバーや住民の保健委員なども参画する活動である。生活スタイルの改善（食生活の改善、屋内運動を含む運動の励行、タバコ・アルコールの制限）の啓発活動を実施させていく。NCDs 疾患は専門医の領域であり、一次医療施設で完結できる疾病ではない。よって地域にかかわる一次医療施設から三次医療施設まですべてによる包括的な予防・医療供給体制が必要となる。そこで患者教育、検診、診断・治療にかかわる総合的な NCDs 対策の強化し、保健政策上の問題となっている地域医療ネットワークの強化（リファラルシステム強化）にアプローチする。 <p>具体的な活動としては、パイロット地域での啓発活動を含む予防対策・治療の各種ガイドライン、プロトコル、マニュアルの作成、医療人材教育、リファラル・カウンターリファラルシステム推進などの活動が考えられる。更に、保健省の取り組み如何では、専門医、看護師、栄養士などをスタッフとした NCDs 推進センターなるものを立ち上げ、教育、普及、研究に貢献することも一案であ</p> |

ると考える。

- コンポーネント：インフラ（教育施設）及び、DX デジタル教育システム、医療施設への簡易な検査機器、診療材料、資機材支援
- 支援額：活動内容と規模により異なってくるので試算できない
- 留意：保健省、PAHO 及びその他の国際ドナーとの協議が必要

【2】DX活用によるデジタル教育を活用した人材育成協力

- 被益者：ドミニカ主要医療施設の職員
- 対象：第 三次総合病院国立 Luis E Aybar 病院下には消化器病疾患センターと日本ドミニカ友好教育センター（画像診断センター）があり、両センターは日本が無償供与したものである。現在、第三次総合病院国立 Luis E Aybar 病院は新築され、コロナ対策病院となっているが、新型コロナウイルスの終息後は、ドミニカ共和国の最大級の総合病院として稼働を開始する。消化器疾患センターは同国の消化器疾患の診断治療を牽引してきたセンターである。もう一方の日本ドミニカ友好教育センターは、臨床研修医に対し画像診断教育と疫学教育を行う教育施設としても機能しており、近隣諸国から研修員を招き JICA の第三国研修を実施した実績を有している。
- 妥当性：本調査において医療従事者の医療技術の向上は最優先課題となっており、保健省関係者、国家保健サービス局関係者も継続的な医療従事者への現任教育の必要性を認識していた。
- 活動内容：保健省、国家保健サービス局、PAHO、国立三次病院、専門病院、公・私立大学、研究機関、医師会、各種専門医学会、看護協会など構成される教育・研修委員会を組織し、母子保健、NCDs 及び感染症の主要疾患への予防・診断・治療などの保健医療分野における問題点、課題を分析し教育プログラムを作成し、臨床実習並びに DX によるデジタル教育ネットワークを通じた研修、セミナーを実施する。
- コンポーネント：インフラ・情報ネットワークの整備、臨床データシステム、臨床実習のためのシミュレーションセンター整備（対象：医師、看護師、放射線技師、レジデントなど）、画像解析装置（PACS）、遠隔医療システム等
- 支援額：試算はできていない
- 留意：保健省、国家保健サービス庁、国家健康保険庁並びに PAHO、世銀、IDB との協議が必要

【3】病院情報システムの整備支援

- PAHO との協調案件
- 被益者：公立病院全般、保健省、国家健康サービス庁、国家健康保険庁
- 対象：国家保健サービス庁並びに国立三次病院、専門病院
- 妥当性：国立病院の診療情報については国家保健サービス庁が定めた報告フォームを基に、それぞれ病院が個々のシステムを使用し情報を提出している。そのため計算ミスや入力ミスも多く、信頼性に欠ける報告も少なくない。医療情報と財務管理情報が適時入手可能になることで、導入した医療施設のみならず、国家保健サービス庁、保健省、国家健康保険庁においてもモニタリング、評価、計画策定、予算策定時に活用できる情報量が増える。医療技術は日々進んでいる状況下、情報システムが遅れては、運営全体に支障をきたす原因にもなりかねない。また、国家保健サービス庁では、統一した病院診療情報システムの導入を検討している。この方向が定まれば協力の意義は高い。

- 活動内容：基本的な情報システムの内容としては、診療情報のための医療情報システム及び財務を主とした病院管理システムで、その導入及び運用とそのデータ分析の技術協力となる。
理想的には両システムが互換性を持ち、診療情報と管理情報がリンクすることである。診療情報と財務情報を重ねることでコスト分析や、そこから得られる情報は非常に幅広いため、適時診療と財務の両面からのモニタリングなども可能となり、その有用性は高い。現在、すべての公立医療施設を管轄する国家保健サービス局と PAHO が医療情報システム開発を推進している。財務管理システムは既存のものがあるようなので、ソフト開発ではなく病院への導入支援並びに情報の運用、そしてその普及がメインになると考えている。
- コンポーネント：PC ネットワークの整備、マニュアル作成、情報システム研修（管理者研修：情報システム職員、ユーザー研修：医師、看護師、パラメディカル、病歴職員、その他の管理部門職員など）
- 支援額：不明
- 留意点：国家健康保険庁、PAHO との調整、協議が必要。

【4】医療機器メンテナンスセンター整備支援

- 被益者：対象病院の地域住民
- 対象者：三次病院・専門病院のメンテナンス部が対象
- 妥当性：「国民すべてに公平な医療の提供を」をスローガンに、政府は UHC 保険システムを推進し、今後の患者数の増加に対応するため、医療施設の整備も進めている。しかしながら、医療機材のメンテナンスは、十分な知識を有していない職員により行われているのが現状である。安全で安定した医療サービスの供給と病院運営コストの削減の観点から、医療機器メンテナンスの向上は必要不可欠である。
- 活動内容：医療機器メンテナンスには、電子工学の知識だけでなく医療機器の特性を理解する必要がある。しかしそのような知識を有する技師は非常に少ないため、電子工学の知識がある技師に医療機器の知識を持たせ、保守管理経験を積ませる必要がある。そのような技師を各病院に配置できれば理想的であるが、それだけの人材を賄うことは困難であると同時に人件費もかさむ。そこで中央メンテナンスセンターを整備、医療機器の専門技術者を配置し、病院のメンテナンス部の職員と連携しながら、すべての対象病院の機材管理を行うというのが、今回のメンテナンスセンター構想である。これはキューバやブラジルで機能しており、JICA の技術協力で 2006 年に整備されたボリビアサンタクルス市のメンテナンスセンターは現在も市の二次病院（6 病院）と一次施設の機材の保守管理を行っている。
具体的な活動は以下の通りである。
- 国家保健サービス庁との対象地域、対象病院の選定
- 病院の機材管理体制の調査及び医療機器販売代理店の調査
- メンテナンスセンター整備（事務所、修理場所、研修場所を備えた施設）
- メンテナンス職員の確保
- 対象病院の機材台帳作成
- 機材のユーザー教育マニュアル、定期点検計画マニュアル、特殊機材の業者とのメンテナンス契約確認
- 部品購入、工具などの予算策定
- 対象病院メンテナンス職員の研修及び OJT による指導
- コンポーネント：政策・施策・規定の整備、インフラ・情報ネットワークの整備、修理用資機材、工具、教育用機材、車両など
- 支援額：不明
- 留意点：国家健康保険庁との調整、協議が必要。

以下に、現時点で確認している調査結果から、事前評価を表にまとめると、「【1】非感染性疾患に係る戦略 Heart Strategy への連携協力は表 8 のように整理される。

表 9 【1】非感染性疾患に係る戦略 Heart Strategy との連携協力

【妥当性】

- 開発政策との整合性：国家開発戦略 2030 の第 2 開発軸「保健・社会保障の統合」において、以下が合致する。
 - ① 国家保健システムの統合を通じて、健康の促進と病気の予防の包括的なケアモデルにアクセスする国民の権利を保証する。

| |
|---|
| <p>② 健康保険を普遍化し、医療サービスへのアクセスを保証し、費用の自己負担を削減する</p> <p>③ 弱者や生命の危機に瀕している者に対して普遍的で持続可能な社会保障システムを保証する。</p> <ul style="list-style-type: none"> 保健医療政策との整合性：保健政策の重点課題として「非感染症疾患予防管理国家計画 2019-2024」が作成され、NCDs 対策が国家的課題とされている。 ニーズとの整合性：世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease Study）の結果では死因の76%がNCDs 疾患である。同国保健省は死因上位の循環器疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患による死亡の12%削減を目標としている ターゲット：一次から三次医療施設の医療従事者及び併発活動を行う住民ヘルスプロモーター 日本の優位性：保健医療技術協力の実績及び日本のNCDs 対策の実績 |
| <p>【有効性】</p> <ul style="list-style-type: none"> NCDs における目標となる疾患が限られ予防、治療の内容が明確であるため目標が定めやすく協力内容も特定しやすい。 |
| <p>【効率性】</p> <ul style="list-style-type: none"> 先行している PAHO の案件と実施上の課題やその解決策について共有できる。 NCDs 対策を通じ一次医療施設と病院による包括的な予防及び治療の枠組みが策定できる。 |
| <p>【インパクト】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域保健・医療体制が強化される |
| <p>【持続性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ドミニカ共和国の保健セクターにおける国家の重要課題であるため、政治情勢や経済状態の変化においても継続性は強いと考える。 |

以下は、現時点で考えられる4つの協力候補案件の5項目評価視点からの目安である。なお、本目安は、上で示した【1】非感染性疾患に係る戦略 Heart Strategy への連携協力の事前評価結果を○とした場合の、課題がある場合には△を、課題が大きい場合には×をとした相対的なものである。

表 10 協力候補案件の 5 項目評価

| 5 項目 評価 | 【1】非感 染性疾患 に係る戦 略 Heart Strategy へ の連携協 力 | 【2】DX活用によるデジ タル教育を活用した人材 育成協力 | 【3】病院情報システ ムの整備支援 | 【4】医療機器メンテ ナンスセンター整備支 援 |
|------------|---|---|--|---|
| 妥当性 | ○ | △：人材育成は保健省並 びに国家保健サービス庁 の行動計画はあるが、DX によるデジタル教育シス テムはまだ策定されてい ない。 | ○：情報システムは保 健省並びに国家保健サ ービス庁において施策 があり、PAHO がシス テム開発を支援してい る。 | ○：保健省の計画には 当該計画はないが、国 家開発戦略 2030 の第 2 開発軸の「①国家保健 システムの統合を通じ て、健康の促進と病気 の予防の包括的なケア モデルにアクセスする 国民の権利を保証す る。」に合致する。 |
| 有効性 | ○ | ○：保健省が主導するイ ニシアティブにおいて電 子健康戦略と基本政策を 有しており、DX による保 健医療の強化の目標があ る。 | ○：保健省が主導する イニシアティブにおい て電子健康戦略と基本 政策をあり、既存の診 療情報システム、財務 管理システムが有効活 用される基盤がある。 | △：対象となる病院の 数、規模、機材数とメ ンテナンスセンターの 体制（職員数、予算） により指標の設定が変 わるため、十分な事前 調査が重要である。 |
| 効率性 | ○ | ○：保健政策上必要な研 究、教育の内容をすべて のレベルの医療従事者に 対し実施が可能。 | ○：ドナー間協調で各 ドナーの強みが発揮で きる。 | ○：効率的かつ効果的 な機材保守管理体制構 築に貢献できる。 |
| インパ クト | ○ | ○：遠隔医療の基礎が築 かれる。 | ○COVID-19 のような パンデミック時に疫学 監視と病院の病床稼働 状況などの情報が適時 把握できる。 | △：遠隔機材メンテナ ンス支援の可能性 |
| 持続性 | ○ | △インターネット環境が 保持されないと機能しな い。 | △システム管理体制、 データ管理が保持され ないと機能しない。 | △：職員の安定的な雇 用体制が整備されるこ とが条件となる。 |

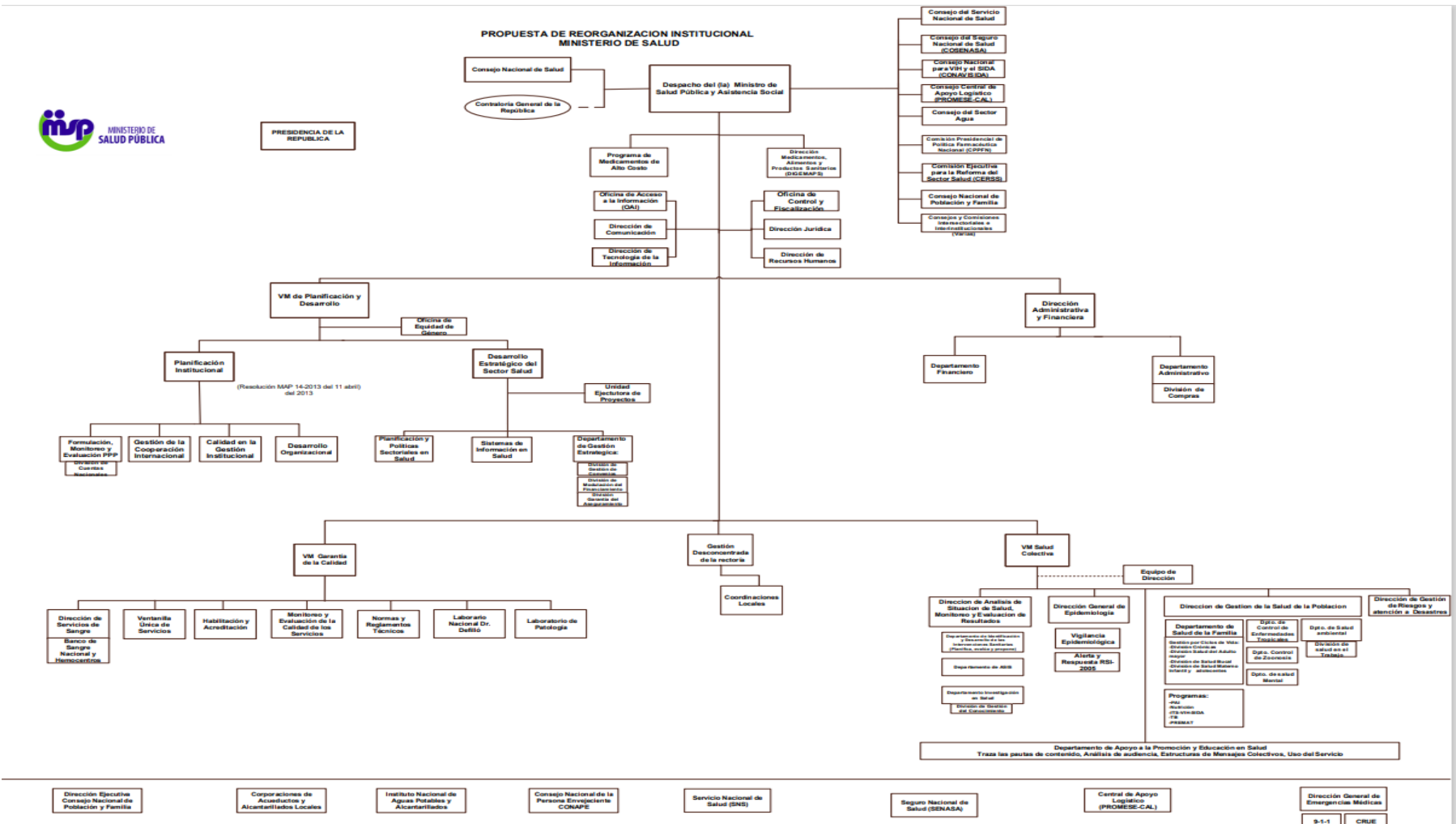
4.2 協カスキーム

前項に示した、4つの協力候補案件は、基本的には技術協力プロジェクトが主体であるが、内容、事業規模、対象地域の広さなどの条件により円借款対象にもなり得る案件も含んでい

る。また、それぞれの案件においては、分離や分割の可能性を含めている。
 JICA の協カスキーム等で整理すると下表に示すことが、現時点で考えられる。

表 11 候補案件における協カスキーム等

| 候補案件 | 協カスキーム等 |
|---|--|
| 【1】非感染性疾患に係る戦略 Heart Strategy への連携協カ | <p>事前：事前調査ミッションの派遣、NCDs 対策の実施状況の確認、PAHO との協カ連携調整</p> <p>協カスキーム：技術協カプロジェクト</p> <p>分離・分割の可能性：技協プロジェクトの成果、発展性によっては NCDs 対策センター（予防・治療、啓発のための教育、研究、普及を目的とした組織）整備といった有償案件にもなり得る。</p> |
| 【2】DX活用によるデジタル 教育を活用した人材育成協カ | <p>事前：事前調査ミッションの派遣、保健システムにおける人材育成現状調査</p> <p>協カスキーム：技術協カプロジェクト</p> <p>分離・分割の可能性：遠隔医療の技術協カプロジェクト</p> |
| 【3】病院情報システムの整備 | <p>事前：事前調査ミッションの派遣、保健システムにおける人材育成現状調査</p> <p>協カスキーム：技術協カプロジェクト</p> <p>分離・分割の可能性：遠隔医療技術協カプロジェクト</p> |
| 【4】医療機器メンテナンスセ ンター整備支援 | <p>事前：事前調査ミッションの派遣、対象地域、対象病院の選定、医療機材保守管理状況の確認、</p> <p>協カスキーム：技術協カプロジェクト</p> <p>分離・分割の可能：全国規模の展開になれば有償案件にもなり得る。</p> |



添付資料(1): 保健省組織図

| No. | Hospital De Autogestión | Provincia |
|-----|---|---------------|
| 1 | Hospital General de Especialidades Nuestra Sra. La Altagracia HGENSA | La Altagracia |
| 2 | Hospital Traumatológico y Quirúrgico Prof. Juan Bosh | La Vega |
| 3 | Hospital Municipal Dr. Vinicio Calventi | Santo Domingo |
| 4 | Hospital RN Materno Dr. Reynaldo Almánzar | Santo Domingo |
| 5 | Hospital de Referencia Nacional CECANOT | Santo Domingo |
| 6 | Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavarez INCART | Santo Domingo |
| 7 | Hospital de Referencia Nacional Pediátrico Dr. Hugo Mendoza | Santo Domingo |
| 8 | Hospital Regional Dr. Marcelino Vélez Santana | Santo Domingo |
| 9 | Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora | Santo Domingo |
| 10 | Centro de Educación Médica de Amistad Dominico–Japonesa CEMADOJA | Santo Domingo |

添付資料(2): 独自運営病院リスト

Tarifa de consultas, estudios (análisis de laboratorio clínico, rayos-X, sonografía, CT, MRI y otros estudios que consideres importantes) en 2 hospitales y 2 clínicas en Santo Domingo, y 1 hospital y 1 clínica en el interior.

| Centro | Nombres | Consultas | | | Análisis de laboratorio(臨床検査) 保険診療外 | | | | | | Estudios de Imágenes (画像診断) | | | | | | | |
|-------------------------------|---|-----------|---------|------------------------|-------------------------------------|----------|------------------|---------------|-----------------|-------------|-----------------------------|-------------------------|----------------|--------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|
| | | Privada | SENAS A | Otros seguros Privados | Hemograma | Glicemia | Colesterol total | Triglicéridos | Examen de orina | Coprológico | Sonografía Abdominal | Sonografía Transvaginal | Ecocardiograma | Electrocardiograma | Rx de Tórax AP, PA, lateral | TC de Torax | TC de craneo | MRI de Tórax |
| Hospital SD | Hospital Materno Infantil Santo Socorro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 500 | 500 | no tienen | 150 | 200 | no tienen | no tienen | no tienen |
| Hospital Semi-privado SD | Hospital Salvador Bienvenido Gautier | 400 | 0 | 0 | 176 | 200 | 300 | 300 | 150 | 150 | 600 | 750 | 1,200 | 250 | 250 | 2,500/ 3,000 con contraste | 2,500/ 3,000 con contraste | no tienen |
| Clínica Semi-Privada en SD | Hospital Plaza de la Salud | 800 | 300 | 500 | 240 | 230 | 260 | 245 | 220 | 320 | 1,460 | 2,425 | 4,725 | 1,845 | 925 | 3,005 | 3,005 | 8,190 |
| Clínica Privada en SD | CEDIMAT (Centros de Diagnóstico y Medicina) | 2,450 | 350 | 1,000 | 285 | 260 | 259 | 260 | 278 | 277 | 1,924 | 1,603 | 3,000 | 1,000 | 1,516 | 4,121 | 4,121 | 8,000 |
| Clínica Privada en SD | CMM (Centro Médico Moderno) | 3,000 | 350 | 1,000 | 330 | 275 | 358 | 413 | 302 | 302 | 1,500 | 2,000 | 4,000 | 600 | 880 | 3,300 | 3,300 | 7,000 |
| Hospital en La Romana | Hospital Dr. Aristides Fiallo Cabral | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | no tienen | no tienen | no tienen | no tienen |
| Clínica Privada en Punta Cana | Hospital IMG (International Medical Group) | 1,500 | 350 | 700 | 325 | 294 | 294 | 340 | 315 | 308 | 1,820 | 2,150 | 4,420 | 1,685 | 1,020 | 6,500 | 6,500 | 10,500 |

Notas:

-Todos los precios son a nivel privado (sin seguro) de laboratorio y de estudios de imágenes.

-Puse algunos de los laboratorios y estudios de imágenes más usados.

-El precio de las consultas depende de cada especialista y también del seguro que se

utilice. Por ejemplo, precio regular: medicina interna, Ginecólogo, endocrinólogo, pediatra, oftalmólogo, neumólogo. Mayor precio (varia mucho): Alergista, Infectólogo, cardiólogo, neurólogo. Los precios que puse fue el regular.

-Hay laboratorios externos que se hacen las analíticas y estudios de imágenes. Ej: Analíticas: Amadita, Referencia, Patrias Rivas, etc. Imágenes: CEDISA, Day Hospital, CEDOMIR, etc.

-Los precios de los estudios de imágenes algunos depende de la parte del cuerpo a estudiar el precio.

-Solo los Hospitales del gobierno (totalmente públicos) y UNAP son los que cogen SENASA Subsidiado (dado por el gobierno trabajen o no) y el resto de lugares solo SENASA Contributivo (para personas que trabajan y los empleadores los inscriben en el seguro).

-CEDISA Y CMM están cobrando 150 por kit de protección de COVID-19 y el Hospital Plaza de la Salud 100 por cada procedimiento que se realicen.

Cobertura de seguros mas usados

Cobertura Seguro SENASA

<https://www.arssenasa.gov.do/wp-content/uploads/2018/12/FullCatalogo-compressed.pdf>

Cobertura Seguro ARS Humano

<https://primeraars.com/pdss/Paginas/Coberturas.aspx>

Cobertura Seguro ARS Universal

<https://www.arsuniversal.com.do/Documents/Basico.pdf>

添付資料(3): 病院診療費リスト

第2章 エルサルバドル

目次

| | |
|---|-----------|
| 1. 基礎情報 | 45 |
| 1.1 一般情報 | 45 |
| 1.2 政治・経済状況 | 46 |
| 1.3 国家開発計画 | 47 |
| 1.4 日本との外交・経済関係 ² | 48 |
| 2. 保健セクターの概況 | 48 |
| 2.1 保健・人口の概況 | 48 |
| 2.2 保健医療政策 | 53 |
| 2.3 保健行政機関 | 55 |
| 2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況 | 56 |
| 2.5 保健医療サービスの供給体制 | 58 |
| 2.6 主要保健医療サービスの利用状況 | 61 |
| 2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況 | 62 |
| 2.8 医薬品調達・供給 | 63 |
| 2.9 ドナーの支援実績 | 63 |
| 2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ | 65 |
| 3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 66 |
| 3.1 財政の一般情報 | 66 |
| 3.2 主要保健財政指標 | 66 |
| 3.3 保健省 (Minsal) 予算 | 67 |
| 3.4 診察料 | 68 |
| 3.5 医療保険制度の関連政策 | 68 |
| 3.6 公的医療保障制度 | 69 |
| 3.7 民間医療保険の概要 | 70 |
| 3.8 医療費等による家計破綻・困窮化 | 71 |
| 3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ | 71 |

図表目次

| | | | | |
|------|---|-----|---------------------|----|
| 表 1 | Plan Cuscatlán の要点..... | 47 | | |
| 表 2 | Plan Cuscatlán 保健領域の概略..... | 53 | | |
| 表 3 | SIAP の導入状況 ²⁴ | 58 | | |
| 表 4 | UCSF 配置数 ²⁵ | 59 | | |
| 表 5 | Ecos の設置及びカバー状況..... | 59 | | |
| 表 6 | 組織別医療人材の配置数..... | 60 | | |
| 表 7 | エルサルバドルに対する各ドナーの支援実績（抜粋）..... | 63 | | |
| 表 8 | 保健支出における財源別内訳 ²¹ | 67 | | |
| | | | | |
| 図 1 | エルサルバドル地図..... | 45 | | |
| 図 2 | 国内貧困マップ..... | 45 | | |
| 図 3 | 都市部における労働者のフォーマル・インフォーマル別割合 ⁴ | 46 | | |
| 図 4 | 地域・性別毎の社会保障加入割合 ⁴ | 47 | | |
| 図 5 | 1999 年の人口ピラミッド | 図 6 | 2019 年の人口ピラミッド..... | 49 |
| 図 7 | 2039 年の人口ピラミッド..... | 50 | | |
| 図 8 | エルサルバドルにおける主たる死因..... | 50 | | |
| 図 9 | エルサルバドルにおける 2019 年の DALY 上位 10 位と 2009 年～2019 年の変化率 （全年齢合計）..... | 51 | | |
| 図 10 | 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合..... | 51 | | |
| 図 11 | 喫煙率及び肥満率の推移..... | 52 | | |
| 図 12 | 中南米各国における結核発生数の変化率（2000～2018 年） ¹¹ | 53 | | |
| 図 13 | 保健省組織図..... | 55 | | |
| 図 14 | コミュニティ活動におけるタブレットを活用した SUIS への入力の様子..... | 57 | | |
| 図 15 | eTAB 利用者数 ²³ | 57 | | |
| 図 16 | SIAP のシステム図式..... | 58 | | |
| 図 17 | 保健医療サービスの供給体制（全国分布）..... | 59 | | |
| 図 18 | UHC サービスカバレッジ指数..... | 61 | | |
| 図 19 | 保健省医療施設への高齢者のケア件数/人間開発指数（IDH）..... | 63 | | |
| 図 20 | エルサルバドルにおける総保健支出（百万ドル） ²¹ | 67 | | |
| 図 21 | 保健省予算の割り当リスト..... | 68 | | |
| 図 22 | 保健医療サービスにかかる主要機関別の役割..... | 70 | | |
| 図 23 | 保健関連支出元の構成比 ²¹ | 71 | | |

1. 基礎情報

以下に、一般情報、政治・経済状況、国家開発計画及び日本との外交・経済関係を示す。

1.1 一般情報

エルサルバドルの人口は6,70百万人規模であり、GDPは270億米ドル(2019年)、世界銀行によれば203か国中104位の値である¹。一人あたりGNIは約4,000米ドル、GDP成長率は2009年に一時的にマイナスとなっているものの、2010年以降は概ね2%台で推移している。また、国民の22.8%が1日の所得が1.25米ドルの貧困ラインにある。²



図1 エルサルバドル地図

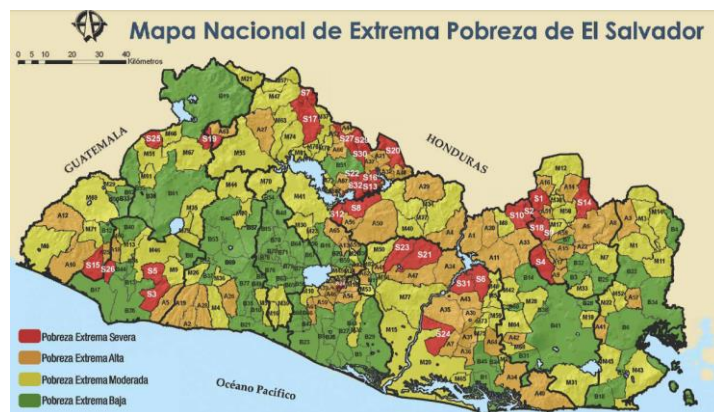


図2 国内貧困マップ³

人口のうち約6割は都市部に集中しており、その中でもさらにサンサルバドル首都圏(Área Metropolitana de San Salvador: AMSS)には全人口の27%にあたる約1.8百万人が居住している⁴。図2にあるように、国内での貧困は農村部、特にホンジュラスとの国境沿いで顕著である。中でも、チャラテナンゴ県、モラサン県、ウスルタン県などで最重度の貧困状態である市町村が多く存在している。いまだに多くの農民は自らの土地を有していない有給農業労働に依存している。

¹ World Bank : <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/gdp-ranking>

² World Development Indicator (World Bank) : <https://data.worldbank.org/country/el-salvador>

³ Fondo de inversion social para el desarrollo local : <http://www.fisd.gov.sv/temas-543/mapa-de-pobreza>

⁴ エルサルバドル財務省 : Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2019.

1.2 政治・経済状況

エルサルバドルの政治形態は立憲共和制であり、任期3年の一院制度である。現在の元首は、2019年6月に就任したナジブ・アルマンド・ブケレ・オルテス大統領であり、2024年まで、5年の任期となっている。主要産業は、軽工業（輸出向け繊維縫製産業）、農業（コーヒー、砂糖等）である。また、エルサルバドルに進出している本邦企業は、4社と限られており⁵、2018年10月時点での在留邦人は142人である。

雇用・労働の側面で述べると、失業率は6.3%であり（2019年）⁶、インフォーマルセクターにおける労働者の割合は全体の69.1%（2019年）となっている（本調査におけるインフォーマルセクターの定義は5名以下の事業所の雇用主及び専門職でない被雇用者、家族労働者等にあたる）（図3）。

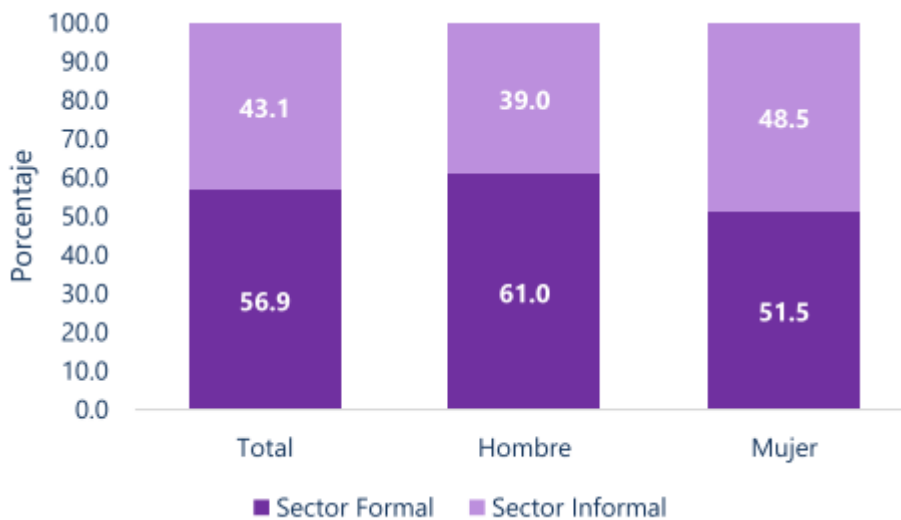


図3 都市部における労働者のフォーマル・インフォーマル別割合⁴

この値はラテンアメリカ各国と比較しても大きい国の一つである⁷。同調査によれば、都市部におけるインフォーマルセクター労働者の割合は約43%であるため、農村部及び都市部における労働形態に差があることがわかる。このことは同調査で示される地域別の社会保障加入割合からも見て取れる（図4）。農村部では民間ないし公的（エルサルバドル社会保障局等）の社会保障制度にカバーされている人口はわずかに2割弱に留まっている。これは、社会保障の対象にならないインフォーマルセクター労働者が多く居住しているためと考えられる（本調査における都市部の定義は市の中心部を指す。中心部とは同市の行政機関のおかれる人口集中地区のこと。その他地域は農村部とされている）。

⁵ 外務省：<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000214414.pdf>

⁶ 外務省：<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/elsalvador/index.html>

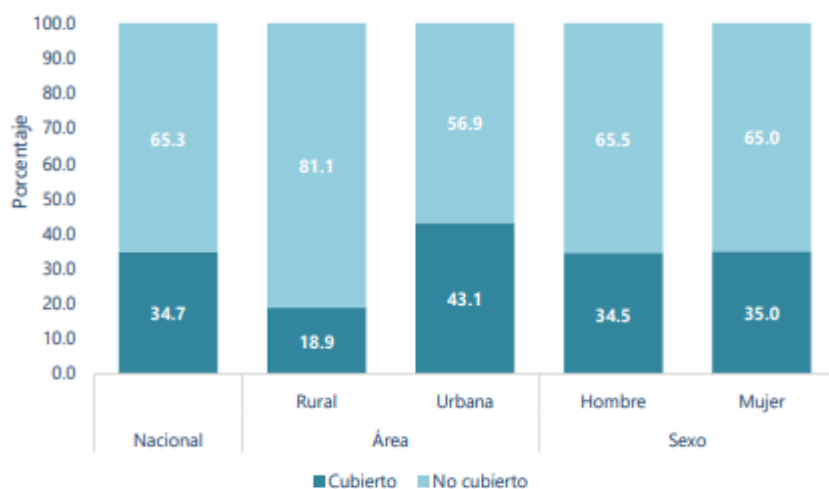


図 4 地域・性別毎の社会保障加入割合⁴

1.3 国家開発計画

前項で述べたように 2019 年 6 月に就任したナジブ・ブケレ大統領は、大統領選挙時に新たな開発計画として Plan Cuscatlán という公約集を発表したが、その後、公式な国家開発計画は発表されていない。下記に、Plan Cuscatlán 及び、前政権が策定していた 5 カ年開発計画 2014-2019 (Plan Quinquenal de Desarrollo) について参考に記載する。

① Plan Cuscatlán

政治的利益よりも効率性、コンパクトさ、有効性、親国民的かつ技術的な政府機関であることをモットーに掲げている。同公約集内において、以下 8 つの下位グループを設けている (表 1)。

表 1 Plan Cuscatlán の要点

| カテゴリ | サブカテゴリ |
|--|--|
| 社会保障 (Bienestar Social) | 保健領域 (Salud)、教育 (Educación)、治安 (Seguridad)、スポーツ (Deporte)、子ども・若年者 (Juventud)、女性 (Mujer)、人権 (Derechos Humanos)、文化 (Cultura)、環境 (Ambiente) |
| 治安 (Seguridad) | 省略 |
| 移民及び労働 (Migraciones y Trabajo) | |
| 国際関係 (Internacional) | |
| 産業生産技術 (Industria, Producción y Tecnología) | |
| 経済・社会的利益と財政 (Economía, Beneficios Sociales y Finanzas) | |
| 公共事業 (Fomento y Obras Públicas) | |
| 地方開発 (Desarrollo Territorial) | |

このような総合的な計画を通して、権力者や一部の層に利益が集中せず、かつリソースの集中を避けた政府の運営を目指している。

保健領域においては、普遍性・連帯性・補完性・公平性・組織性を原則とし、国民保険制度の統合を進めることを提言している。特に重要な戦略としては、人権を保障する社会基盤の強化、保健省の能力強化、戦略的な多組織連携の確立、保健資源の拡大、保健ネットワークの構造と及び機能強化が挙げられている。

② 5 年開発計画 2014-2019 (Plan Quinquenal de Desarrollo)

前政権による開発計画には、11 のゴールが掲げられている。そのうち 4 番目にて「質の高い保健サービスとユニバーサルカバレッジ」について言及されている。具体的な計画としては、統合国民保健システム (Sistema Nacional Integrado de Salud :SNIS) の構築、それによる適正価格で質の高いサービスの提供、医薬品の確保、科学調査の強化及び人材育成が挙げられている。

1.4 日本との外交・経済関係²

1935 年 2 月に外交関係が樹立したものの、第二次世界大戦により停止し、中断期間を経て 1952 年 5 月に再開となった。同国における対日貿易では、エルサルバドルからの輸出は、コーヒー、衣類等で 18.8 億円規模である (2019 年調査)。一方、輸入は、自動車、鉄鋼製品等で総額 134 億円である。また、エルサルバドルと日本は、1964 年に通商協定を締結している。

同国に対する日本の援助実績は、2016 年度までの累計で、有償資金協力が 624.72 億円、無償資金協力が 369.96 億円、技術協力実績が JICA 実績ベースで 249.81 億円となっている。日本とエルサルバドルは、1968 年に青年海外協力隊派遣取極を締結し、2005 年には技術協力協定を取り交わしている。

2. 保健セクターの概況

エルサルバドルの保健セクターの概況として、以下に、保健・人口の概要、保健医療政策、保健行政機関、保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況、保健医療サービスの供給体制、保健医療サービスの利用状況、疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況、医薬品調達・供給、ドナーの支援実績、及び UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズについて示す。

2.1 保健・人口の概況

図 5 と図 6 に示す通り、エルサルバドルの人口は、1999 年の 5.84 百万人から 2019 年の 6.45 百万へと 20 年間で約 10% の増加率であり、これは世界平均の同年間の成長率である 27% よりも低い。その要因として、1980 年代における内戦及び近年の国外への人口流出が影響していると考えられる (現在人口の 1/5 が国外に移住しており、2000 年の外国為替の

2/3 が海外送金で占められている⁸⁾ また人口動態については、出生率や乳幼児死亡率の低下により、その構造は拡大型から退行型へと変化している⁹⁾。

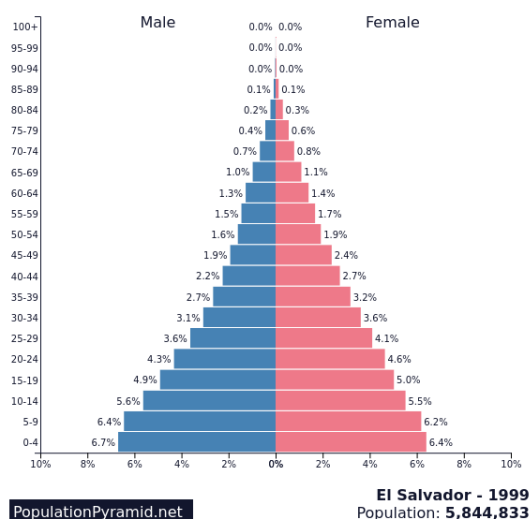


図 5 1999 年の人口ピラミッド

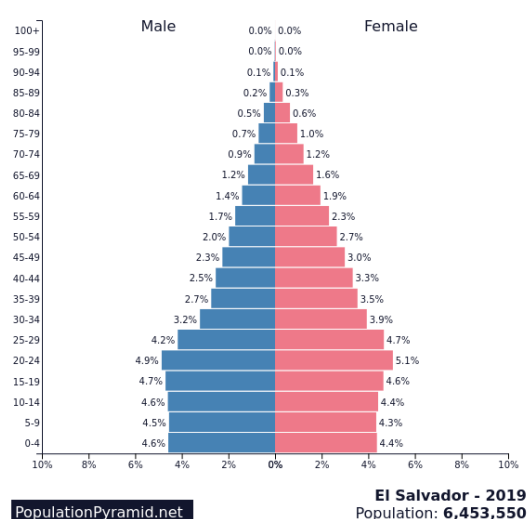


図 6 2019 年の人口ピラミッド

一方、図 7 に示す通り、2039 年の予想ピラミッドは、40～44 歳の人口が最も多い釣鐘型に近い形になってきており、生産年齢は 2019 年の 64.6%から 66.5%へ微増している。65 歳以上の高齢者は、2019 年の人口全体の 8.4%から 2039 年には 13%と増大していることから、高齢社会に近付いていくことが予想される。一方で、10 歳未満児の割合は、2019 年の 17.8%から 20 年後には 13.4%へと減少しており、徐々にではあるが少子化傾向が進行すると考えられ。UNFPA の報告 (2010)¹⁰⁾によれば、エルサルバドルは約 30 年後の 2050 年には人口ボーナスが終わると予測されている。さらに、現状貧困層が多い農村部 (チャラテナンゴ県、ウスルタン県、モラサン県等) にて特に高齢化率が 10%を超え高くなっていることから、高齢化が進むことにより保健サービスを含めた社会保障全体へ与える影響が大きいと予想される。詳細については「2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況」にて述べる。

⁸⁾ PRISMA : Pobreza rural y medio ambiente en El Salvador

⁹⁾ Pan American Health Organization : Health in the Americas 2017 edition

¹⁰⁾ UNFPA : Las tendencias demograficas de la poblacion adulta mayor y sus implicaciones para las politicas publicas en materia de seguridad social

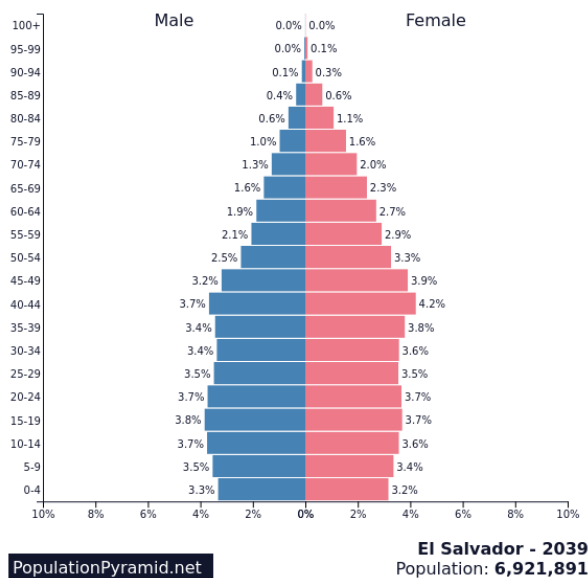


図 7 2039年の人口ピラミッド

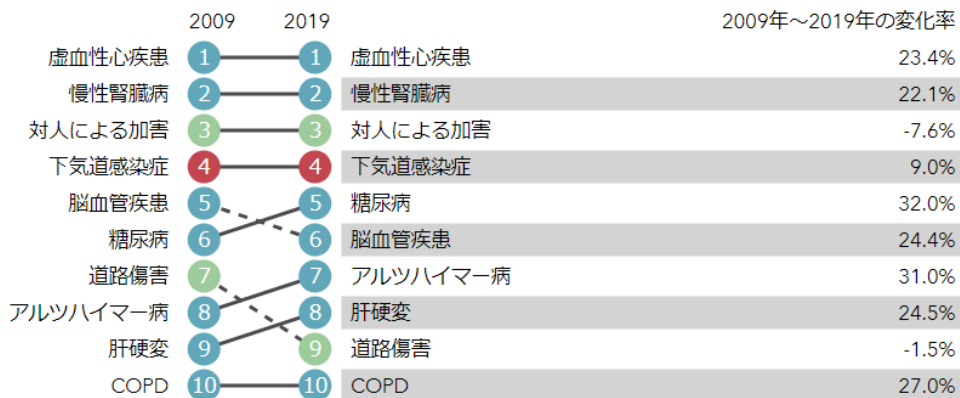


図 8 エルサルバドルにおける主たる死因¹¹

エルサルバドルの平均寿命は73.0歳（男性68.2歳、女性77.6歳）である（2018年）。死因については図8にあるように、心疾患、慢性腎疾患について暴力による死亡が依然として高い。また病的状態、障害、早死により失われた年数を意味した疾病負荷を総合的に示す「障害調整生命年（DALY: Disability-Adjusted Life Year）」によると（図9）、2009年以降10年間ではNCDが死因や障害発生の原因となることが多く、特に糖尿病は30%以上の増加率である。

¹¹ <http://www.healthdata.org/el-salvador>

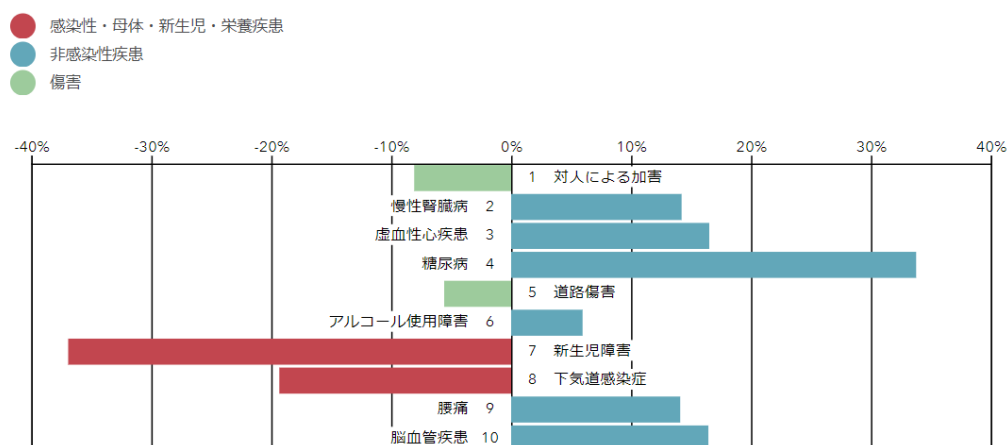


図 9 エルサルバドルにおける 2019 年の DALY 上位 10 位と 2009 年～2019 年の変化率（全年齢合計）¹²

世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease Study）の結果によると、下図 10 に示す通り、国際疾病分類（レベル 1）に沿って死亡を大きく非感染性疾患（NCD）・感染性疾患・外傷の 3 つのグループに分けたとき、1990 年において総死亡の 50% が NCD、28% が感染性疾患・母子・栄養疾患、21% が外傷とすでに NCD による死亡が感染性疾患・母子疾患・栄養疾患による死亡よりも多い。2019 年時点では、NCD 74%、感染性・母子・栄養疾患 10%、外傷 14% と NCD が死因の 7 割を占めており、非感染性疾患による死亡割合が拡大している。

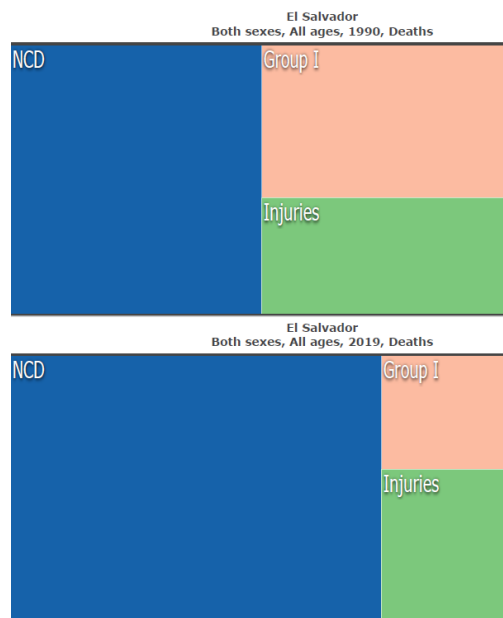


図 10 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合¹³

¹² IHME : <http://www.healthdata.org/el-salvador>

¹³ Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD compare : <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

NCD のリスクファクターにおいて、特に変化が顕著であるのは喫煙率と肥満率である。男性において喫煙率は非常に高く 2000 年には 30%程であったが、これは減少傾向にある。肥満率は右肩上がりとなっており、特にその傾向は女性において顕著である。また、重要項目の一つとして挙げられている身体不活動率については、計測が行われておらず、適切なモニタリングが欠如している¹⁰。

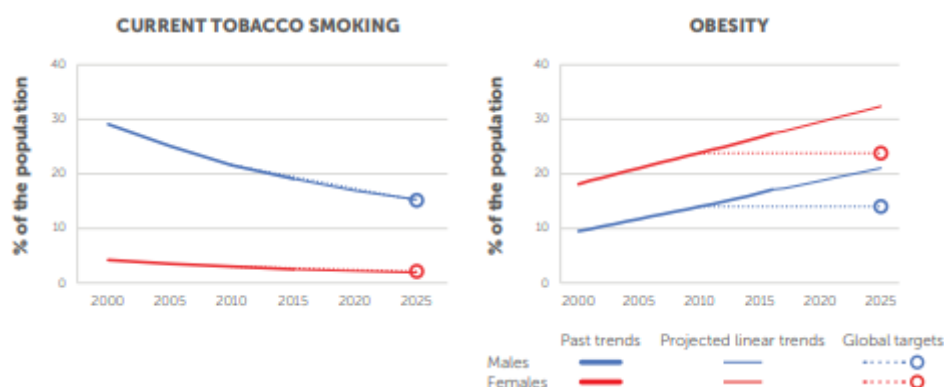


図 11 喫煙率及び肥満率の推移¹⁴

その他の主要指標として、2016 年から 2017 年の報告によると、対人口 10 万人の結核罹患数は 48.2 件であり¹⁵、2000-2018 年の増減率は 100%を越えている¹⁶。これは、1990 年代以降に結核の発生率・死亡率を大きく減少させた中南米各国の平均を大きく上回るものとなっている（図 12）。結核の予防接種率については、2018 年の調査で 81%であった¹⁷。また同調査では、対出生千人の乳幼児死亡数は、46（1990 年）から 12（2018 年）と 1/4 程度まで減少している。対出生 10 万人の妊産婦死亡率の 2018 年データは 46 であり、中南米カリブ海各国の平均である 74 の 2/3 程度となっている。また、合計特殊出生率は、2018 年のデータによると 2.039 である。

¹⁴ WHO/Noncommunicable diseases country profiles 2018 : <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>

¹⁵ PAHO : Tuberculosis in the Americas 2018

¹⁶ OECD, World Bank : Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020

¹⁷ UNICEF : Children, food Growing well in a changing world and nutrition

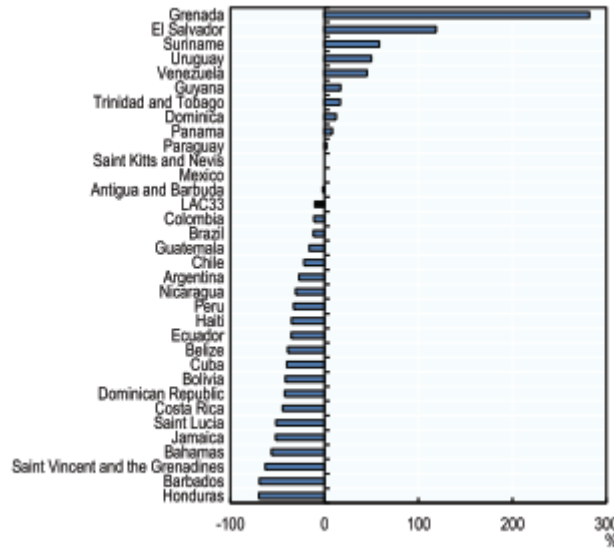


図 12 中南米各国における結核発生数の変化率 (2000~2018 年) ¹¹

2.2 保健医療政策

(1) Plan Cuscatlán

エルサルバドルの保健医療政策は、「1.3 国家開発計画」で述べた Plan Cuscatlán¹⁸に基づき計画されている。その主たる目的は、統合的で強固な国民健康保険制度 (Sistema Nacional de Salud) の確立、及びプライマリーヘルスケア戦略を通じた UHC の発展を強調している。同計画において、その他の具体的目標として、健康にまつわる社会的要因に対するアプローチ、ヘルスプロモーションや市民教育の重要性も示されている。

前述の目標を達成するために、15 の戦略的ガイドラインも同計画にて示されている。詳細については、以下表 2 に記載する。

表 2 Plan Cuscatlán 保健領域の概略

| 戦 略 | 詳 細 |
|--|--|
| 国民健康保険システム (Sistema Nacional de Salud: SNS) の組織化と機能 | プライマリーヘルスケアの拡充のため、多セクターでの協調を通じて治療、リハビリテーション、ヘルスプロモーション、及び疾病予防を推進する。 |
| 統合的・包括的保健ネットワーク (Redes Integrales e Integradas de Salud) の強化 | 医療サービス提供者間の情報ネットワークの構築及び向上 <ul style="list-style-type: none"> ・オンライン上での患者情報共有システムの構築 ・医薬品情報や検査結果、治療経緯などの相互参照 |
| 財務管理 | タイムリーな意思決定や継続的なケアの実施を目的とする保健医療に係る予算の増加を、GDP 比 5% より下回らないことを目標として定めている <ul style="list-style-type: none"> ・公平な資金調達及び財務管理の透明性確保 ・国民の out-of-pocket を軽減する ・データに基づいた予算配分 ・ドナーとの連携 |

¹⁸ Plan Cuscatlán : <https://www.plancuscatlan.com/>

| | |
|---------------------|---|
| 備品・医療機器・医薬品の調達管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・ FOSALUD への予算分配 ・ 健康や環境に影響を与える企業や商品への課税 <p>医薬品のタイムリーな供給、適切な治療技術へのアクセスを担保することが目的</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 関連機関とともに共同調達メカニズムを確立 ・ 国立医薬品局（Dirección nacional de Medicamentos）との効果的な連携 |
| 人材育成 | <p>医療技術政策（Política Nacional de Tecnologías Sanitarias）を見直す</p> <p>人材育成法（Política de Desarrollo de los Recursos Humano）を通して公共セクターの労働者の保護、労働条件等の改善を図る。治療的アプローチからコミュニティベースのアプローチへの転換する人材育成の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 教育機関と連携し人材育成カリキュラムを開発する ・ 国民のニーズ等に基づき人的資源の配分を行う ・ 上級評議会（Consejo Superior de Salud Pública）と連携し専門家の認証を行う ・ 専門家トレーニングのためのメカニズムを確立 |
| 社会参加とコミュニティ組織の促進 | <p>医療保健委員会（Comites de salud）の設置と強化を通じて、健康への参加に関するあらゆる形態の社会組織の発展及び強化に貢献</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ソーシャルアクターの保健活動への取り込み ・ 宗教団体や市民団体の役割の強化 |
| 研究及び開発 | <p>社会的グループ（性別、年齢、民族、障害の種類など）による健康格差の分析を含め、疾病罹患率や死亡率などの主問題に対する研究プログラムの開発・実践を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 国立保健局（Instituto Nacional en Salud）の能力強化 ・ 大学や専門家団体との連携 |
| 救急医療システム | <p>救急医療システム（Sistema de Emergencias Médicas :SEM）の強化を通じて患者の死亡率や後遺症を減少させる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ SNS 参加機関及びその他 NGO、民間機関との連携 ・ 搬送前診療システム（Sistema de atención prehospitalaria de emergencias médicas）の強化 |
| 戦略的な健康情報の整備 | <p>ICT を活用した最新情報の共有、医療プロトコルの統一化、医薬品リストの閲覧、医療保健統計の精度向上等を可能にするシステムの構築</p> |
| 環境衛生 | <p>衛生インフラの予防的・是正的な処置や、医療施設における生物感受性廃棄物の適切な管理。水や土壌の質の管理や保全</p> |
| メンタルヘルス | <p>主観的な幸福の発展、及び人権保護の観点から、あらゆる暴力を防止するためのツールとしての国家精神保健政策（Política Nacional de Salud Mental）の実施</p> |
| 暴力防止 | <p>社会的暴力、家庭内暴力、性暴力の防止のため、「暴力防止ユニット（Unidad de Prevención de la Violencia）」をはじめ様々な分野での連携を行う</p> |
| ライフサイクルにおける総合的な健康管理 | <p>国民 1 人 1 人を尊重する健康管理のため、個人のライフサイクルに合わせた横断的なアプローチを行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小児期のケア ・ 妊産婦のケア、リプロダクティブヘルス ・ 老年期のケア：高齢者の急性期ユニットの設立、国立老年センター（Centro Geriátrico Nacional）の設立、早期の介護予防のため医学的評価の強化 |
| 包括的リハビリテーション | <p>障害に応じた治療・教育・社会復帰のためのサポートを切れ目なく統合する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ エルサルバドル統合リハビリテーション局（Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.）の再構築 |

包括的がん治療

- ・二次及び三次病院にリハビリテーションユニットを設置、早期リハビリテーションを実施する
- ・医療従事者の教育課程にリハビリテーションの要素を組み込む
プライマリーヘルスケアにがん治療を包括することにより、治療や
検診のために都市部への移動等が必要でない状況を構築する
- ・緩和ケアのトピックを医療従事者要請カリキュラムに組み込む
- ・緩和的在宅医療の推進

(2)その他の政策

その他、課題別の保健医療政策として、がん対策には「がんのコントロールと予防のための政策（Política Nacional para la prevención y control del cáncer）」が2015年に、また、高齢化対策としては「高齢者のための保健医療サービスモデル（Modelo de Atención en Salud para la Persona Adulta Mayor）」が2018年に制定されている。若年者に対しては、10歳から14歳、そして15歳から19歳までのそれぞれに対して「若年者のための戦略手法（Estrategia metodológica para adolescentes）」が示されている。

2.3 保健行政機関

エルサルバドルにおける保健行政機関は、保健省（Minsal）である。同省の保健大臣直下の組織図は、下図13の通りである。

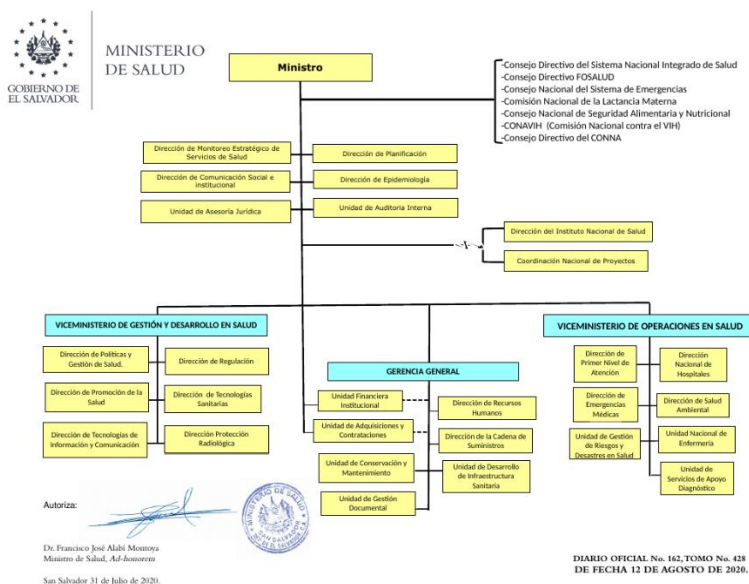


図 13 保健省組織図¹⁹

保健省大臣の下に、保健サービス戦略監視局、社会・制度コミュニケーション局、リーガルアドバイザーユニット、計画局、疫学局、及び内部監査部門の下位部門が設立されている。また、2名の副大臣が保健開発・管理、オペレーション部門に分かれ、それぞれ下位に

¹⁹ エルサルバドル保健省：<https://www.salud.gov.sv/estructura-organizativa/>

保健政策、規制、ヘルスプロモーション等の6部門、そしてプライマリーヘルスケア、国立病院管理、救急医療管理等の7部門が設立されている。

2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況

エルサルバドルにおいて、人口保健調査（DHS: Demographic Health Survey）は1985年のみの実施である。生活基準調査（LSMS: Living Standards measurement Study）、生活基準調査（LSMS: Living Standards measurement Study）、及び地区保健医療情報システムである DHIS（District health Information System）は、いずれも過去に実施されていない。

一方、エルサルバドルでは、各調査項目と類似の内容について、「家族保健に関する全国調査（Encuesta Nacional de Salud Familiar- FESAL-）」を1973年から2008年にかけて計9回実施している。2014年には同調査を UNICEF、AECID、世銀及び IDB の協力を得て実施された。本調査結果は保健領域のみならず児童福祉の領域でも活用されている²⁰。さらに、UHC に関する詳細なモニタリング「国民保険制度に関する指標（Indicadores del Sistema Nacional de Salud）」を過去20年間、継続して調査している²¹。

また、エルサルバドルはいくつかのサブカテゴリで構成される統一保健情報システム（Sistema Único de Información en Salud: SUIS）を有しており、疫学的調査や各プロジェクトのモニタリング等に用いている。特に重要なサブカテゴリとして、以下のシステムが存在する。

- ・罹患死亡率情報システム（el sistema de información de morbi-mortalidad en línea : SIMMOW）
- ・健康生産統計システム（sistema estadístico de producción en salud : SEPS）
- ・疫学調査システム（sistema de Vigilancia Epidemiológica : VIGEPES）
- ・家族記録情報システム（sistema de información de la ficha familiar : SIFF）
- ・供給システム（Sistema de Abastecimientos : SINAB）
- ・HIV-AIDS の監視・評価・疫学調査のための単一システム（Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA : SUMEVE）
- ・全国ワクチン登録システム（Sistema Nacional de Registro de Vacunas : VACUNAS）
- ・デング熱活動管理システム（Sistema de Control de Actividades contra el Dengue : Dengue）
- ・地理情報ウェブシステム（Sistema Web de información geográfica : Geo MINSAL）

SIFF については家族構成から児童労働の有無、乳がんの検査の有無、5歳以下の児童の栄養状態など、幅広い情報を集約している²²。UNICEF の支援により後述する ECOs ヘタブレット等の電子端末が提供され、コミュニティでのケアに活用されている（図14）。

²⁰ UNICEF : <https://www.unicef.org/elsalvador/comunicados-prensa/el-salvador-presenta-informe-final-de-la-primera-encuesta-de-indicadores>

²¹ 保健省 : <https://www.salud.gob.sv/boletines-estadisticos/>

²² <https://siff.salud.gob.sv/>



図 14 コミュニティ活動におけるタブレットを活用した SUIIS への入力の様子²³

保健省情報通信技術局（Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación : DTIC)によれば、下記図 15 のように、前述の電子タブレットへ（eTAB）の登録者数は年々増加しているが、総利用者数は 3,000 名程度にとどまっている。これは、現地保健省行政官からの聞き取りにて得られた、SUIIS に用いられるための PC 等の電子機器の整備は全国で十分に行われているわけではないという情報と一致する（実際に使用されている端末や機材の整備状況の詳細はデータ化されていない）。

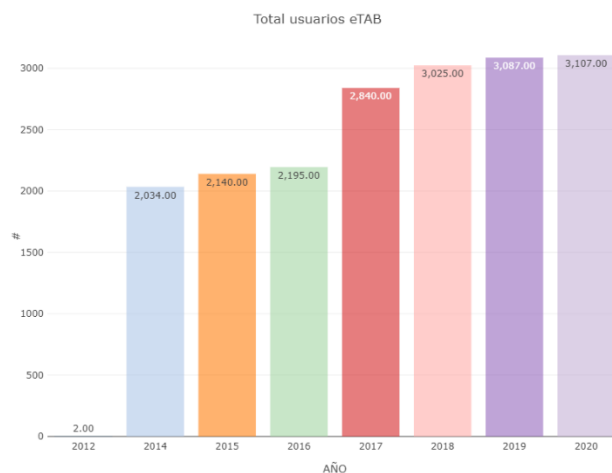


図 15 eTAB 利用者数²³

加えて、2017 年より「統合患者ケアシステム（Sistema Integral de Atención a Pacientes : SIAP）が導入され、患者情報を一元化し、待ち時間や診察時間の短縮を図っている。以下の図 16 のように、マイナンバーと紐づけされた SIAP を導入している個人の診療情報に各保健医療施設からアクセスが可能になるというものである。

²³ 保健省 : <https://www.salud.gov.sv/direccion-de-tecnologias-de-informacion-y-comunicacion-dtic/>

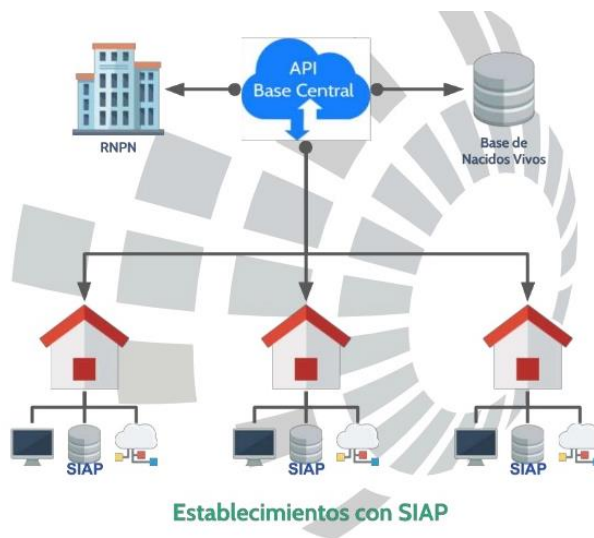


図 16 SIAP のシステム図式²⁴

2018 年 6 月の時点での導入進捗は以下の表 3 の通りである。

表 3 SIAP の導入状況²⁴

| | | |
|-------------|--------|--------|
| 病院 | 患者認識 | 28 カ所 |
| | 予約管理 | 27 カ所 |
| | 電子カルテ | 7 カ所 |
| | 薬剤管理 | 26 カ所 |
| | 検査情報管理 | 8 カ所 |
| 地域家族の健康ユニット | 患者認識 | 125 カ所 |
| | 予約管理 | 77 カ所 |
| | 電子カルテ | 15 カ所 |
| | 薬剤管理 | 60 カ所 |

2.5 保健医療サービスの供給体制

エルサルバドルにおける公的保健医療施設の分布について、以下の図 17 に示す。内訳は、国立病院（市・県病院など含む）30 件、地域家族の健康ユニット（Unidades Comunitarias de Salud Familiar : UCSF）692 件、地域に根ざした家庭保健チーム（Equipos Comunitarios de Salud familiar : Ecos familiares）481 件、そして、専門地域医療チーム（Ecos Especializados）36 件が配置されている。これは、「3.5 医療保険制度の関連政策」に後述する統合的・包括的医療保健サービスネットワーク（Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud: RIISS）に基づき、特に最貧困層が居住する 100 自治体において、プライマリーヘルスケアの強化のため実施されている。

²⁴ PAHO : <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/webinars-relacsis/931-identificador-unico-de-pacientes-webinar-5-experiencia-el-salvador>

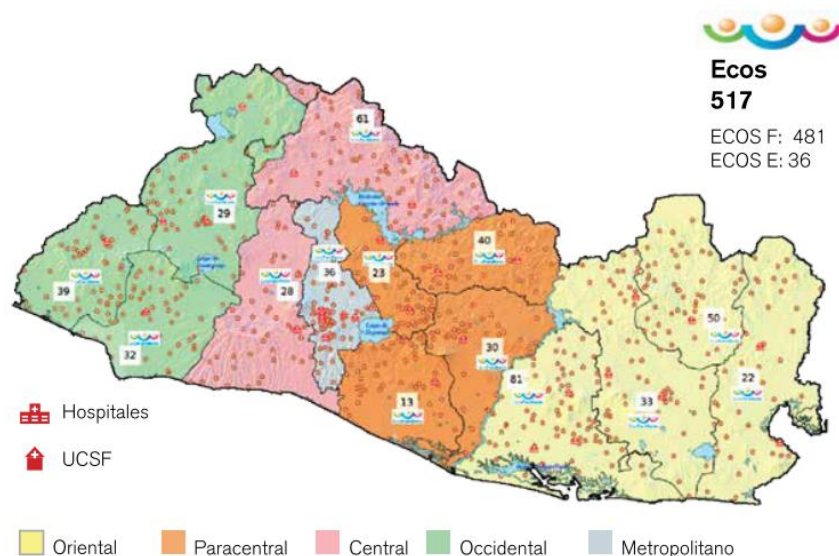


図 17 保健医療サービスの供給体制（全国分布）²⁵

Ecos の配置は、家族に対する健康アプローチを通じた健康改革の一部である。本システムは、コミュニティにおける住民の保健医療サービスへのアクセスを改善し、治療を受けるための長距離移動や、高額な交通費の支出などの負担を軽減することを目的としている。この Ecos や UCSF を通じたプライマリーヘルスケアの推進によって、都市部と農村部の医療リソースの格差を是正することが期待されており、実際には表 4 のように、都市部よりもそれ以外の地区に重点的に配置されている。

表 4 UCSF 配置数²⁵

| 保健エリア | 施設形態 | | | 合計 |
|-------|----------|----------|----------|-----|
| | UCSF（基礎） | UCSF（中級） | UCSF（専門） | |
| 首都圏 | 30 | 33 | 5 | 68 |
| 西部 | 140 | 91 | 14 | 245 |
| 中央部周辺 | 65 | 65 | 5 | 135 |
| 中央部 | 41 | 60 | 7 | 108 |
| 東部 | 82 | 54 | 7 | 143 |
| 合計 | 358 | 303 | 38 | 699 |

Ecos 及び UCSF の拡大により、一次レベルの保健医療サービスを受けることができる住民の数は増加してきている。

表 5 Ecos の設置及びカバー状況²⁶

| 一次レベルケア | 2009 | 2014 | 2016 |
|---------------|------|------|------|
| Ecos が配属されている | 0 | 164 | 186 |

²⁵ PAHO/WHO : El Salvador en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud: Logros y Desafíos

²⁶ WHO : El salvador Territorial community teams, 2020

| | | | |
|---------------------|-------|-----------|-----------|
| 市町村 | | | |
| Ecos によりカバーされている住民数 | 0 | 1,897,078 | 1,921,891 |
| Ecos によりケアを受ける世帯数 | 0 | 378,068 | 378,325 |
| Ecos Familiares | 0 | 482 | 537 |
| Ecos Especializados | 0 | 38 | 39 |
| UCSF | 277 | 708 | 713 |
| 保健医療人材数 | 7,724 | 10,718 | 12,669 |

Ecos チームの業務はそれぞれ以下のようになっている。Ecos F は、家族のリスク毎に数週間～数ヶ月に一度、30分から60分程度の家庭訪問を行う。その中で、健康増進、教育、予防ケア、治療、地域リハビリテーションに分類される介入を実施する。また、タブレット端末や携帯電話を使用して、家族情報の継続的な更新、フォローアップが必要な慢性疾患患者の追跡などのデータ収集を実施する。

一方 Ecos E は、専門家により構成されており、UCSF での治療提供及び訪問治療を実施している。含まれる専門職には小児科医、産婦人科医、内科医、理学療法士、栄養士、心理士、歯科医師等がある²⁷。

保健医療人材は、Ecos の展開により増加傾向である。農村部の医療資源は Ecos 導入前と比較し3倍になった一方で、Ecos ユニットのうち約3割は、規定された専門職を確保できていないという現状もある²⁶。国内全体の指標を見ると国民10,000人当たりの医師数は15.3名、看護師は13.8名、歯科医師は1.5名であり、WHO が定める看護人材数の基準である、人口1万人当たり44.5名には遠く及ばず、都市部と合計しても、低い基準の人的資源であることがわかる²⁸。

表 6 組織別医療人材の配置数²⁹

| 医療従事者 | 機関 | | | | | | 計 |
|-------|--------|---------|-------|------|------|-----|-------|
| | MINSAL | FOSALUD | ISSS | ISRI | ISBM | BSM | |
| 総合医 | 1,663 | 482 | 741 | 7 | 113 | 42 | 3,048 |
| 専門医 | 1,618 | 87 | 2,435 | 45 | 145 | 126 | 4,456 |
| 行政医 | 222 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 222 |
| 研修医 | 748 | 0 | 230 | 0 | 0 | 30 | 1,008 |
| 歯科医 | 468 | 222 | 169 | 5 | 65 | 59 | 988 |
| 看護師 | 2,412 | 322 | 1,039 | 15 | 0 | 79 | 3,867 |
| 看護助手 | 3,468 | 46 | 1,876 | 47 | 0 | 207 | 5,644 |
| 栄養士 | 283 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 283 |
| 麻酔医 | 321 | 0 | 128 | 0 | 0 | 22 | 471 |
| 疫学医 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| 健康指導士 | 47 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 47 |

²⁷ 保健省：Lineamientos técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados, 2017

²⁸ WHO：World Health Statistics 2020

²⁹ World Bank：https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/766911544812115606/el-salvador-strengthening-public-health-care-system-project

| | | | | | | | |
|-----------------|-------|----|-----|----|----|----|-------|
| 検査技師 | 818 | 30 | 337 | 2 | 1 | 21 | 1,209 |
| 理学療法士 | 96 | 1 | 160 | 97 | 0 | 11 | 365 |
| 薬剤師 | 104 | 0 | 386 | 0 | 2 | 3 | 495 |
| コミュニケーターヘルスワーカー | 2,751 | 68 | 197 | 0 | 0 | 0 | 3,016 |
| 精神科医師 | 86 | 9 | 39 | 0 | 10 | 7 | 15 |
| 母子保健ワーカー | 0 | 29 | 69 | 0 | 0 | 0 | 98 |

一方で、公的保健医療機関で勤務する医師のうち約4割がプライマリーヘルスケアに従事しており、Ecosの展開によって多くの農村部の市民が医療資源により容易にアクセスできる状態になっているといえる²⁶。

2.6 主要保健医療サービスの利用状況

麻疹の予防接種率は、2015年の統計で91.1%となっている。また、2015年の適正医療者による出産介助の割合は91.1%であり¹³、2019年の4回以上の産前検診率は90%である¹³。

なお、UHCに関わるSDG指標3.8.1「サービスカバレッジ指数」では、図16に示す通り、リプロダクティブヘルス・母子保健分野でも上記に挙げた指数以外に「肺炎の予防と早期発見」がある。感染症対策の分野においては、「2.1 保健・人口の概要」の中で示した結核感染の他にHIVエイズ治療や基礎衛生整備等があり、また、NCD分野やサービス能力とアクセスの分野にも各種の指数が特定されている。他の保健医療サービスの利用状況や国内格差の分析のためには、今後さらなる現地リソースからの情報が必要である。

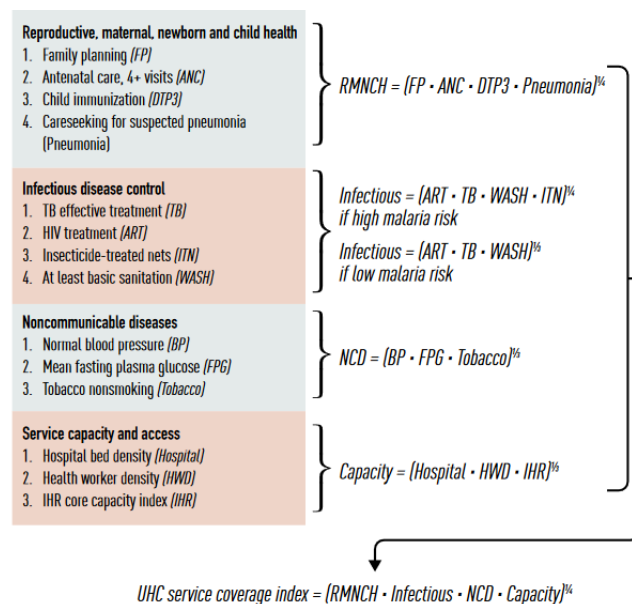


図 18 UHC サービスカバレッジ指数³⁰

³⁰ WHO/Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 MONITORING REPORT : https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf

WHO/世界銀行の2017年グローバル・モニタリング報告書³¹によれば、上記のSDG指標3.8.1「サービスカバレッジ指数」によるエルサルバドルの測定値は76となっている。同中米地域ではグアテマラで55、ホンジュラスで65、なお日本は80以上と発表されている。

2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況

エルサルバドルにおける疾病構造の中で最も顕著なものが、NCDの蔓延である。死因の多くがNCDによるものに置き換わりつつあり、今後もさらに影響が大きくなると予想される。さらに、中南米諸国と同様高齢化が徐々に進行していることもあり、発生する医療費及びそこから生じる貧富の格差の拡大が懸念される。

このような状況を鑑み、保健医療サービスは治療的ケアモデルから、包括的かつ予防的なケア、プライマリーヘルスケアのアプローチへと転換してきた。病院間のネットワーク強化及びEcosによるヘルスプロモーションを実施するなど、科学的根拠に基づき、健康的なライフスタイルの増進や健康教育、アドボカシー活動など、非薬物療法に取り組んでいる。例えば、「運動は薬 (ejercicio es medicina) キャンペーン」として、46種類のワークショップの開発、保健センターや病院、NGOなどの保健人材のトレーニング等を実施している²³。

また、ヘルスプロモーションの一環として保健省系列の施設では子宮頸がんのスクリーニングも実施している。同国ではその他の中南米各国と同様に子宮頸がんが非常に重要な疾患の一つとなっている。罹患女性の死亡率は89%と高くなっており、2018年に新規診断がついたのは1,317件、また死亡件数は205件となっている³²。そのような状況を受け、保健省では2015年に「エルサルバドルにおける癌の状況的診断 (Diagnóstico situacional del cáncer en El Salvador)」、「子宮頸がん、子宮体がん、乳がんの予防とコントロールのためのガイドライン (Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama)」等を公表し、積極的な介入を実施している。

このようなプライマリーヘルスケア強化の取り組みは、住民及び医療従事者を含めた国内外から肯定的な評価を受けている^{33,34}。

また高齢化については「2.1 保健・人口の概況」で述べたように特に貧困地域で顕著に進んでいる。「2.2 保健医療政策」で記載した通り、「高齢者のための保健医療サービスモデル」が2018年に制定されているが、実際には高齢者のケアを専門的に行う老年医学の医師や医療従事者数は非常に限られている。

³¹ WHO Tracking Universal Health Coverage, 2017 Global Monitoring Report : WHO | Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report

³² Ochoa R : Factores que inciden en la realización de citología en mujeres de 18 a 70 años usuarias de los servicios de clínica madre teresa de calcura de san salvador, agosto a diciembre de 2019.

³³ Marta Jimenez Carrillo : Comprehensive primary health care and non-communicable diseases management: a case study of El Salvador

³⁴ Reyes A, H.: Primary health care as the foundation of El Salvador's health system reform.

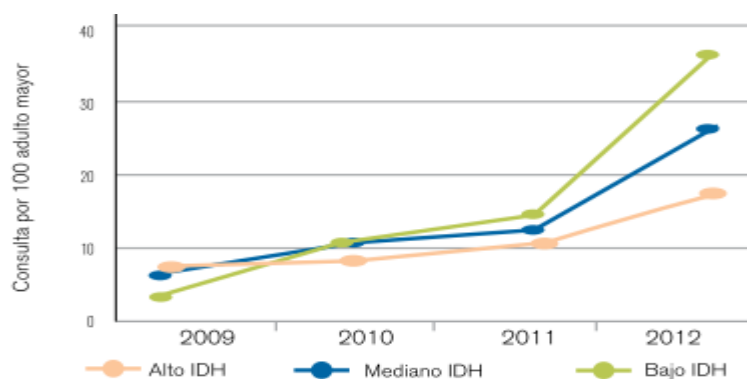


図 19 保健省医療施設への高齢者のケア件数/人間開発指数 (IDH)

2.8 医薬品調達・供給

2009年の保健医療改革時より、公的医療機関における医薬品はすべてのレベルにて無料で提供されている。2011年には薬剤に関する政策 (Política Nacional De Medicamentos) が制定され、3つの原則 (アクセスの保障、適正使用、質・安全性及び効果) に関する規制を定めている。また、2012年には国家医薬品局 (Dirección Nacional de Medicamentos: DNM) が設立され、民間の医療機関や薬局で有料販売される医薬品に対し最大小売価格リスト (Listado de Precios de Venta Máximo al Público) を定めている。同リストによって、民間の場合にも価格が高騰しないようコントロールされている。

また、保健省は医薬・医療機器管理室 (Unidad Reguladora de Medicamentos e Insumos Médicos) を有しており、医療機関から月毎に在庫や期限切れが迫る物品に関するレポートを収集している。

2.9 ドナーの支援実績

以下に、エルサルバドルの保健医療分野における米州開発銀行 (IDB: Inter-American Development Bank)、世界銀行グループ (World Bank Groupe)、日本政府の支援実績を一部示す (表7)。

表 7 エルサルバドルに対する各ドナーの支援実績 (抜粋)

| ドナー名 | 案件名 | スキーム | 協力額 | 協力期間 |
|------|--|---------|-----------|-------------------|
| JICA | エルサルバドル国立女性病院における科学的根拠に基づいた人間的出産プロジェクト | 草の根技術協力 | 99,650 千円 | 2017年12月～2022年12月 |
| | 病院前診療の能力強化プロジェクト | 技術協力 | 約 4.2 億円 | 2016年8月～2020年8月 |
| | シャーマン病制圧のための統合的研究開発プロジェクト | 技術協力 | 約 3.7 億円 | 2018年7月～2023年6月 |
| | シャーマン病対策計画プロジェクトフェーズ2 | 技術協力 | 1.9 億円 | 2008年3月～2011年2月 |
| | 中米カリブ地域看護基礎・継続強化プロジェクト | 技術協力 | 2.9 億円 | 2007年8月～2010年8月 |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | ロサレス国立病院復旧計画 | 無償資金協力 | 5.9 億円 | 2005 年 8 月～ 2007 年 2 月 |
| | 看護教育強化プロジェクト | 技術協力 | 6.78 億円 | 1997 年 6 月～ 2002 年 5 月 |
| IDB | Immediate Public Health Response to Contain and Control Coronavirus and Mitigate its Effect on Service Delivery in El Salvador | Loan Operation | USD 50,000,000 | 2020 年 6 月～ |
| | Support to the Development of an Electronic Medical Registry and to the Integrated Health Project | Technical Cooperation | USD 200,000 | 2019 年 10 月～ |
| | Regional Malaria Elimination Initiative (RMEI) in Mesoamerica and Dominican Republic | Investment Grants | USD 260,000 | 2018 年 11 月～ |
| | Program for the Use of Innovative Technology Tools to Improve Health | Technical Cooperation | USD 200,000 | 2018 年 6 月～ |
| | Mesoamerican Health Initiative -Third individual operation | Investment Grants | USD 1,530,000 | 2018 年 5 月～ |
| | Study Visit for Hospital Management and Experience on Public Private Partnership Projects | Technical Cooperation | USD 18,000 | 2017 年 6 月～ 2020 年 12 月 |
| | Support to the efficiency enhancement in health sector management | Technical Cooperation | USD 290,000 | 2016 年 9 月～ 2020 年 12 月 |
| | Integrated Health Program II | Loan Operation | USD 170,000,000 | 2015 年 12 月～ |
| | Healing Wounds: trauma informed violence prevention | Technical Cooperation | USD 597,286 | 2015 年 9 月～ 2020 年 12 月 |
| | Mesoamerican Health Facility 2015-Second Individual Operation | Investment Grants | USD 3,944,645 | 2015 年 1 月～ 2020 年 12 月 |
| | Support to reduce MN deficiency malnutrition in rural communities in El Salvador | Technical Cooperation | USD 600,000 | 2012 年 2 月～ 2020 年 12 月 |
| | Integrated Health Program | Loan Operation | USD 60,000,000 | 2010 年 10 月～ 2021 年 1 月 |
| | Support to the Health Sector | Technical Cooperation | USD 100,000 | 2009 年 12 月～ 2020 年 12 月 |
| | Exchange experience on primary health care programs | Technical Cooperation | USD 20,000 | 2009 年 8 月～ 2020 年 12 月 |
| | Support for the Strategic Plan for Human Resources Development in Health Sector | Technical Cooperation | USD 145,000 | 2005 年 9 月～ 2020 年 12 月 |
| Health Reform Analysis and Consensus | Technical Cooperation | USD 33,000 | 2000 年 4 月～ 2020 年 12 月 | |
| World Bank | Growing up Healthy Together: Comprehensive Early Childhood Development in El Salvador | | USD 250.00 million | 2020 年 3 月～ |
| | Addressing Non-Communicable Diseases | | USD 1.80 million | 2018 年 9 月～ |
| | STRENGTHENING PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM | | USD 80.00 million | 2011 年 6 月～ 2018 年 5 月 |
| | Social Protection Project | | USD 21.00 million | 2005 年 10 月～ 2011 年 1 月 |

日本政府の対エルサルバドルの援助総額は、前述の通りであるが、保健医療分野の 2019 年度までの技術協力の累計支援額は、3,487 百万円、無償資金協力の累計支援総額は、2,872 百万円である。また、社会福祉分野においては、技術協力で 2019 年度までに累計総額 222 百万規模の支援を実施している³⁵。援助の基本方針（大目標）は、「自立的かつ持続的な開発の促進」であり、重点分野（中目標）は、「経済の活性化と雇用拡大」、「持続的開発のた

³⁵ JICA : <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

めの防災・環境保全」及び「包摂的な開発の促進」となっている³⁶。

なお、世界銀行グループとのパートナーシップである日本開発政策・人材育成基金（PHRD: Policy and Human Resources Development）による、現在実施中の案件は無い³⁷。

2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ

①システム強化、ICT 活用

「2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況」で述べたように、エルサルバドルでは統一保健情報システム（Sistema Único de Información en Salud: SUIIS）の導入・展開を進めている。SUIIS の展開を通じて、よりタイムリーかつ適切な政策立案や実施、効果のモニタリングが可能となる。地域で活動する Ecos にはタブレット等の携帯型電子端末を活用し情報収集等をおこなっている。しかしながら、地域によっては保健センター等の診療を提供する保健医療施設においても PC 等の通信機器が不足している状況である。保健システムの強化のためには、ICT 活用のためのハード面の環境整備（端末・ネットワーク確保）も重要である。

また、ICT を活用した E ラーニングによる人材強化についても、医師や公衆衛生員、看護の部門で活用されており³⁸、ICT 強化によるさらなる人材育成への貢献の余地が残されている。

②Ecos の強化

保健医療リソースの都市部及び農村部の格差の是正が UHC 達成において急務である。そこで、エルサルバドルは Ecos の展開を通じたプライマリーヘルスケアの強化を重要政策として実施している。今後、貧困地域で高齢化が進行していくことにより、医療にかかるリソースはより拡大し、貧困層を圧迫すると予想される。そこで、多セクターとの連携のための法的な整備、予算及び人材の確保等を通じ、さらなる Ecos 配置地域の拡大が必要となる。

③人材育成、専門性の強化

JICA をはじめ多くのドナーが人材強化のための協力を重ね、さらに Ecos による人材確保が進んだ結果として、複数の県（ラ・ウニオン、モラザン・カバニャス・チャラテナンゴ等）では医療従事者の絶対数が 2010 年から 3 倍程度に増加している³⁹。しかしながら、10,000 人あたり 25 名という国際基準にはまだ達しておらず、今後も継続した人材育成・強化が課題となる。

さらに、NCD への疾病構造の変化や高齢化の進行に伴い、医療人材の育成も治療アプロー

³⁶ 外務省 対エルサルバドル共和国 国別開発協力方針：000072500.pdf (mofa.go.jp)

³⁷ World Bank: <https://www.worldbank.org/ja/country/japan/brief/policy-and-human-resources-development-fund>

³⁸ WHO/<https://www.who.int/goe/publications/atlas/2015/slv.pdf?ua=1>

³⁹ María Angela Elías Marroquín/ Una perspectiva regional: Estrategia sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Perspectivas desde El Salvador

チから予防アプローチへ転換していく必要がある。現在、老年医学を専門とする医師の不足が指摘されており、人材の数だけでなく、専門性等の質の点にも着目し、政策立案を行うことが重要である。

3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

エルサルバドルの保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズとして、以下に、財政の一般情報、主要保健財政指標、保健省予算、診察料、医療保険制度の関連政策、公的医療保障制度、民間医療保険の概要、保健医療財政、及び医療保障制度の課題とニーズについて報告する。

3.1 財政の一般情報

2020年10月に発表されたエルサルバドルの2021年国家予算は、7,453.5百万米ドルであり⁴⁰、2020年度の予算6,426.1百万ドルに比べて、約15%増となった⁴¹。予算分配については、財務省は2021年予算の43.7%（合計3,2580百万ドル）を健康、教育、安全保障、国防に投資することを強調した。その内訳として、保健部門は、2,765百万ドル増の1,343百万ドルとなっている⁴²。

政府支出に関して、2018年の4,158.70百万ドルから、2019年の4,312.40百万ドルに増加している。これは、今後増加することが見込まれ、2022年には4,285.00百万ドルになると予測されている⁴³。また、GDPに対する政府支出比をみると、2019年には15.96%である⁴⁴。公債のGDP比については2015年以降70%を超えており、2019年には73.3%であった⁴⁵。

3.2 主要保健財政指標

エルサルバドルの総保健支出は1,937.7百万米ドル（2018年）であり、2008年と比較し46%増加するなど、過去10年間に亘って、上昇傾向を辿っている（図17）。GDP比は2009

⁴⁰ 財務省：<https://www.mh.gob.sv/pmh/es/Novidades/14403-Gobierno-presenta-Proyecto-de-Presupuesto-2021.html#:~:text=El%20Gobierno%20del%20Presidente%20Nayib,prioridades%20operativas%20ineludibles%20del%20pa%C3%ADs>.

⁴¹ 立法府：<https://www.asamblea.gob.sv/node/9819#:~:text=Con%20los%20votos%20de%2061,mismo%20asciende%20a%20%246%2C426.1%20millones>.

⁴² 財務省：<https://www.mh.gob.sv/pmh/es/Novidades/14455-Hacienda-explica-Presupuesto-2021-atenciones-historicas-Salud-Educacion-Seguridad.html#:~:text=En%20ese%20sentido%2C%20el%20sector,un%20aumento%20de%20%24128.2%20millones>.

⁴³ TRADING ECONOMICS：<https://tradingeconomics.com/el-salvador/government-spending#:~:text=Government%20Spending%20in%20El%20Salvador%20averaged%203282.70%20USD%20Million%20from,2057%20USD%20Million%20in%202005.&text=El%20Salvador%20Government%20Spending%20%20D%20values,updated%20on%20January%20of%202021>.

⁴⁴ https://www.theglobaleconomy.com/El-Salvador/government_size/

⁴⁵ <https://tradingeconomics.com/el-salvador/government-debt-to-gdp#:~:text=Government%20Debt%20to%20GDP%20in,of%2036.23%20percent%20in%201998>.

年より 8%程度で推移している⁴⁶。

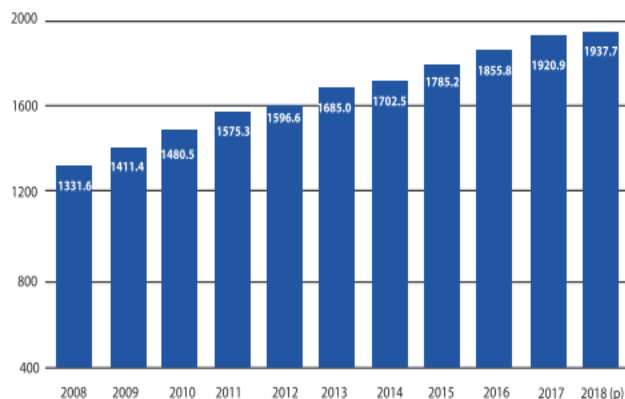


図 20 エルサルバドルにおける総保健支出（百万ドル）²¹

保健支出の財源については、エルサルバドル一般基金が主要な割合を占め、2015 年から 2016 年の間に相対的な重要性を増し、総財源の 9 割程度まで上昇した。外国政府からの融資の割合は、22.9%（2009 年）から 1.3%（2019 年）まで、投資プロジェクトの完了に伴い、徐々に減少している。しかし、2019 年には、IDB による統合保健システムプロジェクトの実行フェーズが開始され、総額 1 億 7,000 万米ドルとなった。残りの財源としては、国際機関からの寄付金、自己資金、特別活動資金等が挙げられ、これらの金額も増加傾向にある（表 8）。

表 8 保健支出における財源別内訳²¹

| 財源別予 算総額 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| 一般財源 | 328.4 | 384.4 | 488.3 | 483.8 | 556.2 | 552.6 | 585.3 | 609.7 | 587.3 | 612.3 | 657.83 |
| 外部 ローン | 105.1 | 76.2 | 38.5 | 45.3 | 50.8 | 50.6 | 33.5 | 26.0 | 37.5 | 19.83 | 9.40 |
| 寄付 | 8.2 | 12.8 | 13.3 | 15.1 | 22.1 | 19.5 | 15.2 | 18.7 | 15.8 | 20.47 | 16.96 |
| 自己資源 | 15.5 | 11.3 | 11.5 | 14.6 | 14.7 | 17.8 | 17.9 | 18.2 | 20.1 | 18.98 | 16.55 |
| 特別活動 財源 | 1.7 | 1.7 | 2.3 | 2.3 | 2.6 | 3.9 | 4.0 | 4.3 | 4.1 | 5.26 | 3.9 |
| 計 | 458.9 | 486.4 | 553.9 | 561.1 | 646.5 | 644.4 | 655.9 | 676.9 | 664.8 | 676.85 | 704.64 |

3.3 保健省（Minsal）予算

図 21 にあるように、2020 年の保健省予算総額は 757 百万米ドルであり、そのうち約 3 割がプライマリーヘルスケアに投資されている。

⁴⁶ 保健省：Informe de Labores 2018-2019

| Código | Unidad Presupuestaria | Responsable | Fondo General | Préstamos Externos | Donaciones | Total |
|--------|---|-------------|---------------|--------------------|------------|-------------|
| 01 | Dirección y Administración Institucional | Ministra | 49,616,252 | | | 49,616,252 |
| 02 | Primer Nivel de Atención | Ministra | 217,931,625 | | | 217,931,625 |
| 03 | Programa Ciudad Mujer | Ministra | 1,545,635 | | | 1,545,635 |
| 04 | Programa Atención Integral al Veterano(a) de Guerra | Ministra | 2,914,100 | | | 2,914,100 |
| 05 | Programa Territorios de Progreso | Ministra | 379,530 | | | 379,530 |
| 06 | Apoyo a Instituciones Adscritas y Otras Entidades | Ministra | 455,064,825 | | | 455,064,825 |
| 07 | Desarrollo de la Inversión | Ministra | 1,828,202 | | | 1,828,202 |
| 08 | Programa Integrado de Salud II, Préstamo BID No. 3608/OC-ES | Ministra | | 27,884,010 | | 27,884,010 |
| 09 | Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 - El Salvador | Ministra | | | 688,475 | 688,475 |
| Total | | | 729,280,169 | 27,884,010 | 688,475 | 757,852,654 |

図 21 保健省予算の割りリスト⁴⁷

3.4 診察料

エルサルバドルの公的医療機関における診察料は無料である。しかしながら、エルサルバドルでは実際に「任意診察料」という規定されない支払いが慣習化していた。これは 2009 年に廃止され、国民健康保険制度の導入により、支払い能力のない世帯の out-of-pocket を削減することを目的に資金調達と資源配分モデルの改善が行われた⁴⁸。

3.5 医療保険制度の関連政策

同国での保健医療改革は 2009 年に左派の新政権となったことを皮切りに本格化した。保健省、労働省、財務省等が参加するインターセクショナルコミュニティが作られ、保健医療人材の育成に強い重点が置かれた。初の 10 年間で公的医療支出は 30% 以上増加しており、予算配分や法令の整備等、政府の強いコミットメントにより、大規模な変化が生じた⁴⁹。エルサルバドルには目指されているモデルは、基本的には中米各国のシステムと類似のものであるが、その実行力に中米他国と大きな違いが表れているといえる。

以下に、エルサルバドルにおける医療保険制度の関連政策とその変遷について記載する。

(1) Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)(2005)

エルサルバドルにおける UHC の確立にあたり、大きな変革であったのが「基本的で統合的な保健システム(Sistema Básico de Salud Integral: SIBASI)」である。2000 年、エルサルバドル政府と保健省は、より多くの住民に医療保健サービスへのアクセスを保障するための試みとして、本システム導入を発表した。本システムを通じて、地域レベルでの保健省が提供する医療保健サービスを組織化・管理することが目的であった。

⁴⁷ 保健省 : https://lyd.org/wp-content/uploads/2019/10/1p2020_partida-16_-minal.pdf

⁴⁸ PAHO,WHO : El Salvador en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud: Logros y Desafíos

⁴⁹ Antonio Hernández Reyes : Primary health care as the foundation of El Salvador's health system reform, 2018

(2) 国民健康保険システム (Sistema Nacional de Salud: SNS) (2007)

現在のエルサルバドルにおける統合的な国民健康保険システムは、SIBASI に次いで 2007 年に承認された「国民健康保険制度創設法 (Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud) をベースとしている。本システムは、保健医療サービスの質や効率性を確保するメカニズムとして導入された。

参加する機関は下記の通りである (前項の Plan Cuscatlán では上記に加えて、上位保健協議会 (Consejo Superior de Salud) 、エルサルバドル医師協会 (Colegio Médico de El Salvador) が追加されている)。

- ・保健省
- ・エルサルバドル社会保障局 (ISSS)
- ・健康連帯基金 (Fondo Solidario para la Salud: FOSALUD)
- ・国防省 (軍隊の保健医療サービスに関して) (Ministerio de la Defensa Nacional)
- ・エルサルバドルリハビリテーション局 (Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral)
- ・教育省 (Ministerio de Educación) (教員の保健医療サービスに関して)

「3.6 公的医療保障制度」で後述するように、エルサルバドルの公的医療機関はいくつものセクターに分断されている。それぞれに重複したサービスを提供していることによるリソースを十分に活用するため、同統合制度が用いられている。

同システムの柱は、治療的アプローチから予防的アプローチへの移行である。そのために、地域での健康増進を強化するため、家庭保健に焦点を当てたモデル構築を行った。ここで重要となるのが、「2.5 保健医療サービスの供給体制」で述べた家庭保健チーム (Equipos de Salud Familiar :Ecos) である。

本システムは、SIBASI と異なり、保健省が他機関との連携の舵取り役となることが定められている。一方で、他機関に対して、連携を強制する機能を有していないことが課題であった。

(3) 統合的・包括的医療保健サービスネットワーク (Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud: RIISS) (2010)

プライマリーヘルスケアの拡充及び強化のため Ecos と合わせて重要であるのが本ネットワークである。RIISS は SNS を中心にその他機関を組み込んでいきつつ、住民が予防・診断・治療といった切れ目のないサービスを受けられることを目的に展開されている。

3.6 公的医療保障制度

保健省 (MINSAL) とエルサルバドル社会保障局 (ISSS) は、エルサルバドルの人口における大部分をカバーしている。ISSS は自律的な組織であり、その目的はフォーマルセクターの労働者に対し、社会的安全を保障するものである。一方、MINSAL は、ISSS 等を通じ

た社会的安全保障のない人々に医療保健サービスを提供する機関である。また、現役及び退役軍人、その家族に対しては、社会的保護を提供する軍病院系列（Sanidad militar bienestar magsterial）や国民健康基金（Fondo Soridario para la Salud：FOSALUD）などが主な保障を提供している。FOSALUD は、2004 年より施行されている公的機関であり、保健省からは財政的に完全に独立している。本制度の目的は、医療保健サービスの範囲を拡大し、最も脆弱な立場に置かれている住民の健康ニーズを満たすための包括的プログラム（歯科サービス、性暴力対策、依存症治療など⁵⁰）の推進である。

これらの公的部門に加えて、民間部門には、営利団体、NGO、宗教団体などの非営利団体が参画し、医療保健サービスを提供している（図 22）。

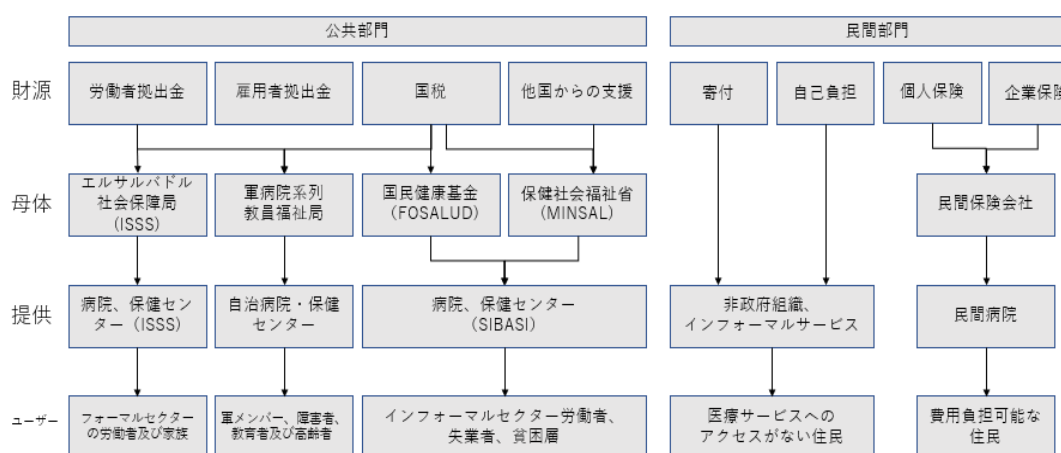


図 22 保健医療サービスにかかる主要機関別の役割⁵¹

それぞれの機関による人口に対するカバレッジを見ると、保健省は住民の 80%をカバーしている。しかしながら、定期的にサービスを受けているのは、そのうちの 40%のみである。一方、ISSS は、全人口の約 24%を占めるフォーマルセクターの労働者とその家族をカバーし、軍病院系列等を含めた自治組織は、計 2.3%のみカバーしている。これら全てに含まれない保険未加入者は、保健省の提供する公的サービスを利用できるものの、2019 年の家計調査によると⁵²、同年に病気や怪我をした人のうち、39.2%が自己治療を選択したり、どの医療施設も訪問をしていなかったりしたことが判明した。さらに医療機関を受診した住民のうち、58.5%が保健省、16.4%が ISSS、20.4%が民間医療機関、そして、4.6%が軍事病院や非営利団体、非公式の医療サービスを利用していた。

3.7 民間医療保険の概要

⁵⁰ FOSALUD : <http://www.fosalud.gob.sv/#>

⁵¹ Sistema salud de El Salvador : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800014

⁵² EHPM : Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2019

図 23 にあるように、民間医療保険から支出されている医療費は全体の 4-6%で推移しており、非常に限られた医療サービスのみカバーされていることがわかる。またそれらの民間医療保険がカバーする医療サービスは、第二・三レベルの病院や診療所に限定されており、首都圏に集中している。

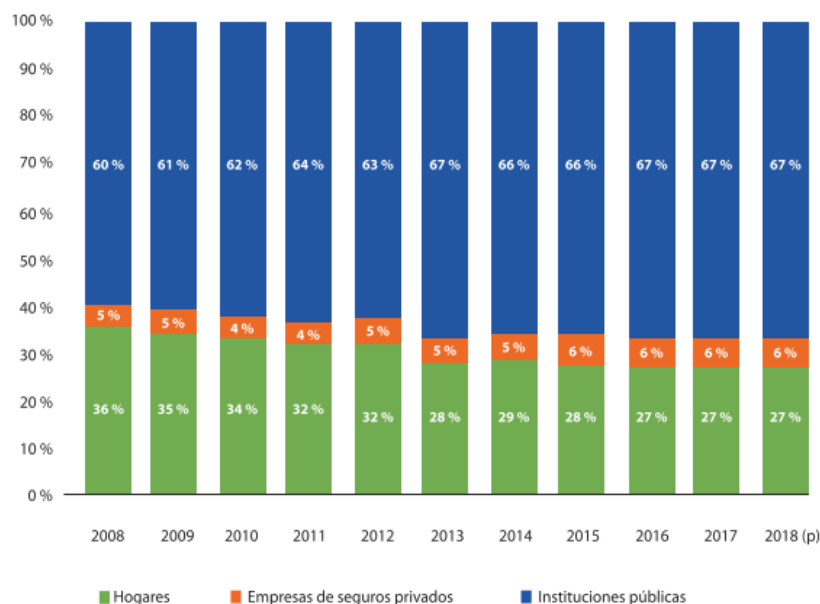


図 23 保健関連支出元の構成比²¹

3.8 医療費等による家計破綻・困窮化

UHC 達成の 1 つの指標である「家計収支に占める健康関連支出が大きい人口の割合」に関連し、経済破綻をきたす出費が家計の中で占める割合の閾値を 10%とした場合には、エルサルバドルでは 1.7%の破綻率である(ホンジュラス 1.1%、グアテマラ 1.4%、日本 4.4%)。また、年間の住民一人あたりの保健関連支出は 582 米ドル、その中での out-of-pocket は平均 29 米ドルといわれている¹⁶。

3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ

①高齢化に伴う財政の根本的な見直し

高齢化の進行に伴い、エルサルバドルにおいてもその他の先進国と同様に、社会保障費・医療費の公費圧迫が懸念される。中南米全体においては、2100 年には公的保健医療費の GDP 比が先進国と同等になると試算されている⁵³。特にエルサルバドルではインフォーマルセクター労働者の割合が他国と比し高く、農村部で顕著であるため、保健省を中心とした公的保健の強化・拡充が重要である。財政の破綻を避けるためには、年金制度の改善など、社会保

⁵³ International Monetary Fund : <https://www.imf.org/en/News/Articles/2018/12/11/blog-is-latin-america-prepared-for-an-aging-population>

障と合わせた抜本的な見直しが必要となる。

②PHCの強化、RIISSの展開

前項で述べた予算見直しのためにも、さらなるプライマリーヘルスケアの強化、RIISSの展開など、より統合した保健システムの確立が重要となる。またそのためには、RIISSに参加する多セクター等との協調をすすめるための高度なガバナンスや調整能力など、政府の能力強化が欠かせないといえる。

③新政権の保健医療政策の不透明性

前述のように、エルサルバドルにおける保健医療改革は前政権によるところの成果という側面が大きい。一方で、現政権は2019年に就任した後、新型コロナウイルスの感染拡大の影響があったことを差し引いても、保健医療政策の方向性を打ち出すまでに大きく時間を要している。今後の動向への注視が必要である。

第3章 グアテマラ

目次

| | | |
|----------|--------------------------------------|------------|
| 1 | 基礎情報 | 73 |
| 1.1 | 一般情報..... | 73 |
| 1.2 | 政治・経済状況..... | 74 |
| 1.3 | 国家開発計画..... | 75 |
| 1.4 | 日本との外交・経済関係 ⁷ | 75 |
| 2 | 保健セクターの概況 | 76 |
| 2.1 | 保健・人口の概況..... | 76 |
| 2.2 | 保健医療政策..... | 81 |
| 2.3 | 保健行政機関..... | 86 |
| 2.4 | 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況..... | 86 |
| 2.5 | 保健医療サービスの供給体制..... | 89 |
| 2.6 | 主要保健医療サービスの利用状況..... | 95 |
| 2.7 | 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況..... | 97 |
| 2.8 | 医薬品調達・供給..... | 99 |
| 2.9 | ドナーの支援実績..... | 99 |
| 2.10 | UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ..... | 102 |
| 3 | 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 104 |
| 3.1 | 財政の一般情報..... | 104 |
| 3.2 | 主要保健財政指標..... | 104 |
| 3.3 | 保健省（MSPAS）予算..... | 105 |
| 3.4 | 診察料..... | 106 |
| 3.5 | 医療保険制度の関連政策..... | 107 |
| 3.6 | 公的医療保障制度..... | 110 |
| 3.7 | 民間医療保険の概要..... | 111 |
| 3.8 | 医療費等による家計破綻・困窮化..... | 111 |
| 3.9 | 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ..... | 113 |
| 4 | 協力の可能性 | 114 |
| 4.1 | 協力優先度の高いニーズ..... | 114 |
| 4.2 | 協力スキーム..... | 117 |

図表目次

| | |
|---|-----|
| 表 1 労働者における社会保障の有無..... | 74 |
| 表 2 低身長割合が最も多い 10 市..... | 80 |
| 表 3 保健政策指針（2020 年～2024 年）..... | 81 |
| 表 4 栄養改善戦略の行動戦略..... | 83 |
| 表 5 学校栄養プログラムにおける各省の役割..... | 83 |
| 表 6 国立統計局で行う調査報告書一覧（保健関係）..... | 87 |
| 表 7 SIGSA における課題..... | 89 |
| 表 8 公的保健医療施設数（形態別）..... | 90 |
| 表 9 保健医療施設までのアクセス（距離別） ³⁵ | 90 |
| 表 10 保健医療人材（保健省勤務）の数と地域別分布..... | 92 |
| 表 11 助成金対象教育機関リスト（一部抜粋）..... | 93 |
| 表 12 グアテマラにおける SDG 指標 3.8.1 の下位項目 ⁴⁰ | 97 |
| 表 13 糖尿病における推奨ケア（抜粋）..... | 98 |
| 表 14 グアテマラに対する各ドナーの支援実績..... | 99 |
| 表 15 保健省予算額及び内訳の推移 ⁶⁹ （百万ケツァル）..... | 106 |
| 表 16 保健省が受ける融資案件とその実施率 ⁶² | 106 |
| 表 17 Ecos 及び EAPAS の詳細..... | 108 |
| 表 18 保健サービスネットワークの構成..... | 109 |
| 表 19 健康分野のケア・マネジメントモデルにおけるチームの詳細..... | 109 |
| 表 20 協力ニーズ及びその優先度..... | 114 |
| 表 21 協力案件（案）の内容..... | 116 |
| 表 22 案件（案）の 5 項目評価..... | 116 |
| 表 23 案件（案）スキーム..... | 117 |

| | |
|--|-----|
| 図 1 グアテマラ国 地図 | 73 |
| 図 2 国内貧困マップ (2014)..... | 73 |
| 図 3 グアテマラ国内におけるインフォーマルセクター労働者の割合(2019)..... | 74 |
| 図 4 1999 年の人口ピラミッド 図 5 2019 年の人口ピラミッド ¹¹ | 76 |
| 図 6 2039 年の人口ピラミッド ¹¹ | 77 |
| 図 7 従属人口比率 | 77 |
| 図 8 グアテマラにおける主たる死因..... | 78 |
| 図 9 2019 年の DALY の上位 10 位と 2009 年～2019 年の変化率 (全年齢合計) ¹³ | 78 |
| 図 10 肥満率の推移 | 79 |
| 図 11 中南米各国における結核発生数の変化率 (2000～2018 年) ¹⁸ | 79 |
| 図 12 栄養関連指標 | 80 |
| 図 13 学校栄養プログラムにおける食材調達のプロセス | 84 |
| 図 14 教育施設に配置された調理用設備 ²⁷ | 85 |
| 図 15 条件付き給付受給世帯数..... | 86 |
| 図 16 SIGSA ロゴ | 87 |
| 図 17 SIGSA へ情報が集約されるまでの過程 (Flujo de Información del Sistema de Información de Salud del MSPAS を改編) | 88 |
| 図 18 SIGSA 小児用ワクチン管理フォーマット..... | 89 |
| 図 19 保健被雇用者における正規・非正規の比率 (キチェ県中央部の例) | 93 |
| 図 20 非正規雇用医療従事者の人数 (職種別、キチェ県中央部の例) | 94 |
| 図 21 非正規雇用栄養士の人数 (配置がある県のみ抜粋) ⁴⁴ | 95 |
| 図 22 放射線装置配置数 (人口 100 万人あたり) | 96 |
| 図 23 UHC サービスカバレッジ指数..... | 96 |
| 図 24 NCD 予防に対するアプローチ ³⁴ | 97 |
| 図 25 栄養関連プロジェクト関係図..... | 101 |
| 図 26 FAO が提供する給食レシピ | 102 |
| 図 27 グアテマラにおける総保健支出 ⁶⁹ | 105 |
| 図 28 グアテマラにおける総保健支出の財源別内訳図..... | 105 |
| 図 29 PEC の展開範囲 | 107 |
| 図 30 包括的保健モデルにおけるセクターと Ecos の関係..... | 108 |
| 図 31 IGSS 加入者数 (県別) | 110 |
| 図 32 加入者数 (年代別・性別) | 110 |
| 図 33 高血圧治療のための医薬品リスト..... | 112 |
| 図 34 医薬品別価格 (青:市販価格、赤:ジェネリック医薬品、水色:公共調達価格) | 112 |
| 図 35 糖尿病医薬品の購入価格が収入に占める割合 ⁸² | 113 |

1 基礎情報

以下に、一般情報、政治・経済状況、国家開発計画及び日本との外交・経済関係を示す。

1.1 一般情報

グアテマラの人口は約 17 百万人（2020 年）であり、GDP は 767.1 億ドル（2019 年）、世界銀行によれば 203 か国中 70 位の値である¹。一人あたり GNI は 4,610 米ドル、GDP 成長率は 2009 年に一時的に 0.5%程度となっているものの、1990 年代以降 3~4%台で推移している。また、国民の 8.8%が 1 日の所得が 1.90 米ドルの貧困ラインにある²（2014）。



図 1 グアテマラ国 地図

図 2 の国内貧困マップにあるように、首都グアテマラシティを有するグアテマラ県及びその周囲の数件を除き、北西部の山間部、東部のエルサルバドル・ホンジュラスとの国境沿い及びカリブ海に面する地域において、極貧層が多く居住している。

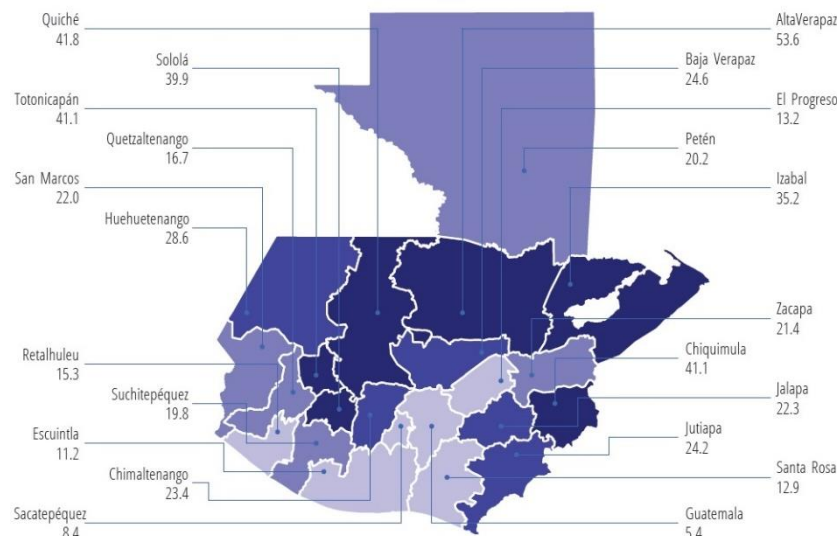


図 2 国内貧困マップ³ (2014)

民族的側面から述べると、2018 年の国勢調査⁴によれば人口の 41.7%はマヤ系先住民、その他 0.1%がガリフナ（アフリカ系とカリブ系の末裔）、1.8%がシンカ（先住民）、56%がラ

¹ World Bank : <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/gdp-ranking>

² World Development Indicator (World Bank) : <https://data.worldbank.org/country/guatemala>

³ ICOP : <https://www.icop.org.gt/mapas>

⁴ グアテマラ国立統計局 : XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda 2018

ディーノ（欧州系移民と先住民の末裔及び欧州系人の総称）となっている。

1.2 政治・経済状況

グアテマラの政治形態は立憲共和制であり、任期 4 年の一院制度である。現在の元首は、2020 年 1 月に就任したアレハンドロ・エドゥアルド・ジャマテイ・ファジャ大統領であり、2024 年まで任期 4 年となっている。また主要産業は、農業（コーヒー、バナナ、砂糖、カルダモン）及び繊維産業である。グアテマラに進出している本邦企業は 22 社であり、2018 年 4 月現在の在留邦人は 380 人である⁵。

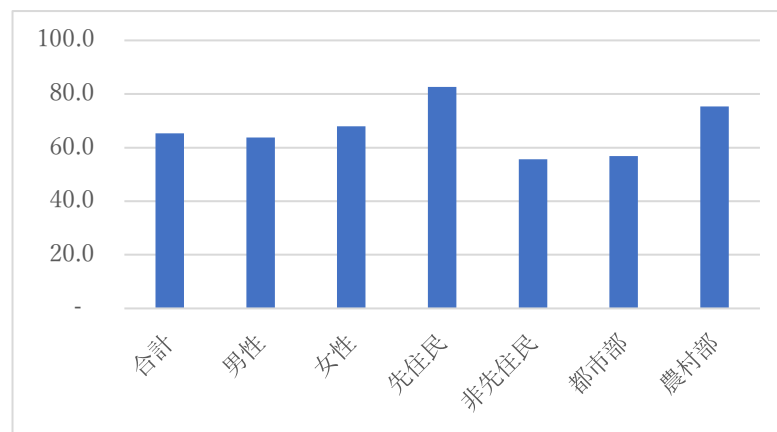


図 3 グアテマラ国内におけるインフォーマルセクター労働者の割合⁶(2019)

雇用・労働の面から述べると、2019 年の失業率は 2.8%⁷、インフォーマルセクターの労働者は国内全体で約 65%に及ぶ。これは中南米・カリブ地域においても高い水準となっている。都市部ではインフォーマルセクター労働者が全就労者の中のうち 56.8%であるのに対し、農村部では 75.3%と地域格差があり、さらには先住民においては 8 割以上がインフォーマルセクターに該当するなど民族差も大きい（図 3）。

表 1 労働者における社会保障の有無⁸

| | 男性 | 女性 |
|--------|-------|-------|
| 社会保障あり | 21.2% | 21.1% |
| 社会保障なし | 78.8% | 76.9% |

さらに、後述するグアテマラ社会保険庁（Instituto Guatemalteco de Seguridad Social : IGSS）からの保障の対象となる人口は全体の 2 割程度に留まっている（表 1）。

⁵ 在グアテマラ日本大使館：https://www.gt.emb-japan.go.jp/itpr_ja/GuatemalaJapon.html

⁶ グアテマラ国立統計局：<https://www.ine.gob.gt/ine/estadisticas/bases-de-datos/encuesta-nacional-de-empleo-e-ingresos/>

⁷ 外務省：<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/guatemala/index.html>

⁸ グアテマラ国立統計局：Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos 1-2019

1.3 国家開発計画

グアテマラにおいて、長期的な国家ビジョンを示した「Plan Nacional de Desarrollo: K'atun Nuestra Guatemala 2032」⁹が2014年に制定された。本計画は、5つの重要な軸を有し、各軸に優先して取り組むべき事項を示している。

このうち、第1軸及び第2軸には保健政策にかかる事項が掲げられている。第1軸は、「国家開発のための基盤として、社会文化的、経済的、政治的、環境的な観点から、公共行動、農村地域の持続可能性、全国都市システムの持続可能性について、バランスの取れたモデルを確立する」とされている。これに係る優先事項1.1は「統合的な農村開発」であり、労働や都市開発に加え、飢餓撲滅や保健及び社会福祉からのアプローチの重要性について示されている。第2軸は、「不平等な格差と民族文化の特殊性を認識した、普遍的かつ標準化されていない公共政策を通じて、ユニバーサルな社会保護、包括的で質の高い保健・教育サービス、基本的ニーズを満たすサービス、安全な住宅、食料への人々のアクセスを保証する」であり、UHCの実現が重要視されていることが分かる。これに係る優先事項では、2.1「社会的保護の権利の制度化と内部化」、2.3「母子・乳児・幼児の死亡率を減らすための適切なケア」、2.4「住民の疾病罹患率・死亡率を低減するための医療モデルの変革」、2.5「思春期・若年層への性教育に重点を置いた、出産可能な年齢の女性のための普遍的な性・生殖に関する健康の達成」、及び2.6「HIVの流行を食い止め、ウイルスと共に生きる人々に質の高い治療を提供する」の5つが挙げられている。

さらに、SDGs達成に向けた「AGENDA 2030 PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE」において、第3目標に保健福祉が挙げられている。

1.4 日本との外交・経済関係⁷

グアテマラと日本は1935年2月に外交関係が樹立したものの、第2次世界大戦により停止し、1952年5月に再開となった。同国における対日貿易では、グアテマラからの輸出は、衣類、砂糖、バナナ、コーヒー等で109億円規模である。一方、輸入は、自動車、機械類、プラスチック製品等で総額197億円規模である。

同国に対する日本の援助実績は、2019年度までの累計で、有償資金協力が367.75億円、無償資金協力が437.52億円、技術協力実績がJICA実績ベースで314.34億円となっている。日本とグアテマラは、1977年には技術協力協定を、1987年には青年海外協力隊派遣取極を締結している¹⁰。

⁹ Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) : <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/gua143736.pdf>

¹⁰ 外務省 : <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/guatemala/data.html#section4>

2 保健セクターの概況

グアテマラの保健セクターの概況として、以下に、保健・人口の概要、保健医療政策、保健行政機関、保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況、保健医療サービスの供給体制、保健医療サービスの利用状況、疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況、医薬品調達・供給、ドナーの支援実績、及び UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズについて示す。

2.1 保健・人口の概況

図 4 と図 5 に示す通り、グアテマラの人口は、1999 年から 2019 年の 20 年間で 50%以上の増加率である（出典が異なるため、「1.1 一般情報」での記載と総人口が異なる点は考慮する必要がある）。これは、世界平均の同年間の成長率である 27%を大幅に上回っている。

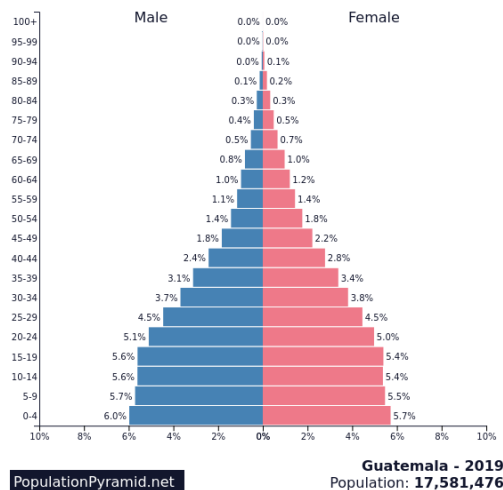
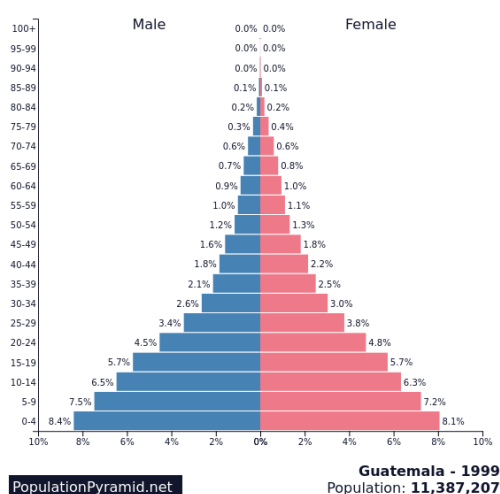


図 4 1999 年の人口ピラミッド¹¹

図 5 2019 年の人口ピラミッド¹¹

一方、図 6 に示す通り、2039 年の人口予想ピラミッドは、40 代までの年代が同程度の比率を有する釣り鐘型になると考えられている。生産年齢は 2019 年の 61.2%から 65.9%へ増加すると予想されている一方、65 歳以上の高齢者は、人口全体の 4.9%（2019 年）から 7.5%（2039 年）へ増大すると想定されており、20 年以内に高齢化社会へと突入していく。

¹¹ <https://populationpyramid.net/>

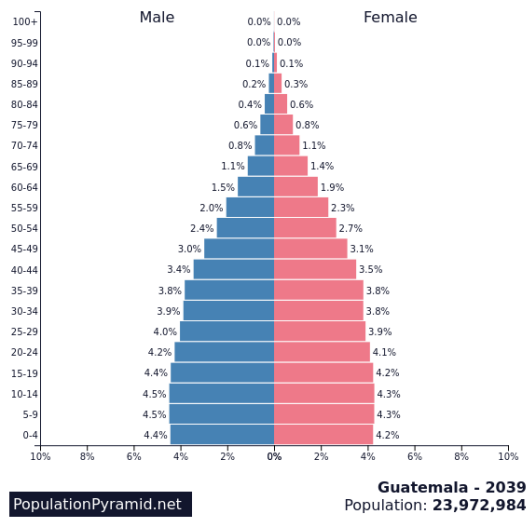


図 6 2039年の人口ピラミッド¹¹

高齢者や子ども等、生産年齢以外の人口の比率を示す指標である従属人口指数をみると、ウエウエテナンゴ県、キチェ県等、北西山間部等の貧困比率が高いところで大きく、グアテマラ県等の首都圏では50%と低い傾向がある（図7）。

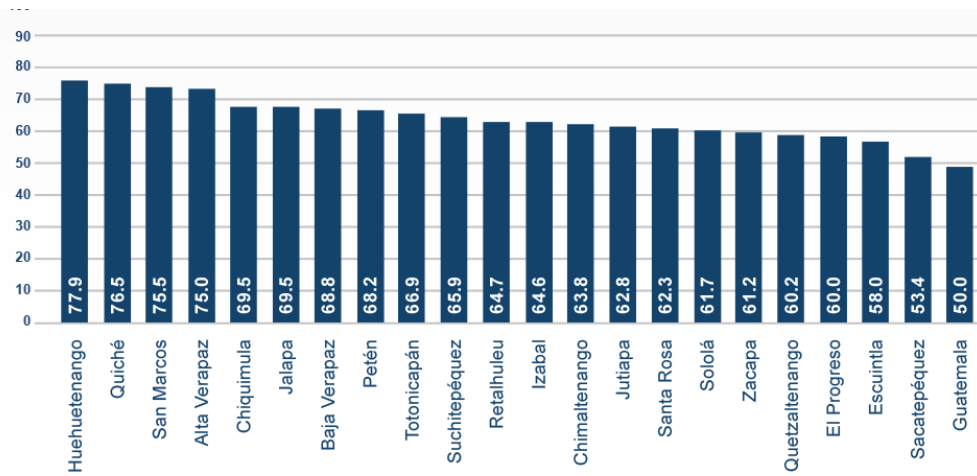


図 7 従属人口比率¹²

¹² グアテマラ国立統計局： XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda 2018



図 8 グアテマラにおける主たる死因¹³

2018年のグアテマラの平均寿命は、74.0歳（男性71.1歳、女性76.9歳）である。また、死因については、図8に示すとおり、呼吸器疾患が最も多い。次いで循環器疾患や糖尿病等、非感染性疾患が死因の大半を占めている。図9にあるように、2009年以降10年間で死因や障害発生の原因となる要因の中で増加している項目において、交通事故以外が全て非感染性疾患（NCD）に属するものである。特に慢性腎臓病や糖尿病は50%以上の増加率である。

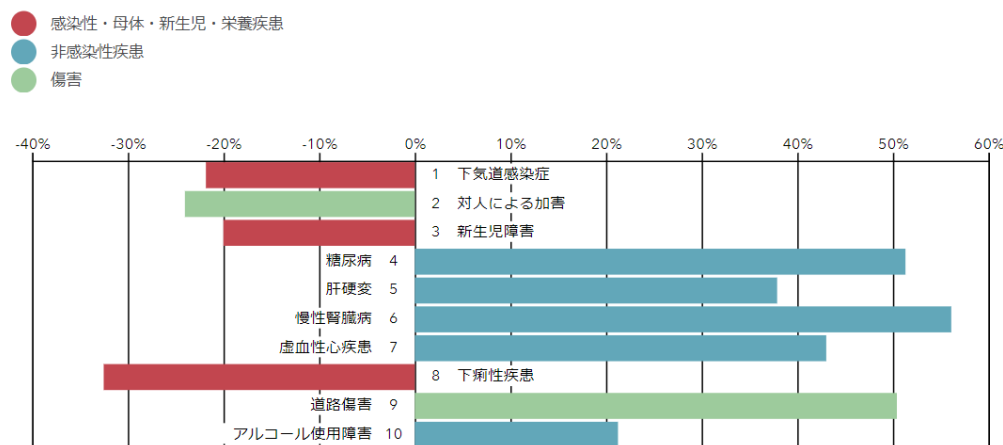


図 9 2019年のDALYの上位10位と2009年～2019年の変化率（全年齢合計）¹³

世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease Study）の結果によると、国際疾病分類（レベル1）に沿って死亡を大きくNCD・感染性疾患・外傷の3つのグループに分けたとき、1990年において総死亡の32%がNCD、55%が感染性疾患・母子・栄養疾患、12%が外傷であった。一方2019年時点では、NCD63%、感染性・母子・栄養疾患20%、外傷16%とNCDが死因の6割を占めており、非感染性疾患による死亡割合が拡大している。

NCDのリスクファクターにおいて、特に変化が顕著であるのは肥満率である。男女ともに

¹³ <http://www.healthdata.org/guatemala>

右肩上がりとなっており、2025年には30%と予想されるなど、特にその傾向は女性において顕著である。また、身体不活動率も男女合わせて35%となっており、これは世界平均の23%を上回るものである（図10）。

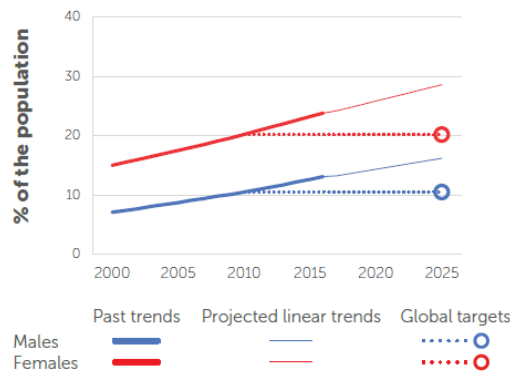


図10 肥満率の推移¹⁴

その他の主要指標として、2016-2017年の報告における対人口10万人の結核罹患数は、19.0件であり¹⁵、2000年から2018年までの増減率は0%を下回り、中南米各国の平均よりも良い結果となっている¹⁶（図11）。また、対出生千人の乳幼児死亡率は、59（1990年）から22（2018年）と1/3程度まで減少している。対出生10万人の妊産婦死亡率は95（2017年）であり、中南米カリブ海各国の平均値74を大きく上回っている¹⁷。なお、合計特殊出生率は2.87（2018年）である。

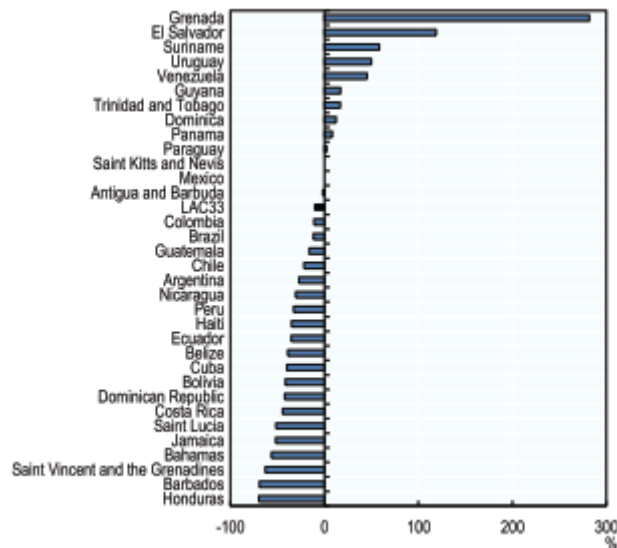


図11 中南米各国における結核発生数の変化率（2000～2018年）¹⁸

また、グアテマラの保健関連状況において大きな特徴となっているのが、慢性栄養失調で

¹⁴ WHO : Noncommunicable diseases country profiles 2018

¹⁵ PAHO : Tuberculosis in the Americas 2018

¹⁶ OECD/World Bank : Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020

¹⁷ UNICEF : The state of the world's children 2019 Children, food and nutrition

ある。食糧栄養庁（Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional: SESAN）の報告によれば（図 12）、グアテマラにおける 5 歳以下の乳幼児・児童の慢性栄養失調率は約 46%（2015 年）で、中米・カリブ諸国において最も悪い指標となっている。さらに、妊婦の不良な栄養状態が影響し、低出生体重児の発生率も高くなっている（同数字は低出生体重児の救命率が世界一である日本においても 10%弱に留まる¹⁸⁾）。

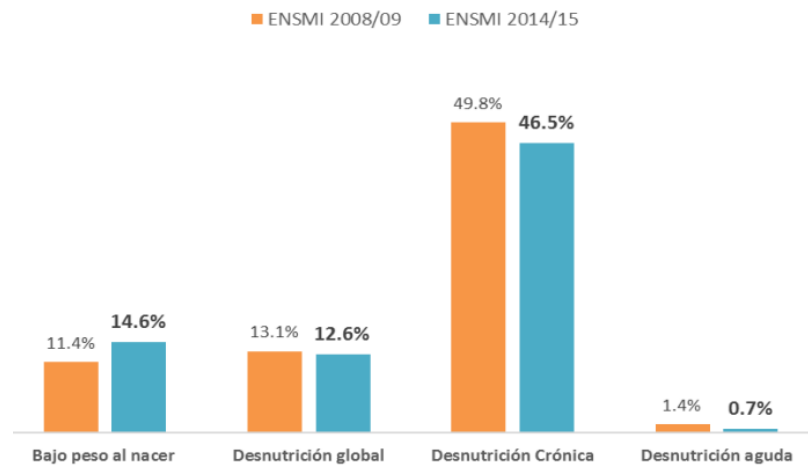


図 12 栄養関連指標¹⁹⁾

加えて、慢性栄養失調と関連があるといわれる低身長についても全国的な調査を行っている。下記表 2 のとおり、北西山間部の県で特に子どもの発育不良がみられ、その割合は約 8 割にも及ぶ。

表 2 低身長の割合が最も多い 10 市²⁰⁾

| 市 | 県 | 低身長の割合 |
|-----------------------------|-----------|--------|
| San Mateo Ixtatán | ウエウエテナンゴ県 | 78.5% |
| San Juan Atitán | ウエウエテナンゴ県 | 76.9% |
| San Miguel Acatán | ウエウエテナンゴ県 | 76.2% |
| San Rafael La Independencia | ウエウエテナンゴ県 | 74.0% |
| Santa María Chiquimula | トトニカパン県 | 72.7% |
| Concepción Tutuapa | サンマルコス県 | 72.7% |
| Colotenango | ウエウエテナンゴ県 | 72.2% |
| Chajul | キチエ県 | 72.0% |
| Santa Eulalia | ウエウエテナンゴ県 | 71.5% |
| Comitancillo | サンマルコス県 | 70.5% |

¹⁸⁾ 厚生労働省： <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000592914.pdf>

¹⁹⁾ SESAN： Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2017

²⁰⁾ SESAN、INE、MINEDUC： Cuatro Censo Nacional de Talla en Escolares del Primer Grado de Educación Primaria del Sector Público de la República de Guatemala, 2015

2.2 保健医療政策

(1) Lineamientos Generales de Política en Salud 2020-2024（保健政策指針）

グアテマラの保健医療政策は、「1.3 国家開発計画」で述べた「Plan Nacional de Desarrollo: K'atun Nuestra Guatemala 2032」及び「AGENDA 2030 PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE」において強調される、統合的な開発に則って定められ、その優先事項として、保健医療サービスへのアクセス向上が挙げられている。

本ガイドラインは上記の目標を達成するため、表3にある12の戦略的指針を掲げている。

表 3 保健政策指針（2020年～2024年）²¹

| | |
|----|---|
| 1 | 子ども、若者、女性、先住民、高齢者や障害者といった特別なケアを要するグループを優先しながら、農村地域における保健サービスの普及率と質を向上させる。 |
| 2 | 地方レベルでの健康戦略と行動を効率的かつ効果的なものにするため、他機関・他セクターとの調整を通じて、保健システムを地方分権化し、脱中央集権化する。 |
| 3 | 都市農村開発協議会（Sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural : SCDUR）制度の枠組みでプライマリーヘルスケア（PHC）のネットワークを整理する。 |
| 4 | 公衆衛生・社会保障制度の基盤整備・強化を図る。 |
| 5 | リプロダクティブヘルス等の女性のための包括的健康を促進することに重点を置いて、利用者のライフサイクル、性別、自己アイデンティティに合わせた、応じて、質の高い適切なケアを提供するための制度・戦略を定義する。 |
| 6 | 異なるレベルにおける保健医療に係る情報システム、疫学的サーベイランス、レフェラル制度などの再編成、分散化および非集中化を目指す。 |
| 7 | 地域の保健担当者における、一次情報源からの健康情報収集を容易にするための技術的能力を向上させる。 |
| 8 | 特に女性、高齢者、障害者、若者、先住民などのコミュニティ参加を促進するための仕組みを作り、健康状況を分析することで、住民のニーズや関心を理解し、保健問題の解決を促進する。 |
| 9 | 全てのレベルのケアにおいて、投入物（必須医薬品、医療手術材）の設備と供給の効率的システムを保証する。 |
| 10 | 必須医薬品の基本リストを作成、標準化する。 |
| 11 | 子どもたちに影響を与える全ての疾患の包括的ケアと予防を保証する。 |
| 12 | 地域及び文化的特性に対応し、個別化された戦略を用いながら、予防接種率を高め、年齢に応じた完全な予防接種制度を実現する。 |

(2) 機関別行動計画（Plan Estratégico Institucional）

本行動計画は(1)の政策指針と同様に、「Plan Nacional de Desarrollo: K'atun Nuestra Guatemala 2032」及び「AGENDA 2030 PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE」の方針に沿って制定、実施されている。

保健社会保障省（Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social : MSPAS）は、本行動計画において、下記7点を重要課題として掲げている。

²¹ SEGEPLAN : <https://cdn.cisscad.org/wp-content/uploads/2019/03/22174546/Lineamientos-Generales-de-Politica-en-Salud-Guatemala-2020-2024.pdf>

- ・ 妊産婦死亡率の改善
- ・ 乳幼児死亡率の改善
- ・ 性感染症（HIV・AIDS）の抑制
- ・ マラリアの撲滅
- ・ 結核罹患率及び死亡率の減少
- ・ 蚊を媒介した疾患の罹患率及び死亡率の減少
- ・ 非感染性疾患の罹患率及び死亡率の減少

また、妊産婦死亡率に対する4つの戦略的行動として、①家族計画及び避妊法へのアクセス向上、②質の高い文化的、人間的配慮を備えた母子保健統合ネットワークの構築、③母子へのケアに習熟した有資格者の育成、④母子保健に係る疫学調査及び情報システム、が挙げられている。

乳幼児死亡率に対する行動戦略としては、母子の栄養・衛生面の改善を通じ、①低発育児の誕生率の改善、②慢性及び急性栄養失調症の発生率の減少、③5歳未満児における有病率の高い疾患（急性呼吸器感染症、下痢性疾患、敗血症など）の罹患率の軽減、そして、④2歳未満児及び母親に対する食物や医薬品を通じた栄養改善、を掲げている。

次いで、性感染症（HIV/AIDS）の抑制に関しては、エビデンスに則りつつ、家族やコミュニティにおける継続的ケアを提供することを戦略として示し、ジェンダー格差のないサービスへのアクセスを確保することを目的としている。

マラリア、結核、及び蚊を媒介とした感染症対策の主軸は、疫学調査の実施と家族・コミュニティにおける包括的ケアの実施である。

非感染性疾患の罹患率及び死亡率の減少では、死亡率を25%減少させることを目標とし、運動量の増加、ジェネリック医薬品の利用を含めた栄養状態の改善、及び喫煙量の減少を活動目標として定めている。

(3) 栄養改善戦略（Gran Cruzada Nacional por la Nutrition）（2021）

本政策の目的は、栄養・食糧安全を保障し、慢性栄養失調などの栄養問題を解決することである。「2.1 保健・人口の概況」に示した、グアテマラにおいて子どもの低身長率が非常に高い10県の優先地域のうち、5歳以下の子ども、未就学児及び就学時、女性、農村部住民及び先住民が主な対象として設定されている。

栄養改善戦略の特徴は、保健省主導のプログラムである一方で、非常にインターセクショナルであるという点である。保健省の他、社会開発省（Ministerio de Desarrollo Social：MIDES）、農牧食糧省（Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación：MAGA）、環境天然資源省（Ministerio de Ambiente y Recursos Naturales：MARN）、食糧栄養安全保障庁（Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional：SESAN）の計5省での協同プロジェクトとなっている。Gran Cruzadaでは、以下5点の行動指針を掲げている。

表 4 栄養改善戦略の行動戦略

| 行動指針 | 詳細 |
|-------------------|--|
| 保健と栄養 | ・個人、家族、コミュニティレベルの PHC の拡大 |
| 社会保障 | ・条件付き現金給付 (transferencias monetarias condicionadas : TMC)の開発 |
| 健康的な食品へのアクセス | ・学校栄養、食育、栄養剤の配布、検診等 |
| 安全な水と衛生管理 | ・家庭菜園を含む小規模農園の強化 |
| 行動変容のためのコミュニケーション | ・インフラ整備及び水源の管理、家庭でのフィルター使用など |
| | ・住民参加の促進 |
| | ・マスメディアの活用 |
| | ・省庁レベル、自治体、コミュニティレベルでのサービス提供者の能力強化 |

(4) 学校栄養法 (Ley de Alimentación Escolar) (2017)

さらに栄養に関するものとして、2017年に制定された学校栄養法が挙げられる。本政策の目的は公立・私立問わず全ての生徒の健康的な食習慣を構築することである。2017年当時、このような法律が定められている国は、中南米・カリブ地域においてハイチとグアテマラのみであった。

本法の主幹は教育省であり、同省の役割として

- ・予算の確保及び自治体への供給
- ・政策立案
- ・中小農家の支援
- ・インクルーシブなプログラムの構築

が挙げられている。自治体内の中小農家から食材を購入することで、栄養価の高い食品を安価で入手でき、中小農家自体への支援にもなる。それを通して食糧安全の持続性を高めることが狙いである。また、同法では学校栄養に関する情報・評価システム (Sistema Nacional de Información y evaluación de Alimentación Escolar) の構築をアクションとして掲げている。

本政策の重要点は、児童一人あたりに分配される予算が4ケツアルに拡大したこと、保護者グループが予算の管理や食料の購入、調理等の責任を担うこと、そして栄養改善戦略と同じく教育省を中心に保健省、他にはMAGAやSESANとのインターセクショナルなコミッションによって立案されていることである。また、2018年に成立した「学校栄養法規則 (Reglamento de Ley de Alimentación Escolar)」には、各部門が以下のような役割を有することが明記されている (表5)。

表 5 学校栄養プログラムにおける各省の役割

| 省 | 局 | 役割 |
|-----|--|---------------------------------|
| 教育省 | コミュニティ参加及び支援サービス総局 (Dirección General de Participación Comunitaria y | 学校栄養プログラムの実施、評価及びモニタリング、ディレクション |

| | | |
|-------|---|--|
| | Servicios de Apoyo : DIGEPSA) 教育コミュニティ強化総局 (Dirección General de Fortalecimiento de la Comunidad Educativa : DIGEFOCE) | 内部規定に従い実際にプログラムを実行する |
| 保健省 | | 教育省と連携し、健康保護活動を推進 ・食品安全プロセスの確立 ・学童を対象とした予防衛生活動の実施 等 |
| MAGA | | 農業技術支援を通じた食糧生産能力強化 ・家族農業プログラム (Programa de Agricultura Familiar para el Fortalecimiento de la Economía Campesina : PAFFEC) の推進 ・PAFFEC 参加者のリスト作成、情報管理 ・制度に遵守し予算の管理、食材の調達、調理を実施 (図 13) |
| 保護者組織 | 各学校単位で設立 (Organizaciones de Padres de Familis:OPF) | |



図 13 学校栄養プログラムにおける食材調達のプロセス²²

前述のように 2018 年には学校栄養法規則が成立、予算分配がなされ、2019 年から本格的な活動が全国レベルで開始した。DIGEFOCE に雇用されている栄養士を中心に各校に設立された OPF への研修（保健省からは市保健管区事務所より栄養士が訪問することもあり）がなされ、さらに教育省の食糧栄養安全保障プログラム（Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional :PROSAN）を通じて、約 3,000 教育施設に調理用の基本的な設備が配置された²³（図 14）。なお、調理設備の不足状況については同法策定時にベースライン調査が行われ

²² 教育省 : <https://www.mineduc.gob.gt/DIGEFOCE/>

²³ 教育省 : Informe de Avance de la ley de alimentacion escolar, Diciembre 2018

ているものの、教育省から同報告書は発表されていない状況である。



図 14 教育施設に配置された調理用設備²⁷

現在、新型コロナウイルスの感染拡大による学校休校のため、「閣僚協定 825-2020」により学校ではなく保護者グループへ食材を配布することで代替されている状況である（2021年も引き続き4ケツアル/日・児童分の食料配布が行われている²⁴）。そのため、県毎の具体的な調理メニュー等は随時整備されているものの²⁵、実際の学校ベースでの学校栄養プログラムは以降進展がない。

保健省キーインフォーマントへのヒアリングによれば、同法は各ドナーからも評価が高く、学校再開時にはさらなる機材整備や人材強化等のニーズが発生するとのことである。

(5) 条件付き現金給付（Bono Social）

本プログラムは、MIDESが運営する社会プログラムで、貧困状態にある世帯に対して、健康や教育に関する共同責任を果たすことを条件に現金給付を行うものである。保健分野に特化したサブプログラムとして存在する Bono Salud は、0歳から6歳未満の子どもを養育する、もしくは妊娠中の女性がいる貧困家庭（資産調査にて判断される）に対し、300もしくは500ケツアル（居住県により異なる）を年3回給付するものである。その条件は、保健省が提供する保健医療サービスを子どもとともに受けることである。また、「2.9 ドナーの支援実績」にて後述するプロジェクト「Creceer Sano」の一環として、0歳から24か月の乳幼児を養育する世帯へ給付を行うものも存在する（給付額は Bono Salud と同額）。

なお、近年の同プログラムの受給者数を以下の図 15 に示す。前政権への転換時より世帯数が大きく減少していることがわかる。また、2020年に再度上昇傾向を示している。

²⁴ 教育省：<https://aprendoencasayenclase.mineduc.gob.gt/index.php/alimentacion-escolar/>

²⁵ 教育省：<https://www.mineduc.gob.gt/DIGEFOCE/>

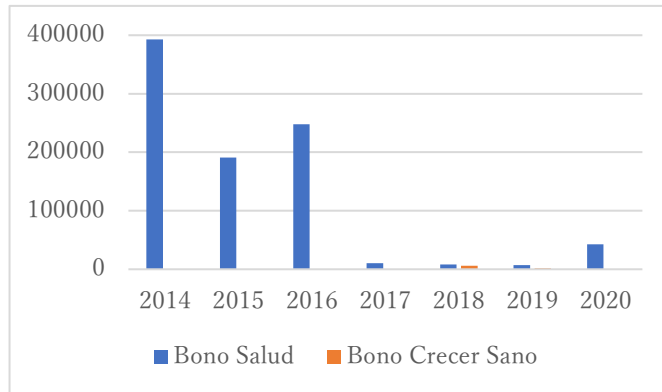


図 15 条件付き給付受給世帯数²⁶

(6) その他の政策

その他、課題別の保健医療政策として、がん対策には「子宮頸がんのコントロールと対応のための政策 (Plan nacional de prevención, control y manejo de cáncer cervicouterino 2014-2024)」、高齢化対策としては「高齢者包括ケアのための政策 2018-2032 (Pólítica Nacional de Atención Integral a Las Personas Adultas Mayores en Guatemala Período 2018-2032)」が制定されている。若年者に対しては、10歳から14歳、そして15歳から19歳までそれぞれの10代に対して「家族計画サービスへの平等で普遍的なアクセスの法則とリプロダクティブヘルス国家計画への統合 (Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva)」が示されている。

2.3 保健行政機関

グアテマラにおける保健行政機関は保健省である。同省の組織図は、添付資料のとおりである。

保健省には、健康規制・監視・管理局、保健サービス統合システム総局、人材局、が存在する。健康規制・監視・管理局では医療機関や医薬品、食品等の認定と管理、規制を行い、保健サービス統合システム総局は保健省の発行する技術的基準が保健医療サービスに適応されているかを監視、監督、そして疫学サーベイランス等を管轄している。また、人材局は人材の教育・訓練・管理を担当している。

2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況

グアテマラにおいて、人口保健調査 (DHS: Demographic Health Survey) は1987年、1995年、1998-1999年、及び2014-2015年に実施されている。生活基準調査 (LSMS: Living Standards measurement Study) は2000年のみの実施であり、地区保健医療情報システムである DHIS (District health Information System) は、過去に実施されていない。

²⁶ SNIS : http://snis.mides.gob.gt/a_ruun.php

加えてグアテマラでは、国立統計局（Instituto Nacional de Estadística : INE）が各調査項目と類似の内容について、2008 から 2009 年、及び 2014 年から 2015 年に「全国母子健康調査（Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil : ENSMI）」を実施しているほか、下記表 6 のようなモニタリングを行っている。

表 6 国立統計局で行う調査報告書一覧（保健関係）²⁷

| 調査名 | 実施年 | 内容 |
|---|---|--|
| 全国母子健康調査（Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil- ENSMI-） | 2014-2015、2008-2009、2002、1999、1995、1987 | 15～49 歳の男女を対象とした、出生率や家族情報、健康リスクなど。乳幼児・子どもの死亡率、性感染症含む |
| 病院統計（Estadísticas Hospitalarias） | 2009~2019 | 公立病院、診療所、民間医療機関からの収集情報。外来・入院に分類 |
| 保健統計（Estadísticas de salud） | 2012 | 2008~2012 年の人口動態及び健康統計を含む |
| 保健基本指針（Indicadores Básicos de Salud） | 2012、2011、2009、2008、2007、 | 県別疾患罹患率や死因等 |

さらに、保健省は保健管理情報システム（Sistema de Información Gerencial de Salud : SIGSA）を有している。本システムは、情報に基づいたタイムリーな意思決定を行うため、多くの保健情報を統合するために構築されており、さまざまな資源（人材、消耗品や機器、インフラ等）にまつわる情報を集約している（図 16）。



図 16 SIGSA ロゴ

SIGSA には全国の 1~3 次レベルにおける保健医療施設から、患者の受診記録等を収集し、各疾患に対する罹患率等が閲覧できるように web 上で公開している。閲覧できる情報は以下のとおりである。

- ・人口予測（Proyecciones de población）
- ・出生数（Nacidos vivos）
- ・栄養失調(Desnutrición)
- ・慢性疾患(Enfermedades Crónicas)

²⁷ グアテマラ国立統計局： <https://www.ine.gob.gt/ine/portal-estadistico-1-0/>

- ・ 家族計画(Planificación Familiar)
- ・ 罹患頻度の高い主な疾患 (Principales Causas de Mordilidad)
- ・ 新規診察数及び新患者数 (Producción de consultas y pacientes nuevos)
- ・ 虫等を媒介する感染症 (Enfermedades transmitidas por Vectores)
- ・ 母子における罹患率 (Morbilidad Grupo Materno Infantil)
- ・ 急性呼吸器疾患及び食中毒の罹患率 (Morbilidad por IRAs (infecciones respiratorias agudas) y ETAs (enfermedad transmitida por alimentos)
- ・ HIV 罹患率 (Morbilidad por VIH)
- ・ 5歳以下の児に対する栄養供給 (Suplementación en niños menores de 5 años)

SIGSA の運営及び管理はオンライン上のクラウドで実施されている一方で、その集約プロセスは未だにアナログな方法に依存しているといえる。まず、保健ポストや保健センター、第 2 レベルの病院等で規定のフォーマットに治療実績や患者情報を記載する。この段階で ICT 機器のない保健医療施設では PC への入力ではなくフォーマットを印刷し、そこに記入をするという方法をとる必要がある。また、各保健医療施設にはインターネット設備が整備されていないため、その後毎週月曜日に記入済のデータ（書面もしくは USB 媒体等）を各施設から各地区（主に市毎に配置）の市保健管区事務所（Distrito Municipal de Salud : DMS）へ移送することが義務付けられている。そのため、毎週月曜日に保健ポストや保健センターは閉所することとなっている。市町村における情報は DMS で集約され、情報入力を専門とする職員（Digitador）により SIGSA へ入力、クラウドにて保存される（図 17）。

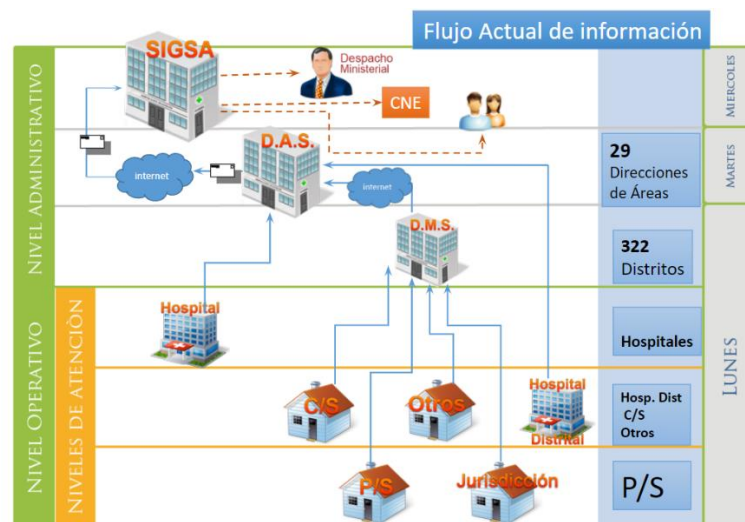


図 17 SIGSA へ情報が集約されるまでの過程（Flujo de Información del Sistema de Información de Salud del MSPAS²⁸を改編）

²⁸ 保健省 : <https://sigsa.mspas.gob.gt/descargas/FlujoInformacionSIGSA-MSPAS.pdf>

前述の情報入力を行うフォーマットは、SIGSA のウェブページより各保健医療施設がダウンロードする必要がある。フォーマットには複数の種類があり、5 歳以下の小児用や成人用等、ワクチン接種管理用等、対象者と用途によりわかれている²⁹。

| DATOS DE LA NIÑA Y EL NIÑO | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|---------------------|-----|-----|---------------------|-----------|-----------|--------|-------|--------------------------------|--|
| No. | CUI Código Único de identificación | NOMBRE DE LA NIÑA O EL NIÑO (2 nombres y 2 apellidos) | Fecha de nacimiento | | | Lugar de nacimiento | | | Sexo | | Pueblo / Comunidad Lingüística | |
| | | | día | mes | año | Departamento | Municipio | Comunidad | Nombre | Mujer | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | |

図 18 SIGSA 小児用ワクチン管理フォーマット

本システムにおける課題を以下の表 7 に整理する。SIGSA はリアルタイム性の高いシステムを長所として強調しているが、実際にはまだその質を向上するための余地は多い。

表 7 SIGSA における課題

| 課題 | 詳細 |
|------------|---|
| リアルタイム性の欠如 | ・ 地方から中央レベルへ情報が伝わるまでの時差が生じる |
| 人的コストが過大 | ・ 紙ベースでの記載が必要 (ICT 機器やインターネット設備がない。また、セキュリティが低いため高価な機器の整備も難しい) ・ 週ごとに農村部の医療者が市中心部まで移動する必要がある (以前エンジニアが各施設に周り入力作業を行うという制度も存在した) |
| 集約漏れの発生 | ・ DMS にてすべての情報を紙媒体からデータベースへ手入力している 情報が回収できない事例 |
| 参照性の低さ | ・ 国民に割り当てられる識別コード (Código Único de Identificación : CUI) を持たない住民や移民 ・ CUI が記載されたカードの持参を忘れた場合 ・ CUI の番号の記載ミスがあった場合、入力ミスがあった場合 ・ 情報参照は DMS 以上でのみ可能 ・ 全体のデータ参照は中央レベルのみで可能 (他エリアでの住民の治療履歴等は DMS 及び保健管区事務所 (Dirección de Área de Salud :DAS) では確認不可) |

2.5 保健医療サービスの供給体制

① インフラについて

グアテマラにおける公的保健医療施設数について、以下の表 8 に示す。2015 年の集計によると、計 1,542 の保健省直属のサービス提供施設に加えて、83 のグアテマラ社会保険庁 (IGSS)

²⁹ <https://sigsa.mspas.gob.gt/component/jdownloads/category/14-sigsa-web?Itemid=-1>

管轄のサービス施設で構成されていた。MSPAS 系列の内訳としては、保健ポスト（町・村に位置する最低限のサービスを提供する診療所）1,165、B 型保健センター278（市町村の中心部に位置する小規模診療所、1~2 万人をカバー）、A 型保健センター55（市・県の中心部に位置する 20~30 床の小規模医療施設、2~4 万人をカバー）、及び病院 44 となっている。IGSS では、これらに加えて、保健ポスト 11、診療所 45、病院 24 か所にて医療保健サービスが提供されている。民間サービスとして、2011 年に 3,550 件の診療所・病院があったが、2015 年には 3,969 件に増加した。

また、各保健医療施設における医療従事者の配置数においては明確に定める法律が存在せず、現行は保健管区事務所（DAS）の一存で決定されている。実際には保健ポストには看護助手が 2 名程度配置されていることが多く、保健センターには医師（多くても 2 名程度）、歯科医、看護師及び看護助手が配置されていることが一般的である。

表 8 公的保健医療施設数（形態別）³⁰

| 施設形態 | 施設数 |
|---------------|-------|
| 保健ポスト | 1,165 |
| 保健センター（タイプ B） | 278 |
| 保健センター（タイプ A） | 55 |
| 病院 | 44 |
| 計 | 1,542 |

住民 1 万人あたりに保健センター1つ設置するという目標に照らし合わせると、全国で 300 施設程度の保健センターが不足しており、保健ポストの不足数は 1,000 施設程度である。また、これらの保健医療施設は、グアテマラ市やケツアルテナンゴ等の都市部に集中している。

このようなインフラ不足が影響し、住民から保健医療サービスへのアクセスは大きく制限されている。以下表 9 に示すように、グアテマラ国内において保健医療施設までの距離が 5km 以上離れているのは総人口の約 23%とされている³¹。自家用車を有さない場合、また山間部等の道路インフラが整備されていない悪路を通らなければならない場合は、この距離が保健医療サービスへのアクセスへの大きな障害になるといえる。

表 9 保健医療施設までのアクセス（距離別）³⁵

| 保健医療施設からの距離 | 人口 | 割合 |
|-------------|------------|-------|
| 0-5km | 11,214,075 | 78.1% |
| 5-10km | 2,407,356 | 16.8% |
| 10-20km | 634,408 | 4.4% |
| >20km | 111,127 | 0.8% |

このようなインフラ不足を補うため、「2.9 ドナーの支援実績」にて後述する、世界銀行の

³⁰ 保健省：Plan Estratégico Institucional Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2018-2032

³¹ USAID: Guatemala Analisis del sistema de salud 2015

支援を受けながら保健省を中心に進めているプロジェクト「Creceer Sano」では、ソロラ、トトニカパン、サンマルコス、ウエウエテナンゴ、キチェ、アルタベラパス、チキムラ県の139市において計90カ所の保健ポストの建設を目指している³²。なお、本建設プロジェクトの進捗としては、2021年3月の時点で18カ所での建設契約手続きが終了している段階と報告されており³³、プロジェクトの停滞・難航が伺える（本プロジェクトは2020年～2023年までの予定）。関係者へのヒアリングによれば、建設のための適切な土地探しへのハードルが高いということが関連しているようである。

また、同項目にて後述するIDB融資案件「機関医療サービスネットワーク強化プログラム（Program to Strengthen the Institutional Healthcare Service Network : PRORISS）」では、ウエウエテナンゴ県及びサンマルコス県において、常設ケアセンター（Centro de Atención Permanente :CAP）1件、保健ポスト75件、市レベルの病院2件の新規建設、さらに9件のCAP、2件の母子総合ケアセンター（Centro de Atención Integral Materno-Infantil :CAIMI）、3件の保健センター、63件の保健ポスト、2件の県病院の改築が予定されている。

また、インフラの中の特に水の安全性に関わる点については、自宅にて安全な水源にアクセスできるのが約58%に限られている。また、約14%は安全な水源にアクセスできず、雨水や溜水に依存している状況である³⁴。

② 保健医療人材について

保健医療人材についても同様に、グアテマラにおけるUHC達成の大きな障壁となっている。大きな要素は以下の4つである。

- ・都市部と農村部の格差
- ・非正規雇用
- ・多文化性への対応
- ・専門性の低さと偏り

まず、都市部と農村部の格差について述べる。2018年に保健省系列の施設全体で雇用していたのは計55,316名であり、そのうちの約3割が首都を有するグアテマラ県に勤務していた。一方農村部で割合が大きいのがキチェ、ウエウエテナンゴ、ケツアルテナンゴ県で、それぞれ約6%の医療従事者が配置されているが、その差は大きいことがわかる。

県別の医療従事者数一覧は以下の通りである。首都のあるグアテマラ県や近隣のエルプログレソン県においての医師数は住民あたりの必要数を上回っている一方で、全国総数でみる

³² <https://documents1.worldbank.org/curated/en/338111580793139903/pdf/Guatemala-LATIN-AMERICA-AND-CARIBBEAN-P159213-Creecer-Sano-Guatemala-Nutrition-and-Health-Project-Procurement-Plan.pdf>

³³ CONASAN : Avances Área de infraestructura de Salud, Agua y Sanamiento Proyecto Creceer sano

³⁴ 保健省 : Diagnóstico de Situación de Salud, 2018

と 50%ほどの不足していることがわかる。医師の多くは首都圏近辺に集中し、特に北西の高山地帯では医師不足が顕著である³⁵。

表 10 保健医療人材（保健省勤務）の数と地域別分布³⁶

| 県 | 医師数(必要医師数) | 看護師数 | 看護助手数 |
|----------|---------------|-------|-------|
| 全国 | 5,961(10,591) | 3,147 | 3,980 |
| エルプログレッソ | 42 (38) | 15 | 209 |
| グアテマラ | 2,144 (1,434) | 498 | 1,772 |
| ペテン | 168 (386) | 124 | 1,088 |
| サカパ | 142 (116) | 57 | 446 |
| バハベラパス | 66 (186) | 78 | 507 |
| イサバル | 137 (253) | 52 | 606 |
| サンタロサ | 227 (232) | 72 | 644 |
| チキムラ | 108 (265) | 95 | 729 |
| ハラパ | 84 (240) | 25 | 434 |
| フティアパ | 151 (311) | 43 | 773 |
| ケツアルテナンゴ | 553 (551) | 236 | 1,307 |
| サカテペケス | 230 (252) | 67 | 471 |
| アルタベラパス | 119 (935) | 280 | 1,523 |
| エスクイントラ | 299 (627) | 132 | 740 |
| ウエウエテナンゴ | 255 (944) | 359 | 1,789 |
| キチェ | 225 (849) | 326 | 1,772 |
| レタルレウ | 77 (274) | 28 | 383 |
| サンマルコス | 246 (879) | 213 | 1,748 |
| ソロラ | 137 (370) | 144 | 637 |
| スチテペケス | 154 (469) | 62 | 496 |
| トトニカパン | 157 (414) | 174 | 739 |
| チマルテナンゴ | 160 (568) | 67 | 533 |

次いで課題となるのが非正規雇用の蔓延である。グアテマラにおいて医療従事者の雇用は各保健管区事務所（DAS）が決定権を持っており、中央集権的なシステムや法整備は存在しない。その中で、実際には被雇用者のうち正規職員数は非常に限定的である。例えばキチェ県中央部においてはその約 24%のみが正規雇用で、他職員は非正規雇用である（図 19）。

³⁵ 国連：Marco Estratégico de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo sostenible

³⁶ 保健省：Diagnóstico Universitario De Salud 2018

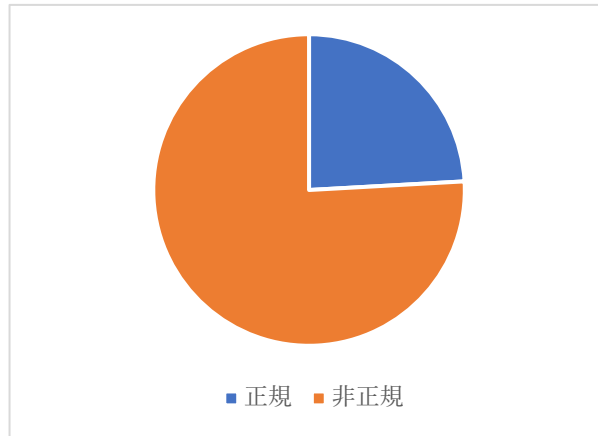


図 19 保健被雇用者における正規・非正規の比率 (キチエ県中央部の例)³⁷

非正規雇用のデメリットとして、その雇用期間の短さや手当やボーナスがないことによる金銭面での不利益、そしてグアテマラ社会保険庁 (IGSS) の被保険者となれないことが挙げられる。これにより、保健省系列の施設で勤務するインセンティブが減少し、結果として前述したような都市部・民間セクターへの医療従事者の流出が起きていると考えられる (実際には非正規雇用離職者のデータ等は整理されていない)。さらに、各 DAS は予算が不足した際に非正規雇用の人件費を他費目へ流用することが可能である (正規職員の人件費は公務員法 (Ley de Servicio Civil) にて流用が禁じられている) ため、県の権限でさらに人員を削減することもでき、非常に不安定な雇用動態であることが指摘できる。

次に多文化性への対応について述べる。グアテマラにおける医療サービス受給の決定要因として、スペイン語の流暢性があるとされていると報告されている³⁸。他言語を話者の先住民にとって、同言語を話す医療従事者がケアを行うことは非常に重要であるが、実際には先住民言語を話す医療従事者は限定的である。

このような状況を受け、教育省とサンカルロス大学が合同で行う「学際的職業訓練プログラム (Ejercicio Profesional Supervisado Multidisciplinario: EPSUM) では、貧困層の先住民出身学生に対して保健医療専門機関等への奨学金プログラムを実施している (表 11)。また、保健省からは以下のような奨学金も提供されている (先住民専用ではない)。

表 11 助成金対象教育機関リスト (一部抜粋)³⁹

| 名称 | 金額 | 期間 | 人数 |
|--------------|-------------|-------|-------------|
| ケツアルテナンゴ看護学校 | 75~300 ケツアル | 10 か月 | 35 名/1~3 学年 |
| コバン看護学校 | 73~300 ケツアル | 10 か月 | 25 名/1~3 学年 |

³⁷ 保健省 : <https://www.mspas.gob.gt/component/jdownloads/category/1078-abril.html?Itemid=-1>

³⁸ USAID : Guatemala Analisis del sistema de salud 2015

³⁹ 保健省 : Acuerdo Gubernativo Número 175-2015

| | | | |
|--------------------|-------------|-------|--------------|
| グアテマラ看護学校 | 75~300 ケツアル | 10 か月 | 35~40/1~3 学年 |
| コバン看護助手学校 | 200 ケツアル | 10 か月 | 25 名 |
| マサテナンゴ看護助手学校 | 200 ケツアル | 10 か月 | 50 名 |
| フティアパ看護助手学校 | 200 ケツアル | 10 か月 | 50 名 |
| ケツアルテナンゴ看護助手学校 | 200 ケツアル | 10 か月 | 50 名 |
| グアテマラ看護助手学校 | 200 ケツアル | 10 か月 | 75 名 |
| キリグア看護助手研修機関 | 200 ケツアル | 10 か月 | 50 名 |
| キリグア環境衛生検査員養成所 | 150 ケツアル | 10 か月 | 30 名 |
| キリグア健康科学技術者養成所 | 150 ケツアル | 10 か月 | 60 名/1~2 学年 |
| ケツアルテナンゴ臨床放射線技師養成校 | 150 ケツアル | 10 か月 | 15 名 |
| グアテマラ理学療法士養成校 | 150 ケツアル | 10 か月 | 15 名/1~3 学年 |
| 助産師大学課程 | 2800 ケツアル | 12 か月 | 150 名/1~3 学年 |

最後に、医療従事者の専門性の低さとその偏りについて述べる。正規職員として保健省系列施設に雇用されている労働者のうち、6年以上の保健医療にかかわる高等教育を受けている者は非常に少なく、キチェ県の例をとると約2割である。

さらに、職種が公開されている非正規労働者の職種分布をみると（図20）、職員の多くが看護助手で占められており、医師やその他専門職は非常に少ないことがわかる。2015年の報告書によれば、WHOが推奨する医師一人あたりの看護師数は2.8人であるのに対し、グアテマラでは0.66人に留まっている状況である⁴²。

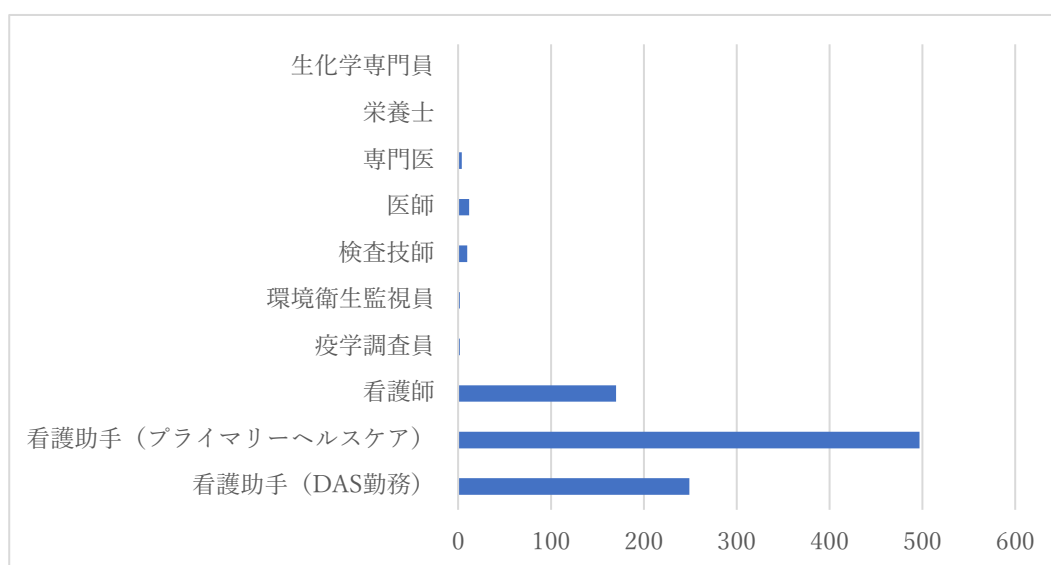


図 20 非正規雇用医療従事者の人数（職種別、キチェ県中央部の例）⁴⁰

⁴⁰ 保健省：<https://www.mspas.gob.gt/component/jdownloads/category/1078-abril.html?Itemid=-1>

特に慢性栄養失調が重点課題の一つとなっている同国にとって、栄養士等の高い専門性を有する医療従事者へのアクセスは重要である。しかしながら、多くの県にて栄養士の配置がない、もしくは非常に少なくなっている（図 20）。下記の図 21 は、職種が公表されている非正規雇用者リストに含まれる栄養士の数である。一方で、トトニカパン県のように上層部のイニシアチブにより、全市に栄養士が配置されている地区も存在するという情報もあるため、本データはあくまで傾向を示すのみである。

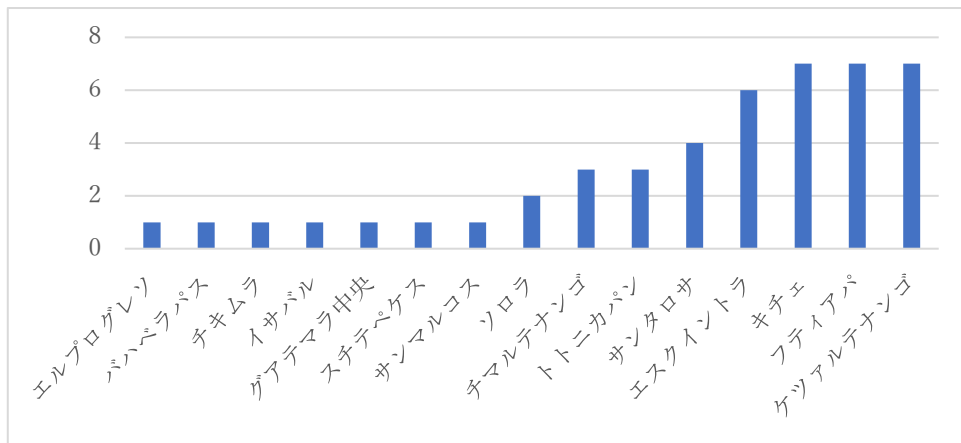


図 21 非正規雇用栄養士の人数（配置がある県のみ抜粋）⁴⁴

2.6 主要保健医療サービスの利用状況

麻疹の予防接種率は、1990年から2015年の間に45.6%増大し、99.0%となっている。また、適正医療者による出産介助の割合は66.0%（2015年）であり41、4回以上の産前検診率は86%（2019年）である⁴²。一方で、医療施設で出産を行う先住民女性の割合は30%程度に留まっており、特に先住民が多く居住する西部山間部においては、自宅出産が約70%と非常に高値となっている³⁵。

その他、各種検査や診断に用いられる機器においても不足がみられる。例えばがん治療等に用いられる放射線装置は人口100万人に対し0.7台と非常に限定的である（図22）。

⁴¹ PAHO : Health in the Americas 2017 edition

⁴² Unicef : The state of the world's children 2019 Children, food and nutrition

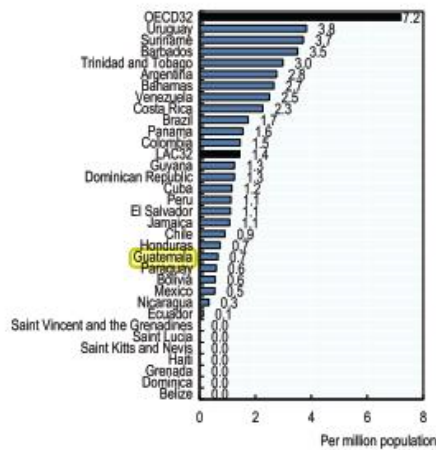


図 22 放射線装置配置数（人口 100 万人あたり）

なお、UHC に関わる SDG 指標 3.8.1「サービスカバレッジ指数」では、図 23 に示す通り、リプロダクティブヘルス・母子保健分野でも上記に挙げた指数以外に「肺炎の予防と早期発見」がある。感染症対策の分野においては、「2.1 保健・人口の概要」の中で示した結核感染の他に HIV エイズ治療や基礎衛生整備等があり、また、NCD 分野やサービス能力とアクセスの分野にも各種の指数が特定されている。

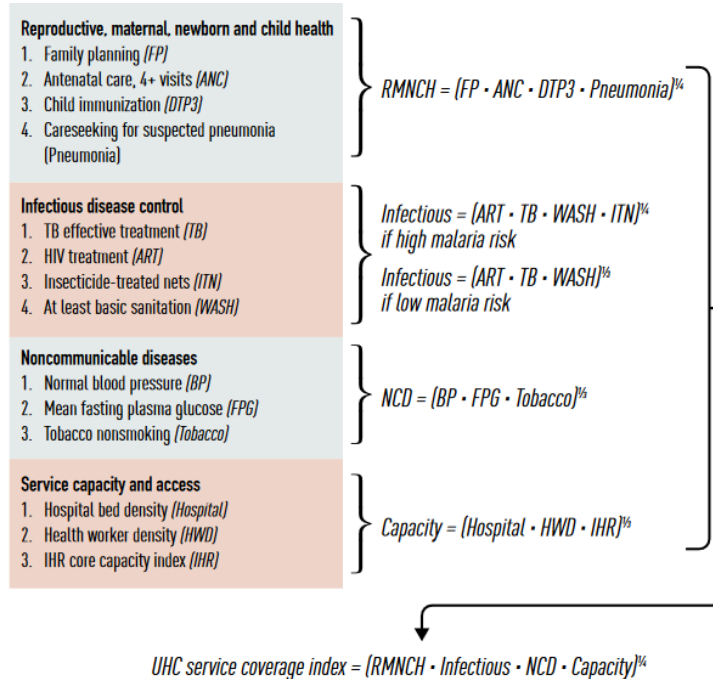


図 23 UHC サービスカバレッジ指数⁴³

⁴³ WHO : Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 MONITORING REPORT

WHO/世界銀行の2017年グローバル・モニタリング報告書⁴⁴によれば、上記のSDG指標3.8.1「サービスカバレッジ指数」によるグアテマラの測定値は55となっている。同国においては、中でもサービスキャパシティとアクセス（病院へのアクセス及び保健人材）及び感染症（HIV・AIDS治療）の指標が低値であり、サービスカバレッジ指数全体に影響を与えていることが伺える（表13）。同中米地域ではエルサルバドルで76、ホンジュラスで65、なお日本は80以上と発表されている。

表 12 グアテマラにおけるSDG指標3.8.1の下位項目⁴⁰

| | 生殖、母性、新生児、及び小児に関する保健サービス | | | | | | 感染症 | | | | | 非感染性疾患 | | サービスキャパシティとアクセス | |
|----|--------------------------|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|--------|----|-----------------|--|
| 指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | |
| 数値 | 68 | 86 | 82 | 52 | 70 | 38 | - | 65 | 82 | 58 | 79 | 25 | 23 | 58 | |

2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況

保健省における行動指針にて、NCDを予防するためのアプローチが定められている。同指針では、マルチセクター間での協働を促進する参加型パートナーシップの強化、また官民連携の重要性が強調されている。

図24に示すように、保健省は、NCDによる平均寿命よりも早期の死亡を25%減少させることを目標として掲げている。そのアプローチとして、身体活動量の向上、カウンセリング治療の推進、適切な食事・栄養指導、ジェネリック医薬品を含む非感染性疾患の治療に必要な薬品供給の改善、喫煙率の軽減等が挙げられている。

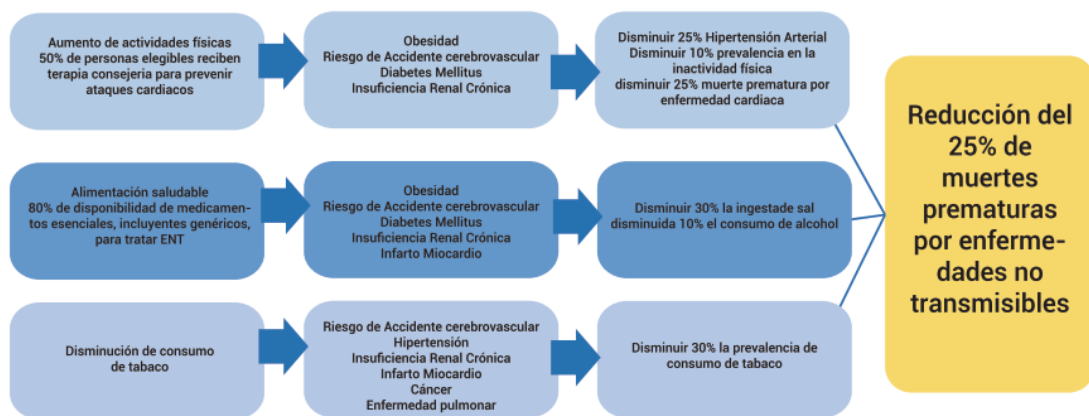


図 24 NCD 予防に対するアプローチ³⁴

⁴⁴ WHO : Tracking Universal Health Coverage, 2017 Global Monitoring Report

実際に各レベルの保健医療現場での基準となるガイドライン等は、未だ積極的に開発・展開されていない。国内で初めてNCDの予防、診断、治療のガイドラインとなったのが2010年に公表された「慢性非感染性疾患の予防、発見、評価、治療のためのガイドライン (Guías para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles)」である。本ガイドラインでは、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、慢性腎臓病、がんそれぞれにおけるの症状、合併症、治療方法、測定方法や合併症のコントロール・ケアの方法等、一及び二次レベル、三次レベルのそれぞれで行うべき内容が示されている(表14)。

基本的には一次レベルにて早期発見や生活指導を中心に行い、二次と三次レベルでの治療は重症化した場合のみ受け入れている状況である。例えばがんの場合には、スクリーンセーバーは保健センター等において無料で受けられるものの、確定診断を受けるためには三次レベルの病院や都市部の専門機関へ行き複数の検査を合わせて行う必要がある(無料で受けることができるがん検診についてもその認知度は非常に低く、例えば子宮頸がんを受けたことのない女性は62%、前立腺がんは95.5%となっている⁴⁵⁾。

表 13 糖尿病における推奨ケア (抜粋) ⁴⁶

| 病院 | 保健ポスト・センター |
|------|---|
| 早期発見 | <ul style="list-style-type: none"> ・リスクチェック (肥満や生活習慣、その他既往) ・血糖値の測定、診断 (保健センター) ・メタボリックシンドロームの診断 |
| 二次予防 | <ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング(週1~月1の血糖値測定、HbA1c測定、体重や腹囲、血圧) ・生活習慣の改善指導 ・薬物療法 (保健センター) ・合併症のケア (重度な場合を除く) |
| 重症時 | インスリン療法 |

上記のガイドラインが公表された後も、NCDに関する疫学的情報の収集、及び診断基準については定められていなかった。そこで2018年に「疫学調査プロトコル 非感染性疾患(NCD) 糖尿病、心血管、がん (Protocolos de Vigilancia Epidemiológica Enfermedades No transmisibles (ENT) Diabetes, Cardiovasculares y Cáncer)」が作成され、医学的診断基準及びSIGSAへの報告の必要性が定められた。

これに加えて、NCDに大きい影響を与える肥満や過体重についても徐々に認知度が上がってきており、2019年には「小児および青年期の過体重および肥満の予防とケアのためのガイドライン (Guía de Prevención y Atención del Sobrepeso y Obesidad en Niñez y Adolescencia)」

⁴⁵ USAID: Guatemala Analisis del sistema de salud 2015

⁴⁶ 保健省：Guías para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

が公表された。本ガイドラインでは個人、家族、コミュニティ、学校等それぞれのレベルでの介入方法等が記載されている。2019年に作成されたのち、新型コロナウイルスの感染拡大によりガイドラインを基にした研修はほぼ行われておらず、地方部では実践されていない状況である。

2.8 医薬品調達・供給

グアテマラの保健省系列の施設において提供される医薬品は無償である。各保健医療施設にて配置すべき医薬品が、医薬品リスト (Lista Básica de Medicamentos) により定められている。同リストは、レベルの異なる保健医療施設においても平等に、かつ合理的な使用を強化するために作成されたもので、品質、効果、安全性、費用対効果に優れた医薬品が選定されている。しかしながら、キーインフォーマントへのヒアリングによれば、同リストに定められる医薬品を配置するのは義務ではなく、実際には各 DAS の予算状況によって左右されている状況とのことである。

さらに、実際の治療で使用・提供すべき医薬品については「一次・二次レベルにおける包括的ヘルスケアのための治療基準 (Normas de Atención Salud Integral para Primero y Segundo Nivel) によって定められているが、同国における医薬品に関連する課題として、継続的な内服を想定していないという点が挙げられる。前述のリスト及び治療基準に定められている医薬品は、保健医療施設での治療時に使用されることを前提としており、患者が日常的に服薬するためには、民間の薬局等で医薬品を購入する必要がある。市販されている薬の約4割がジェネリック医薬品であるが (日本ではジェネリック医薬品の普及率は2016年に約6割、OECD諸国では6割を大きく上回る国が多い^{47 48})、民間での医薬品販売価格を規制する法令等はない。

2.9 ドナーの支援実績

以下に、グアテマラの保健医療分野における米州開発銀行 (IDB: Inter-American Development Bank)、世界銀行グループ (World Bank Groupe)、日本政府の支援実績を示す (表 15)。

表 14 グアテマラに対する各ドナーの支援実績

| ドナー名 | 案件名 | スキーム | 協力額 | 協力期間 |
|------|---------------------------------------|------|--------|---------------------|
| JICA | 妊産婦と子どもの健康・栄養改善プロジェクト | 技術協力 | 4.5 億円 | 2016年6月 ～2020年9月 |
| | ケツアルテナンゴ県、トトニカパン県、ソロラ県 母とこどもの健康プロジェクト | 技術協力 | 3.8 億円 | 2011年3月 ～2015年3月 |

⁴⁷ 池田俊也：OECD諸国における後発医薬品の普及率

⁴⁸ 厚生労働省：<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000114903.pdf>

| | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| | シャーガス病対策プロジェクトフェーズ2 | 技術協力 | 1.9 億円 | 2009年7月 ～2012年6月 |
| IDB | Regional Malaria Elimination Initiative (RMEI) in Mesoamerica and Dominican Republic | Investment Grants | USD 5,621,851 | 2020年1月～ |
| | Program to Strengthen the Institutional Healthcare Service Network (PRORISS) | Loan Operation | USD 100,000,000 | 2019年5月～ |
| | Support for the Health System Reform in Guatemala | Technical Cooperation | USD 300,000 | 2016年12月～ 2020年12月 |
| | Facing the challenge of undernutrition and obesity in Guatemala | Technical Cooperation | USD 821,550 | 2016年5月～ 2021年1月 |
| | Increasing access, use, and sustainability of community health and nutrition ser | Technical Cooperation | USD 670,000 | 2016年6月 ～2020年12月 |
| | Prenatal Care in a Backpack for a Healthy Pregnancy | Technical Cooperation | USD 149,816 | 2014年8月 ～2020年12月 |
| | Improving Child Nutrition through Social Franchising in the Western Highlands | Technical Cooperation | USD 1,295,457 | 2013年12月～ 2020年12月 |
| | Zero Hunger Plan Support and Social Protection Sector | Technical Cooperation | USD 280,000 | 2013年1月 ～2020年12月 |
| | Improvement Nutrition and Food Security in five municipalities of Baja Verapaz | Technical Cooperation | USD 1,499,500 | 2013年1月 ～2020年12月 |
| | Control of the Neglected Tropical Diseases in Guatemala | Technical Cooperation | USD 480,000 | 2011年11月～ 2020年12月 |
| | Strategies to improve human resource management in rural health | Technical Cooperation | USD 638,000 | 2012年5月 ～2020年12月 |
| | Support to the approach against acute malnutrition in Guatemala | Technical Cooperation | USD 1,200,000 | 2010年10月～ 2020年12月 |
| | Improved Access and Quality of Health and Nutrition Services - Phase I | Loan Operation | USD 35,000,000 | 2012年11月～ 2021年1月 |
| | Strengthening the Technical Capacity of SESAN | Technical Cooperation | USD 450,000 | 2008年10月～ 2020年12月 |
| | Strengthening Hospital Network Program | Loan Operation | USD 50,000,000 | 2008年4月 ～2021年1月 |
| | Implementation of a Hospital Management Model | Technical Cooperation | USD 1,600,000 | 2007年3月 ～2020年12月 |
| | Promoting Healthy Communities together with Healthy Schools | Technical Cooperation | USD 143,800 | 2006年9月 ～2020年12月 |
| | Health Services Enhancement Program II | Loan Operation | USD 55,440,000 | 2002年2月 ～2021年1月 |
| | Health Sector Program | Loan Operation | USD 38,500,000 | 1996年1月～ 2020年12月 |
| Project for Malaria's Control | Technical Cooperation | USD 90,620 | 1987年9月 ～2020年12月 | |
| World Bank | Crecer Sano: Guatemala Nutrition and Health Project | | USD 100,000,000 | 2017年3月 ～2020年12月 |
| | FIRST IMPROVED GOVERNANCE OF PUBLIC RESOURCES AND NUTRITION | | USD 250,000,000 | 2016年11月～ 2020年11月 |

| | | | | |
|--|---|--|-------------------|----------------------|
| | Pilot to Improve the Development and Nutrition of Young Children in Poor Rural Areas in Guatemala | | USD 2,750,000 | 2014年11月～ 2018年9月 |
| | GUATEMALA Maternal and Infant Health and Nutrition | | USD 49,000,000 | 2006年1月 ～2013年1月 |

日本政府の対グアテマラの援助総額は、前述の通りであるが、保健医療分野における2019年度までの技術協力の累計支援額は、5,040百万円であり、無償資金協力の累計支援総額は6,260百万円である。また、社会福祉分野においても、技術協力で2019年度まで累計総額125百万規模の支援を実施している⁴⁹。グアテマラに対する援助の基本方針（大目標）は、「持続可能な社会・経済開発への支援」であり、重点分野（中目標）は、「貧困地域の社会・経済開発」、「環境・防災」となっている⁵⁰。

なお、世界銀行グループとのパートナーシップである日本開発政策・人材育成基金（PHRD: Policy and Human Resources Development）によるグアテマラでの実施中の案件は無い⁵¹。

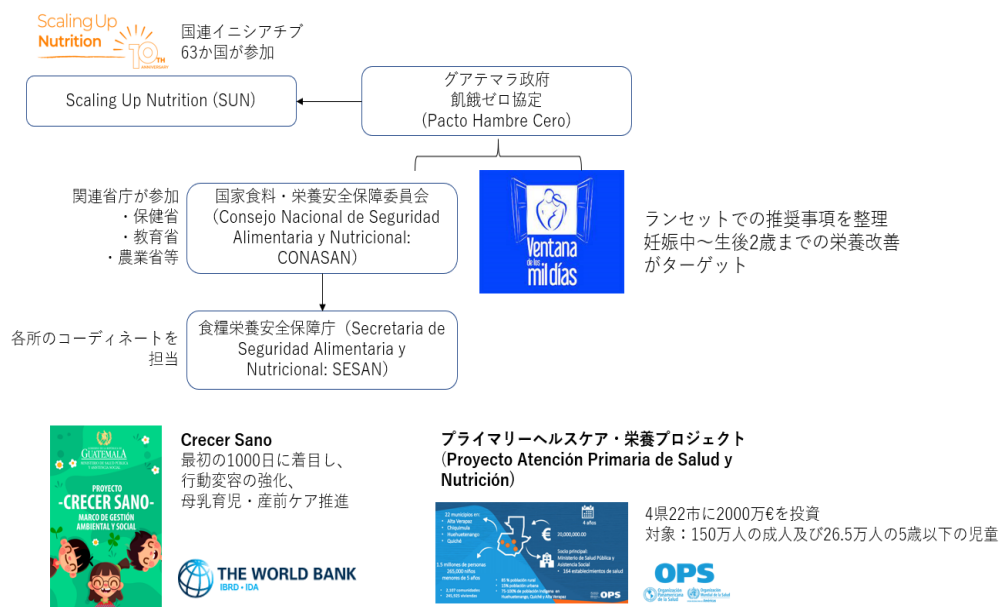


図 25 栄養関連プロジェクト関係図

図25の通り、栄養関連のプロジェクトは多くのドナーが関わりながら支援を続けている。グアテマラ政府は2009年の食糧安全保障サミット後、国連のイニシアチブによって展開されているScaling Up Nutrition (SUN)に参加するため、2012年に飢餓ゼロ協定(Pacto Hambre Cero)を締結した。その後、食糧栄養安全保障庁(SESAN)及び保健省にて複数のプロジェクトが展開している。SESANでは、ランセットによって提言された「1,000日の窓(Ventana

⁴⁹ JICA : <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

⁵⁰ 外務省：対グアテマラ共和国 国別開発協力方針

⁵¹ World Bank: <https://www.worldbank.org/ja/country/japan/brief/policy-and-human-resources-development-fund>

de los mil días) 」の一部を抜粋し、慢性栄養不良児に対する改善アプローチとして採用している。現在、世界銀行の支援のもと「健康に育つ (Crecer Sano) プロジェクト」及び、PAHO の支援のもと「プライマリーヘルスケア・栄養プロジェクト (Proyecto Atención Primaria de Salud y Nutrición) 」が実行されている。どちらも慢性栄養失調児が多い北西部をターゲットとし、出生前後の 1,000 日間の栄養改善を目的に、妊産婦のケアや行動変容のための指導等を実施している。その他、保健関係機関のほかにも FAO が学校栄養のためプロジェクト等を支援している⁵² (図 26)。

| Ingredientes | Procedimiento | | | |
|---|---|---|---|---|
|  <p>2 manojos de loroco 2 libras de harina de maiz (3 libras de masa) 3 libras de tomate 2 cebollas 1 diente de ajo Agua hervida Sal al gusto</p> |  <p>Limpie las flores o hierba y deshágalas.</p> |  <p>Prepare la masa de maiz con agua y sal. Después se hacen las empanadas poniendo el loroco en el centro de la masa.</p> |  <p>Caliente el comal y coloque las empanadas sobre éste para que se doren a fuego lento.</p> |  <p>Al mismo tiempo, ponga a dorar los tomates, muéloslos y agréguelos agua. Esta salsa póngala a freír con el ajo, la cebolla picada y condimente al gusto con sal.</p> |

図 26 FAO が提供する給食レシピ⁵³

前述の Crecer Sano は世界銀行による借款案件であり、2020 年から 2023 年の間に実施されている。保健省の報告によると⁵⁴、2021 年 3 月末時点での進捗は全体の 5% までしか及んでおらず、新型コロナウイルスの感染拡大を加味してもグアテマラ政府の実行力が懸念される。

2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ

1. 慢性栄養失調と PHC の強化

グアテマラにおいては、前述したように特に 5 歳未満児童における慢性栄養失調が長期的な大きな問題となっている。そのため、保健省をはじめとして多くの省庁・機関が栄養問題の改善、食料安全保障のために様々な活動を行っている。同国では栄養問題に対するアプローチとしては、PHC の強化を謳っている。しかしながら、PHC の拠点となる保健センター

⁵² FAO : <http://www.fao.org/3/as511s/as511s.pdf>

⁵³ FAO : <http://www.fao.org/3/as511s/as511s.pdf>

⁵⁴ 保健省 : Sistema de Contabilidad Integrada Gubernamental Ejecución de Gastos - Reportes - Informacion Consolidada Ejecucion del Presupuesto (Grupos Dinamicos), 2019/03. https://www.contraloria.gob.gt/wp-content/uploads/2019/06/CGC_FEBRERO_2019_info-CONSOLIDADA.pdf

や保健ポストにおいては十分な医療人材がおらず、特に栄養に関連する行動変容に繋がるような指導力・専門性のある人材が揃っていない状況である。また、グアテマラにおいて採用されている「1000 日の窓」プログラムは学齢期や妊娠可能年齢となる青年期への栄養指導や性教育といった、包括的なケアに重点が置かれていない。

2. 他ドナー、他省庁などインターセクショナルなプログラムの実施

「2.9 ドナーの支援実績」で前述したように、グアテマラでは日本を含め多くのドナーが「最初の 1,000 日」の栄養改善に着目し、母子を中心とした栄養プロジェクトを展開している。さらに、学校栄養の推進や条件付き現金給付プログラムの開発強化など、保健省のみならず多くの省庁が関わっている状況である。このような状況の中では、利害の異なる可能性のある多くのドナーや省庁間との情報共有や高度な政治的調整能力が必要になる。

3. 情報システムの品質

「2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況」のとおり、グアテマラにおける保健医療関連の情報収集・管理は SIGSA に集約されている。しかしながら、そのプロセスは非常に属人的、アナログであり、効率性や正確性に課題が残っている。中央レベルでの分析技術等に対しては多くの支援が入っている一方で、一次レベル等の保健医療施設におけるハード面での支援は少なく、未だに書面ベースでの情報収集に依存している。

4. 保健医療インフラの不足

「2.5 保健医療サービスの供給体制」で述べたように、グアテマラにおける保健医療サービスのカバー率を向上させるためには、インフラ不足の改善は欠かせないものといえる。保健センター及びポストを新たに建設する場合、その土地は保健省所有のものである必要がある。土地を有していれば DAS により建設の申請が可能となり、県レベルでのニーズに合わせて建設を進めることができる。しかしながら、Creceer Sano プロジェクトの難航状態からもわかるように、実際には保健省が有している土地は非常に限定的であり、市民からの寄付等を募っている状態である。

5. 保健医療人材の質及び量の課題

「2.5 保健医療サービスの供給体制」で前述したように、保健医療人材の質及び量は大きな課題となっている。特に保健省系列施設における人材雇用に法規制がないことが、農村部における格差改善や専門性の高い医療従事者の確保を困難にしているといえる。さらに、先住民出身の同言語を話すことができる医療従事者をより多く確保することが喫緊の課題であるともいえる。

6. NCD への対策の遅れ

グアテマラは、感染症から NCD、慢性疾患へと疾病構造が変化していくことへの対応が遅れている現状である。疫学情報やガイドラインの制定も 2018 年頃に本格的になり、まだまだ発展途上であるといえる。例えば前述した「小児および青年期の過体重および肥満の予防とケアのためのガイドライン」については制定後、一次・二次レベルへのトレーニングや研修は新型コロナウイルスの感染拡大により滞っている状況である。さらに、NCD の症状や合併症をコントロールするための医薬品については継続的な内服が想定されておらず、合併症に対する予防的アプローチとしては不十分な体制である。

3 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

以下に、グアテマラにおける財政の一般情報、主要保健財政指標、保健省予算、診察料、医療保険制度の関連政策、公的保健保障制度、民間医療保険の概要、及び保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズについて報告する。

3.1 財政の一般情報

2019 年 9 月発表の 2020 年度国家予算額は 91,900 百万ケツアル⁵⁵ (12,222.69 百万ドル) である。

政府支出に関しては、2018 年の 27,370.1 百万ケツアル (365.28 百万ドル) から 2019 年は、52,932.5 百万ケツアル (687.53 百万ドル) に急増している。これは、2022 年には 54,378 百万ケツアルになると予想されている⁵⁶。また、政府支出の GDP 比を見ると、2019 年には 11.07% であった。公債の GDP 比については 2010 年以降 20% 台で推移しており、2019 年には 27.88% であった⁵⁷。また、グアテマラにおける徴税率は GDP 比の 10% 以下であるなど、中米においてももっとも低い値である⁵⁸。

3.2 主要保健財政指標

2018 年のグアテマラの総保健支出は GDP 比の約 9.8% であり、2000 年代は大きく右肩上がりとなっている⁵⁹ (図 27)。また、図 28 に示す通り、総保健支出の財源別内訳は、国の一般歳出 (Government Transfer) が 19.51%、公的医療保険 (Social health insurance contribution) が 16.5%、国民自己負担 (Out-of-pocket spending) が 57.5% となっている。その他民間医療

⁵⁵ PrensaLibre : <https://www.prensalibre.com/economia/presupuesto-2020-cual-es-monto-asignado-para-cada-cartera-de-gobierno/>

⁵⁶ TRADING ECONOMICS : <https://tradingeconomics.com/guatemala/government-spending>

⁵⁷ <https://tradingeconomics.com/guatemala/government-debt-to-gdp>

⁵⁸ 国連: Marco Estratégico de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible Guatemala 2020-2025

⁵⁹ 保健省 : Cuentas Nacionales de Salud Guatemala : tendencias del gasto en salud 2017

保険（Voluntary health insurance contributions）が 3.77%、そして外部援助（External aid）が 1.68%である。このことから、同国における保健支出において、国民の自己負担が非常に高い割合を占めていることがわかる。

また、2018 年のグアテマラ国民 1 人あたりの保健支出は 259.6 米ドルであり、10 年前の 2008 年における 84.0 米ドルと比較すると約 3 倍に増大している。

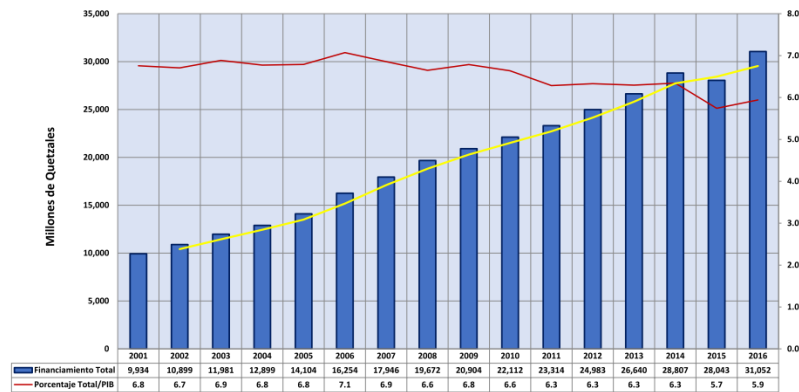


図 27 グアテマラにおける総保健支出⁶⁹

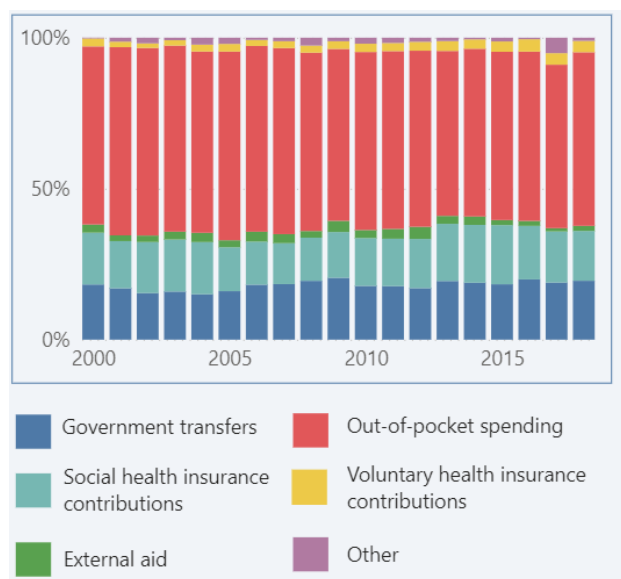


図 28 グアテマラにおける総保健支出の財源別内訳図⁶⁰

3.3 保健省（MSPAS）予算

MSPAS の予算は 2020 度 10,652 百万ケツアルとなっている⁶¹。金額自体は 2000 年代を通じて上昇している。かつ予算分配における重要性は変化し、疾病予防活動に対する投資が継続的に増加している（表 16）。

⁶⁰ https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

⁶¹ 保健省：<https://sicoin.minfin.gob.gt/SICOINWEB/login/fmlogin.htm>

表 15 保健省予算額及び内訳の推移⁶⁹(百万ケツアル)

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 機関経営 | 201 | 161 | 165 | 172 | 196 | 217 | 251 | 204 | 245 | 224 | 224 | 636 | 152 | 166 | 307 | 282 |
| 保健シス | | | | | | | | | | | | | | | | |
| テムの監 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 47 | 12 | 16 | 24 | 131 | 22 | 137 | 909 | 906 | 0 | 0 |
| 視 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人材開発 | 15 | 17 | 16 | 17 | 17 | 72 | 81 | 98 | 122 | 132 | 144 | 178 | 154 | 190 | 224 | 245 |
| 予防行動 | 21 | 17 | 22 | 16 | 21 | 15 | 201 | 245 | 104 | 22 | 1394 | 1225 | 1045 | 1097 | 2313 | 2035 |
| 治療 | 1209 | 1244 | 1368 | 1356 | 1487 | 1729 | 1980 | 2102 | 2638 | 2891 | 1886 | 1740 | 2180 | 2205 | 2190 | 2850 |
| インフラ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ストラク | 26 | 28 | 32 | 19 | 39 | 22 | 7 | 0 | 0 | 0 | 89 | 11 | 146 | 151 | 67 | 50 |
| チャー | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未分類 | 50 | 77 | 88 | 86 | 99 | 135 | 16 | 20 | 103 | 186 | 218 | 301 | 350 | 350 | 412 | 469 |
| 計 | 1522 | 1544 | 1691 | 1666 | 1859 | 2237 | 2548 | 2685 | 3236 | 3586 | 3977 | 4228 | 4936 | 5065 | 5513 | 5931 |

公的保健支出の少なさに加えて、保健省では長年上層部の汚職（架空雇用（Plaza Fantasma）やインフラ発注先の私的選定等）が頻発しており、有効的に保健医療サービスの提供へ使われている額はさらに制限されていると考えられる⁶²。

また、保健省現在受けている及び今後開始される融資一覧は以下の表 17 のとおりである（一部「2.9 ドナーの支援実績」と重複）。Creceer Sano プロジェクトは全体の 1/3 程度が経過した 2021 年 3 月末にて全体の約 6%の進捗となっており、予算の執行力が懸念される。

表 16 保健省が受ける融資案件とその実施率⁶²

| 融資名 | 融資額 | 実施率 |
|---|--------------------|--------|
| プライマリーヘルスケア・栄養プロジェクト （欧州連合の資金提供）（2021 年 4 月正式決定） | €20,000,000.00 | — |
| Creceer Sano プロジェクト（国際復興開発銀行の融資）（2020 年実施開始） | US\$100,000,000.00 | 5.96% |
| 公共資源と栄養のガバナンス改善のための第一次開発政策ローン（国際復興開発銀行の融資）（2020 年） | US\$250,000,000.00 | 36.81% |
| 医療サービスネットワーク強化プログラム（PRORISS）（IDB の融資）（2020 年） | US\$100,000.00 | — |
| インフラおよび病院設備投資プログラム | US\$193,200,000.00 | — |
| 災害リスク管理のための第二次開発政策ローン（CAT DDO）（国際復興開発銀行）（2020 年） | US\$200,000,000.00 | 83.62% |

3.4 診察料

⁶² グアテマラ対汚職委員会: <https://www.cicig.org/casos/caso-asalto-al-ministerio-de-salud-publica/>

2008年より、法令によって MSPAS 系列の医療サービスは無料（診療・医薬品処方含む）で受けることが出来ることが決められた。

3.5 医療保険制度の関連政策

グアテマラにおいて医療保険制度にかかる政策はいくつか展開され、政権転換時に廃止されるなど不安定な状況となっている。以下に近年実施された政策について述べる。

① カバレッジ拡大プログラム（Programa de Extensión de Cobertura :PEC）

本プログラムは USAID の支援を受けて、当時保健サービスが受けられないとされた先住民を中心とした人口 46% に対してカバレッジ拡大を狙い、1996 年より実施された。実施内容は NGO との協定、そして業務の委託（主に母子保健と予防接種の実施）である。図 29 が示すように、PEC により 1999 年までに約 350 万人に基本的な保健サービスが提供されるまでになった。

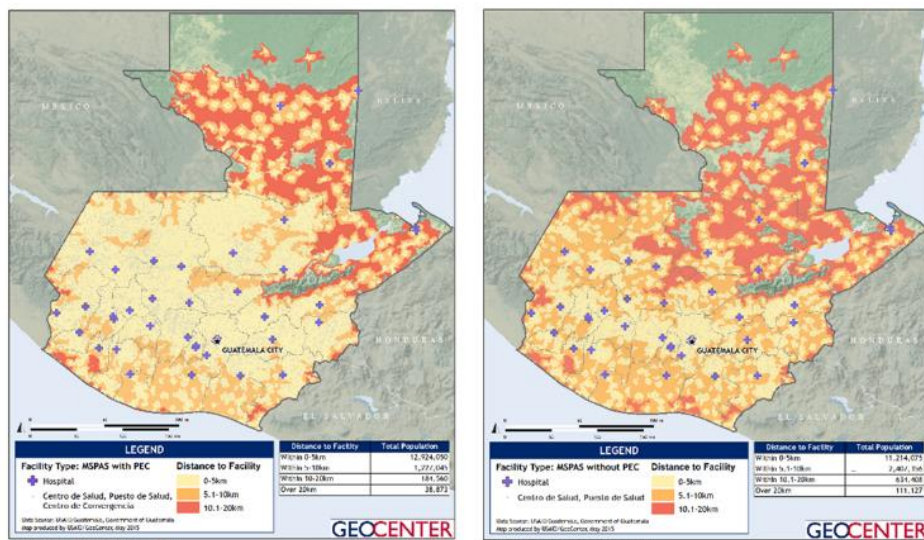


図 29 PEC の展開範囲

しかしながら、NGO への委託にかかる透明性の欠如等が指摘され、2013 年に医療サービスの外注を禁止する法律が成立したことをきっかけとして、PEC は全面的に中止となった。

② 包括的保健モデル：Modelo Incluyente de Salud（2016）

PEC の廃止後、グアテマラにおいて PHC を担うシステムはすぐには考案されなかったが、のちにグアテマラの医療システムの変革に貢献することを目的として包括的保健モデル（Modelo Incluyente de Salud：MIS）が提案された。

MIS では、健康とケアに関する概念や考え方を見直し、サービスの組織化や、資源の分配法等の様々な方法が示されている。これらの実現には、医療的視点だけでなく、研究・情報、保健人材の育成、疫学的サーベイランス、保健システムの分析、社会参加等の多機関・多領

域の参画が必要となる。

本モデルにおける重要な概念として、セクターとテリトリーが挙げられる。セクターとは、市町村や保健区などの地理的な領域を指し、地理的側面や人口、アクセスのし易さ等により定められた複数のコミュニティグループにより構成される。各セクターにはコミュニティヘルスチーム（Equipo Comunitario de Salud : Ecos）が配置される（図 30）。

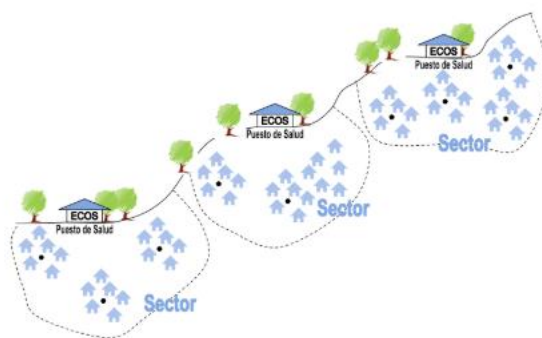


図 30 包括的保健モデルにおけるセクターと Ecos の関係

一方、テリトリーとは、3~6つの自治体等をまとめた単位であり、その中に PHC 支援チーム（Equipo de Apoyo al Primer Nivel de Atención : EAPAS）が配置される。テリトリー内のセクター数は、様々な条件を考慮して決定され、テリトリー内の全セクターを EAPAS が管轄する。Ecos 及び EAPAS の詳細については以下の表 18 の通りである。

表 17 Ecos 及び EAPAS の詳細

| | |
|-------|---|
| Ecos | コミュニティとの共通言語で意思疎通可能な類似地域出身の看護助手の男女 2~4 名からなるチーム。直接、PHC を提供する。 |
| EAPAS | 主に、Ecos の管理・サポート機能を持つ。各 EAPAS は、5~6 人の保健専門家と技術者で構成され、プログラムと各部門の責任としての機能を担う。 |

EAPAS 及び Ecos は協働しながら保健管理計画、モニタリング、研修や情報分析等を実施する。また、双方ともにコミュニティ開発協議会（Consejos Comunitarios de Desarrollo : COCODES）に参画し、教育関係者や協同組合、教会などの地域の宗教組織と連携し、PHC を実践する。

MIS はモデルの承認はされたものの、実際には予算の不足により人材が確保できず普及しなかった。2016 年より実施されている「妊産婦と子どもの健康・栄養改善プロジェクト」実施者へのヒアリングにおいても、Ecos の活動は実施されておらず、実際には PHC は保健センター・ポストにて提供されていることが確認された。

③ 健康分野のケア・マネジメントモデル（Modelo de atención y gestión para áreas de salud）

(2018)

本モデルは PAHO/WHO の支援により作成された、新たな保健モデルである。主目的は以下の通りである。

- ・ 包括的かつ統合されたケアを提供のための、地域レベルでのマネジメントの強化
- ・ 個人、家庭、コミュニティレベルでの健康増進及び疾病予防の強化（文化及びジェンダー平等の観点を留意）
- ・ 統合医療ネットワークの構築（Redes Integradas de Servicios de Salud : RISS）
- ・ 保健サーベイランス、モニタリング強化
- ・ コミュニティの参加促進

RISS とは、重複しやすい保健医療サービスを統合し、効率的かつ包括的に住民にケアを提供できるように構成されるネットワークである。同ネットワークは一次から二次のすべてのレベルから保健医療サービス提供施設が包括されている（表 19）。

表 18 保健サービスネットワークの構成

| | |
|-------|---|
| 一次レベル | <ul style="list-style-type: none">・ コミュニティ保健センター（Centro Comunitario de Salud）・ 保健ポスト（Puesto de Salud）・ 保健センター（Centro de Salud） |
| 二次レベル | <ul style="list-style-type: none">・ パーマネントケアセンター（Centro de Atención Permanente）・ 母子ケアセンター（Centro de Atención Materno Infantil）・ 一般病院（Hospital General）・ 特殊ケアセンター（Centro de Atención de Especialidades） |
| 三次レベル | 病院 |

MIS で提案されたセクター及びテリトリーという概念はそのまま引き継がれ、Ecos 及び EAPAS に置き換わる機能をもつのが、DAS 促進チーム（Equipo facilitador de Dirección de Área de Salud : Equipo facilitador de DAS）、DMS 実施チーム（Equipo implementador del Distrito Municipal de Salud : Equipo implementador de DMS）、及び保健チーム（Equipos de Salud）である。それぞれのチームの詳細と役割は表 20 の通り。

表 19 健康分野のケア・マネジメントモデルにおけるチームの詳細

| チーム | 役割 |
|-----------|--|
| DAS 促進チーム | <ul style="list-style-type: none">・ 統合医療システム総局下位・ 各市町村を統括する |
| DMS 実施チーム | <ul style="list-style-type: none">・ DMS 実施チームに対して技術的支援、同行、監督を行う・ 市保健管区事務所・ 管轄下の保健医療サービスの管理・ テリトリーやセクターに設置されている保健チームに対して技術的支援を行う |
| 保健チーム | <ul style="list-style-type: none">・ 実質的な活動主体・ 都市部、都市郊外、農村部において、テリトリー及びセクタ |

- 一内での包括的なケアの提供を行う
 - ・セクターごとに 2 名の准看護師を配置、施設におけるケアの提供及びアウトリーチでの活動を行う
 - ・テリトリー毎に医師もしくは正看護師、助手を配置
 - ・2つのテリトリー毎に情報アシスタントを配置

しかしながら本モデルも実行には移せておらず、保健チームの設置は進んでいない状況である。

また、2019 年に「グアテマラの統合医療サービスネットワークの国家戦略（Estrategia Nacional de Redes Integradas de Servicios de Salud de Guatemala : ENRISSG）」が作成され、その中において IGSS 等の公的セクターのみならず、NGO や民間保健医療施設等の民間セクターの参画も重要であると位置づけられている。しかしながら、実際には IGSS や民間の参画を義務付け、保健省の監督権を認めるような法律は制定されていない状況である。

3.6 公的医療保障制度

グアテマラの医療制度は、公的医療機関と民間医療機関の両方で構成されている。前者は、人口の 70% をカバーする保健省（MSPAS）と、グアテマラ社会保険庁（IGSS）が管轄している。防衛省と内務省は、それぞれ軍隊と警察に医療保健サービスを提供している。民間部門には、様々な営利事業者に加えて、非営利で活動する市民社会や宗教団体が含まれる。

MSPAS の資金源は、税収入、国際貸付金、寄付金、サービスに対する手数料によって賄われる。IGSS は、労働者や雇用者、県からの拠出金から財源を得ている。民間部門の約 92% が Out-of-pocket をベースに運営されているが、民間の医療プランを利用できるのは、最も裕福な都市部の 2/5 程に属する富裕層のみである。MSPAS と IGSS は、それぞれの病院や保健所でサービスを提供しているが、それぞれの連携はない。

IGSS のカバー率について述べる。IGSS は経済活動人口（Población Económicamente Activa : PEA）約 7 百万人のうち約 19% をカバーしている。以下の図 32,33 に示すように、その割合は男性が 66.7%、女性が 33.8% と男女比が大きいことがわかる、さらに居住地別でみると、首都であるグアテマラ県及び近隣のエスクイントラ県ですべての加入者のうち 6 割以上を占めているなど、地域格差も顕著である。業種はサービス業がその大半をしめており、地方部で多い農業従事者は加入者のうちわずかに 9.2% である⁶³。

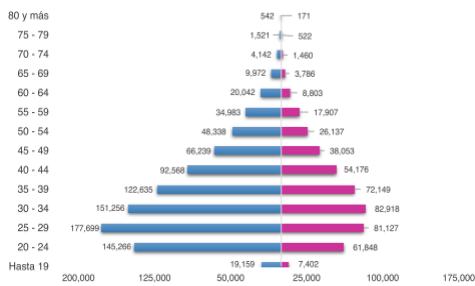


図 31 IGSS 加入者数（県別）

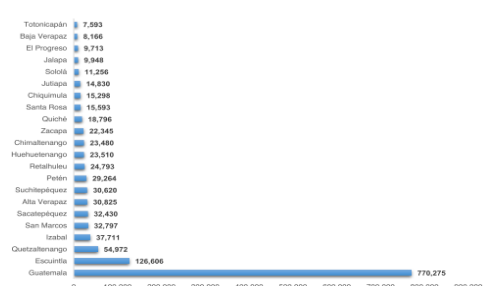


図 32 加入者数（年別・性別）

⁶³ IGSS : Boletín de afiliación 2019

アクセスの悪さ等様々な要素の影響により、現実的には「公的医療保障でカバーされない住民」にとって、伝統的治療（薬草の利用や祈祷など）は重要な役割を果たしている。2008年の調査によると、半数以上の出産は伝統的産婆のサポートによるものであり、特に西部地域で多い⁶⁴。

3.7 民間医療保険の概要

前項で記載したように、民間保険は都市部の人口の中でより裕福な 2/5 のみが利用している。民間保険のカバー率は、全人口でみると 8%未満となっている⁴⁰。同国の金融機関 (Banco Industrial) が取扱う保険商品の中には、がん治療、臓器移植、透析、16,000 ドルまでの出産費用、健康診断や国外で治療を受ける際の渡航費用、救急搬送代などが含まれている⁶⁵。

3.8 医療費等による家計破綻・困窮化

「2.6 主要保健医療サービスの利用状況」に記載した UHC 達成のための指標である SDG 指標 3.8.1「サービスカバレッジ指標」とは別にもう一つ設定されているのは、SDG 指標 3.8.2「家計破綻・困窮化」である。WHO の 2019 年モニタリング報告書⁶⁶によれば、世帯総支出額（もしくは総収入）の 10%以上を医療支出として出費している世帯の割合は、グアテマラでは 1.4%であり、ホンジュラス 1.1%、エルサルバドル 1.7%、日本は同等値で 4.4%となっている。また、年間の住民一人あたりの保健関連支出は 470 米ドル、その中での out-of-pocket は平均約 150 ドルであり⁶⁷、他中米諸国に比べて高額となっている。これは、「3.2 主要保健財政指標」に示しているように、保健領域における公的投資が少ないことが原因と批判されている⁶⁸。

また、「2.4 医薬品調達・供給」で前述したように、国民が負担する医療費の中で重要な点を占めているのが医薬品の購入である。以下では、疾患の中で特に患者に長期的影響を及ぼし、経済的にも大きな負担となりうると思われる NCD において、その医薬品購入が住民の経済状況にあたえている影響について述べる。以下の図 34 は高血圧治療における医薬品リスト（一部抜粋）である。

⁶⁴ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) : <https://www.cepal.org/es/publicaciones/4051-sistemas-proteccion-social-america-latina-caribe-guatemala>

⁶⁵ Banco Industrial : <https://www.corporacionbi.com/gt/bancoindustrial/seguros-de-gastos-medicos>

⁶⁶ WHO : Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 MONITORING REPORT

⁶⁷ 世界銀行 :

https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.OOPC.PC.CD?locations=GT&name_desc=true

⁶⁸ USAID : GUATEMALA HEALTH SYSTEM ASSESSMENT 2015

| ACCIÓN | MEDICAMENTO | DOSIS HABITUAL | OBSERVACIONES |
|--|-------------------|--------------------------|--|
| 1. IECA Inhibidores de la enzima Convertidora de Angiotensina. | Ramipril | 2.5-10 mg/día | Efecto secundario: tos Contraindicaciones: Embarazo. Mayor efecto protector del riñón, recomendable monitorear creatinina y el potasio sérico para descartar deterioro renal o hipotensión en pacientes de edad avanzada. |
| | Cilazapril | 2.5-10 mg/día | |
| | Enalapril | 10-20 mg/día | |
| | Captopril | 25-50 mg/día Todos PO | |
| 2. ARA II Antagonistas del receptor de Angiotensina II. | Irbesartán | 75-300 mg/día | Efecto secundario: hiperkalemia Es un nefroprotector |
| | Losartán | 50 -100 mg/día | |
| 3. Diuréticos Tiazidicos. | Hidroclorotiazida | 12.5-25 mg/día | Acción de corta duración -Aumento de los niveles de colesterol, glucosa y ácido úrico -Depleción de potasio |

図 33 高血圧治療のための医薬品リスト⁶⁹

保健省系列の保健医療施設では医薬品は無料となっているが、これは前述したとおり施設内で利用する場合に限られる。実際には、継続的な内服が必要な住民の場合、これらの推奨医薬品は家計からの支出として賄わなければならないのが現状である（IGSS 利用者を除く）。保健省キーインフォーマントへのヒアリングによれば、結核についての治療薬は NGO 等が予算を確保し一次・二次レベルで受給することができるが、高血圧等の NCD のリスクファクターについてはそのような対応がとられていないとのことである。

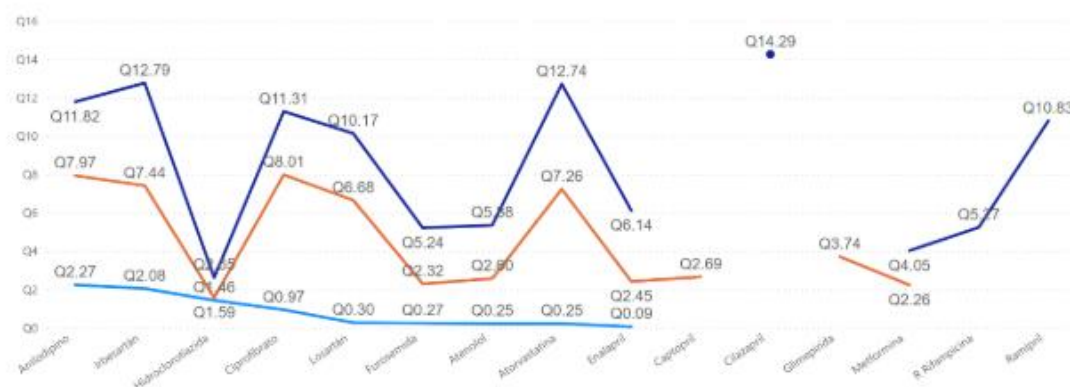


図 34 医薬品別価格（青：市販価格、赤：ジェネリック医薬品、水色：公共調達価格）⁷⁰

2019 年夏ごろに行われた対高血圧及び糖尿病医薬品の市場価格調査によると⁸²、先発医薬品、次いでジェネリック医薬品の順で価格が高い。先発医薬品は平均してジェネリック医薬

⁶⁹ 保健省：Normas de Atención Salud Integral para primero y segundo nivel, 2018

⁷⁰ Rivas, S: Estimación del gasto de bolsillo para la compra de medicamentos para los pacientes con hipertensión, diabetes, y tuberculosis del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

品より約 90%割増の価格となっている。一方で、政府が調達している医薬品価格は大きく離れ、ジェネリック医薬品よりも 80%程度安値となっている。

高血圧治療における out-of-pocket は収入の平均 11%、糖尿病では平均 16%と、家計に与える影響が非常に大きいことが同調査により報告されている。国民を収入に応じて 5 段階にわけると、高血圧や糖尿病の治療薬の購入は下位 3 グループにおいて家計を困窮させるほどの影響となっている（図 35）。

| Medicamento | Mg Presentación | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
|---------------------|-----------------|-----|-----|-----|----|----|------|-----|-----|-----|
| Metformina semana 1 | 850 | 30% | 12% | 7% | 4% | 2% | 53% | 21% | 13% | 7% |
| Metformina semana 2 | 850 | 40% | 15% | 9% | 6% | 3% | 71% | 28% | 17% | 10% |
| Metformina semana 3 | 850 | 50% | 19% | 12% | 7% | 3% | 89% | 35% | 21% | 12% |
| Metformina semana 4 | 850 | 60% | 23% | 14% | 8% | 4% | 107% | 42% | 25% | 15% |

図 35 糖尿病医薬品の購入価格が収入に占める割合⁸²

USAID の報告によれば、医薬品が家計に与える壊滅的な影響は国内全体で見れば減少傾向とのことであるが⁷¹、収入別で世帯にあてる影響を見ると貧困層への負担は未だ大きいことがわかる。

しかしながら、NCD に関連した医療費や医薬品購入にかかる out-of-pocket に関する調査は全国的に行われているものはまだなく、国を挙げての体系的調査が必要な状態である。

3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ

①公的支出の不足

グアテマラにおける保健セクターへの公的投資は他中米国と比較しても低く、PEC が終了後変革的な国家モデルが実施された際にも、予算の制限により人材が確保できず、モデルの実現は達成されなかった。また、融資を受けている場合のプロジェクトに関しても、その予算の執行能力は十分高いとはいえないのが現状である。

②一貫性の低い PHC 政策

PEC が終了後、グアテマラでは PHC を再強化するための政策が複数立案されてきたが、いずれの場合の政府のコミットメントが十分でなく、人材の確保が難航し実行に移せてきていない。

③医療保障制度の分断

中南米・カリブ地域において、民間セクターや IGSS、保健省系列でそれぞれ分断され提供されている保健医療サービスを統合する動きは多くの国で進行している。グアテマラにお

⁷¹ USAID : Tendencias en el gasto catastrófico en salud en Guatemala

いても RISS の概念が掲げられ、戦略等が作成されているものの、現状は IGSS や民間セクターとの連携は進んでいない状況である。

④医薬品購入にかかる自己負担

医療費にかかる自己負担の中でも、医薬品購入は大きな課題となる。特に疾病構造の変化により、NCD の治療薬の影響はさらに大きくなると予想できる。このような状況に対し、NCD 予防の推進はもちろんであるが、合併症予防のために内服によるコントロールを併用することも重要である。それにあたり、予算を確保し、すべてのレベルで継続的な内服を目的とした医薬品のアクセスを担保する必要がある。しかし実際には、現状の NCD 治療薬に対する自己負担額や市場販売価格等について体系的に調査した報告はなく、それにかかる予算規模等も不透明な状況である。

4 協力の可能性

「2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ」並びに「3.9 保健医療財政及び保健保障制度の課題とニーズ」に報告した内容をもとに、協力のニーズの高い領域や協力案について検討する。

4.1 協力優先度の高いニーズ

1～3 章までの情報を基に、協力ニーズ、考える支援実施領域、及びその優先度について以下の表 21 に記載する。

表 20 協力ニーズ及びその優先度

| ニーズ | 協力の可能性のある領域 | 優先度 |
|-------------|--|--|
| 慢性栄養失調の改善 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養士の配置強化 ・ 学校栄養の推進 ・ 条件付き貸付の拡大 | <p>高い</p> <p>国の優先政策と合致しており、コミットメントが期待できる。他ドナーとの協調が重要。</p> |
| インフラの建設 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健ポスト等の新規建築/改築 | <p>やや高い</p> <p>重要であるものの、土地の確保に難渋するという課題あり。</p> |
| 保健医療人材強化 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療従事者の雇用に関連する法律立案の支援 ・ 農村部、先住民出身学生への奨学金拡大 | <p>高い</p> <p>特に農村部における一次レベルのカバレッジを拡大するためには必須。</p> |
| 情報システムの品質向上 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 一次レベルにおけるインターネット環境の整備 ・ 一次レベルにおけるハード面の整備 (入力用タブレット端末や | <p>やや高い</p> <p>重要であるものの、一次レベルの保健医療人材の ICT 能力強化やセキュリティ強</p> |

| | | |
|-------------|--|--------------------------|
| | CUI 読み取り端末等) | 化（盗難リスク）の必要あり。 |
| NCD への対策 | ・ガイドラインの普及 ・医療従事者の能力強化 ・医薬品の確保 | 高い 医療負担の軽減や増大予防のために重要 |
| PHC システムの強化 | ・特定地域における人材配置の推進 ・特定地域における医療従事者の能力強化 ・RISS の推進 | 高い その他のニーズと組み合わせて実施する |

前章までで述べたように、グアテマラでは保健指数のなかでも特に栄養に関するものが著しく悪い状況が続いている。それに影響するものとして、保健セクターにおける構造的な欠陥がある。大きく分けると、インフラの不足、保健医療人材の不足・低い質、情報システムの品質不足等が挙げられる。また、栄養問題への対策については、現行の「1000 日の窓プログラム」ではカバーしきれない学齢期や青年期といった年代に対しても包括的なアプローチを提供していく必要がある。そのためには、保健省のみならずセクター間での連携した取り組みの一層の強化が重要となる。さらには、新たな疾病構造として NCD の蔓延も早急に対応すべき課題である一方、まだまだ対策は進んでいないのが現状である。

一方保健医療財政、医療保障制度に関しては、保健関連の公的支出が少なく、透明性の担保や政府の継続的なコミットメントが少ないことが課題として挙げられる。結果として、他の中南米各国で成果を上げているコミュニティベースのケア実施モデルを確立することに度々失敗している。上記を考慮すると、既存の公的保健施設（保健センターや保健ポスト等）におけるサービス提供をベースとしつつ、そこに配置される人材の強化を推進することが必須であるといえる。また、国民の医療費における自己負担額軽減のために、公的セクターにおける継続的な医薬品へのアクセスを担保することも喫緊の課題である。

次に、表 21 で記載した協力の可能性のある領域の中から、優先度が高いと考えられるものを抜粋し、協力案件案として整理する。

- 【1】 栄養指導の専門性をもつ医療従事者の雇用推進
- 【2】 学校栄養の強化
- 【3】 先住民族出身学生に対する医療従事者育成学校への奨学金制度強化
- 【4】 NCD ガイドラインの普及・医療従事者の能力強化
- 【5】 対 NCD 医薬品調査

上記の協力案件の概要は以下の表 22 のとおり。

表 21 協力案件（案）の内容

| |
|---|
| <p>【1】 栄養指導の専門性をもつ医療従事者の雇用推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 被益者：農村部の妊産婦、乳幼児及び学齢期児童 対象：保健省、栄養指標が特に不良な県の DAS 及び DMS コンポーネント：雇用規定の整備、人材管理、人件費の確保 内容：栄養問題の改善は同国において喫緊の課題である。一方で、栄養指導の専門性をもつ医療従事者の雇用は非常に限られている。栄養士配置のパイロットプログラムを通じて各市に栄養士等の専門性の高い医療従事者を配置することで栄養指標の改善を図りつつ、人材整備のための法整備への働きかけを行う |
| <p>【2】 学校栄養の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 被益者：農村部の学齢期児童及びその保護者 対象：DIGEFOCE、DMS、対象地域の公立小学校保護者組織 コンポーネント：人材能力強化、機材の整備 内容：対象地域 DIGEFOCE 及び DMS と連携し、保護者組織の能力強化（資金管理、衛生）を行う/清潔な調理が可能なキッチン機材等の導入を実施 |
| <p>【3】 先住民出身学生に対する医療従事者育成学校への奨学金制度強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 被益者：先住民出身（先住民言語話者）の医療従事者志願者 対象：保健省、EPSUM プログラム コンポーネント：予算の確保 内容：既存の奨学金プログラムを拡大し、農村部の先住民コミュニティにおける保健医療サービスの強化を図る |
| <p>【4】 NCD ガイドラインの普及・医療従事者の能力強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 被益者：過体重、肥満のリスクがある児童・青年期の住民 対象：保健省、DAS、DMS 職員、保健センター・保健ポスト職員 コンポーネント：人材強化、研修の実施 内容：「小児および青年期の過体重および肥満の予防とケアのためのガイドライン」普及のための研修スキームの策定及び研修の実施 |
| <p>【5】 対 NCD 医薬品調査</p> <ul style="list-style-type: none"> 被益者：NCD に罹患する住民 対象：保健省 コンポーネント：調査、予算確保 内容：NCD 治療薬にかかる市場調査を実施。Out-of-pocket 等の家計に与える影響について全国レベルでの調査を行う。一次・二次レベルの保健省系列施設で提供するための予算確保にかかる提言を作成 |

同協力案について、DAC 評価の 5 項目をもとにその重要性について検討する。結果は以下の表 23 のとおり。

表 22 案件（案）の 5 項目評価

| |
|---|
| <p>【1】 栄養指導の専門性をもつ医療従事者の雇用推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 妥当性：栄養問題の改善は同国において重点課題であり、JICA の技術協力での知見が大きい領域である 有効性：保健医療人材の配置は県レベル（DAS）の裁量にゆだねられており、DAS を中心にアプローチを行うことでパイロット地域として栄養士の配置推進及びモニタリング強化につながる 効率性：現在栄養関連の技術協力が展開中であり、協働によりアウトプットの最大化が可能 インパクト：同事業をパイロットとし、栄養士配置の法整備等を推進、全国へ展開が可能 持続性：法整備及び予算確保が行えるかが重要な課題となる |
| <p>【2】 学校栄養の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 妥当性：栄養問題の改善は同国において重点課題であり、JICA の技術協力での知見 |

| |
|---|
| <p>が大きい領域である</p> <ul style="list-style-type: none"> 有効性：学校栄養法により各省庁のコミットメントや予算確保が担保されている 効率性：他ドナーとの協調が期待できる インパクト：食習慣に対して長期的な改善に寄与。より多くの地域での実践が重要 持続性：学校栄養法により持続性は担保されている |
| <p>【3】 先住民出身学生に対する医療従事者育成学校への奨学金制度強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 妥当性：農村部地域での PHC 強化は同国の優先課題と一致している 有効性：不足している先住民言語を話す医療従事者の育成に直接寄与 効率性：既存奨学金制度を活用 インパクト：スペイン語が流暢でない先住民女性など、既存保健医療サービスから取り残されやすい層への有効的なアプローチが可能 持続性：同制度に対する予算額増加が重要 |
| <p>【4】 NCD ガイドラインの普及・医療従事者の能力強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 妥当性：NCD 予防は同国の重点課題の一つである 有効性：若年層への早期介入実施の定着に寄与 効率性：作成済ガイドラインを活用。他技術協力との協調 インパクト：研修スキーム及びモニタリングを全国に展開可能 持続性：研修予算の確保が重要となる |
| <p>【5】 対 NCD 医薬品調査</p> <ul style="list-style-type: none"> 妥当性：NCD による死亡率の抑制は同国の重点課題の一つである 有効性：NCD 治療薬に対する自己負担額等の情報を集約、分析することで、保健省が確保すべき予算の提言が可能 効率性：研究機関（大学等）との連携が可能 インパクト：法整備、予算確保の推進により、NCD 患者の継続的な症状コントロールが可能 持続性：予算配分を適切に行うことで持続性担保が可能 |

4.2 協力スキーム

以下に前項で述べた各案件（案）におけるスキームの可能性について以下の表 24 に記載する。

表 23 案件（案）スキーム

| 候補案件 | 協力スキーム等 |
|-------------------------------|--|
| 栄養指導の専門性をもつ医療従事者の雇用推進 | 事前：詳細策定ミッションの派遣、保健リソースの現状調査 全体実施：有償資金協力 分離・分割の可能性：技術協力プロジェクト（人材強化） |
| 学校栄養の強化 | 事前：政策協議ミッションの派遣、保健リソースの現状調査 全体実施：有償資金協力（機材の整備） 分離・分割の可能性：JICA 海外ボランティア派遣（人材強化） |
| 先住民出身学生に対する医療従事者育成学校への奨学金制度強化 | 事前：政策協議ミッションの派遣、既存の奨学金制度の調査 全体実施：有償資金協力 |
| NCD ガイドラインの普及・医療従事者の能力強化 | 事前：詳細策定ミッションの派遣、保健リソースの現状調査 全体実施：技術協力 |
| 対 NCD 医薬品調査 | 事前：詳細策定ミッションの派遣 全体実施：調査 |

添付資料



出典：<https://www.mspas.gob.gt/component/jdownloads/send/4-numeral-1-estructura-organica/6-organigrama.html>

第4章 ハイチ

目次

| | |
|--|------------|
| 1. 基礎情報 | 118 |
| 1.1 一般情報 | 118 |
| 1.2 政治・経済状況 | 118 |
| 1.3 国家開発計画 | 119 |
| 1.4 日本との外交・経済関係 | 119 |
| 2. 保健セクターの概況 | 120 |
| 2.1 保健・人口の概要 | 120 |
| 2.2 保健医療政策 | 126 |
| 2.3 保健行政機関 | 128 |
| 2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況..... | 129 |
| 2.5 保健医療サービスの供給体制..... | 130 |
| 2.6 主要保健医療サービスの利用状況（各種国内格差の分析を含む） | 133 |
| 2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況..... | 136 |
| 2.8 医薬品調達・供給 | 137 |
| 2.9 ドナーの支援実績（案件名、スキーム、協力額、協力機関・完成年の一覧） | 138 |
| 2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ | 141 |
| 3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 141 |
| 3.1 財政の一般情報 | 141 |
| 3.2 主要保健財政指標 | 142 |
| 3.3 保健・人口省予算 | 143 |
| 3.4 診察料 | 144 |
| 3.5 医療保障制度の関連政策 | 144 |
| 3.6 公的医療保障制度 | 145 |
| 3.7 民間医療保険の概要 | 146 |
| 3.8 医療費等による家計破綻・困窮化..... | 146 |
| 3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ..... | 147 |
| 4. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 147 |
| 4.1 協力優先度の高いニーズ | 147 |

図表目次

| | | |
|------|-------------------------------------|---------------------------|
| 表 1 | 10 大死因 (2009 年および 2019 年) | 123 |
| 表 2 | 男女別の喫煙率および肥満率 | 125 |
| 表 3 | 妊産婦・新生児・乳児・5 歳未満児死亡率 | 126 |
| 表 4 | 国家保健政策 (PNS) の政策目的 | 126 |
| 表 5 | 国家保健政策 (PNS) 及び保健マスタープラン (PDS) の対応表 | 127 |
| 表 6 | 保健マスタープラン (PDS) における NCDs 重点分野 | 128 |
| 表 7 | 県別の保健施設数とベッド数 (2018 年) | 131 |
| 表 8 | 所有形態別施設の割合 (2018 年) | 131 |
| 表 9 | 県別の保健医療従事者の分布状 | 132 |
| 表 10 | 保健医療従事者数の近隣国との比較 | 133 |
| 表 11 | UHC サービスカバレッジ指数 | 133 |
| 表 12 | 県別の子どもの予防接種率 (%) | 135 |
| 表 13 | 県別の家族計画サービスの利用状況 | 136 |
| 表 14 | 認定医薬品事業者数一覧表 (民間企業) (2019-2020 年) | 138 |
| 表 15 | IDB プロジェクト | 138 |
| 表 16 | World Bank Groupe プロジェクト | 139 |
| 表 17 | フランス開発庁 (AFD) プロジェクト | 139 |
| 表 18 | OFATMA による健康保険 | 145 |
| 表 19 | 協力案件候補の内容 | 148 |
| 図 1 | ハイチ地図 | 118 |
| 図 2 | 1999 年の人口ピラミッド | 図 3 2019 年の人口ピラミッド 122 |
| 図 4 | 2039 年の人口ピラミッド | |
| 図 5 | 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合 | 123 |
| 図 6 | ハイチにおける障害調整生命年 (DALY) | 124 |
| 図 7 | 喫煙率および肥満率の推移 | 125 |
| 図 8 | 保健・人口省 (MSPP) 組織図 | 129 |
| 図 9 | 総保健支出の財源別内訳 | 143 |
| 図 10 | ハイチ保健システムの資金調達構造 | 144 |

1. 基礎情報¹

以下に、一般情報、政治・経済状況、国家開発計画及び日本との外交・経済関係を示す。

1.1 一般情報

ハイチの人口は約 1,126 万人であり、経済規模は GDP143 億米ドルである(世界銀行、2019 年)²。ハイチは長年の政情不安により、脆弱な状況下にある中、2010 年の大地震や 2016

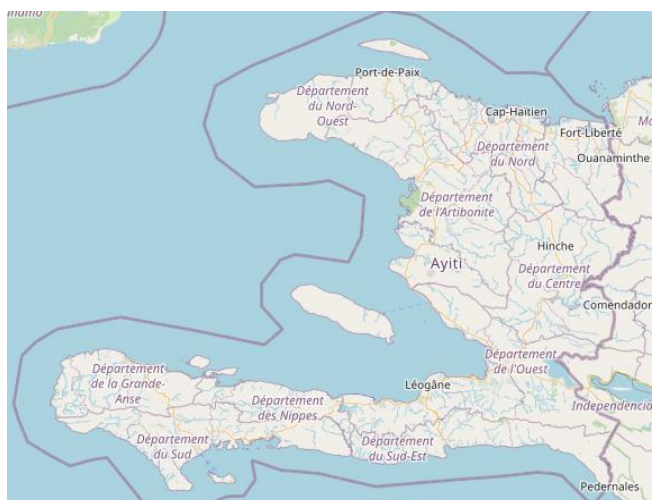


図 1 ハイチ地図

年のハリケーン等の自然災害の影響も相まって 1 人当たり GNI は 790 米ドル (世界銀行、2019 年)、人間開発指数は 170 位 (UNDP、2020 年³) と、中南米カリブ諸国で最も貧しい低所得国となっている。また、経済は、国民の半数以上が農業に従事している農業依存型経済となっており、工業化の遅れが課題である。

1.2 政治・経済状況⁴

ハイチの政治形態は立憲共和制であり、任期が 6 年の上院 (2 年ごとに 3 分の 1 ずつ改選) と 4 年の下院の二院制の議会制度となっている。2021 年 8 月現在、アリエル・アンリ氏が首相を務める⁵。

ハイチは災害、政情不安、開発援助への過度な依存、脆弱な産業構造といった要因によって発展を阻まれている。大震災の度重なる自然災害の影響は深刻で、2010 年に死者約 31 万人 (被災者は約 370 万人 (ハイチ政府発表)) を出した大地震により、ハイチ経済は同国 GDP の約 120% に相当する約 78 億ドルの被害を被った⁶。また、2016 年 10 月のハリケーン・マシューにより、GDP の約 5 分の 1 に相当する約 20 億ドルの損失を出し、農業セクターにおいても 90% の収穫物が被害を受けている。経済成長率を見ると、大震災の起きた 2010 年に 3.8% を記録した後、2012 年-2015 年に年平均 2% で推移していたが⁷、2016 年のハリケーン・マシューによりハイチ経済は上述のとおり甚大な被害を受けた。その後、全国規模の抗議行

¹ 地図データ : <https://www.openstreetmap.org/>

² World Development Indicator (World Bank) : <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>

³ UNDP Human Development Report 2020 : <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020.pdf>

⁴ 外務省 : <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/>

⁵ 2021 年 7 月にジョヴネル・モイーズ大統領が自宅で武装集団に襲撃された事件を受けて、同年 7 月に就任。

⁶ 在ハイチ日本国大使館の HP :

https://www.ht.emb-japan.go.jp/itpr_ja/relation_bilaterales.html

⁷ World Economic Outlook Database (IMF) : <https://www.imf.org/en/Publications/SPROLLS/world-economic-outlook-databases#sort=%40imfdate%20descending>

動に伴う度重なるロックダウンの影響により⁸、2019年に-1.6%に落ち込んだ成長率は、新型コロナウイルス（COVID-19）の感染流行の影響と相まって2020年には-3.7%⁹まで落ち込んでいる。なお、2021年の成長率は1%に回復すると予想されている⁷。

主要産業は、農林水産業、建設業・公共事業、軽工業、運輸・通信業である。本邦企業は6社あり¹⁰、2020年10月時点での在留邦人は36人となっている¹¹。

1.3 国家開発計画

2012年5月、2030年迄に新興国になることを目指す「ハイチ開発戦略計画（Plan Stratégique de Développement d’Haiti Pays emergent en 2030, PSDH¹²）」が計画・対外協力省（MPCE）を中心にして策定された。PSDHは、2010年1月の大震災後、復興・開発政策である「ハイチ国家復興開発行動計画（Plan d’action pour le relèvement et le développement d’Haiti, PARDH¹³）」のアクション・プランの後継として策定。ハイチ政府の優先課題として「国土」、「経済」、「社会」、「制度構築」の4分野に区分され、32のプログラムと150のサブプログラムで構成されている。

保健医療分野は、「社会」プログラムの中に含まれ、「保健サービスに対するアクセス改善」として示されている。同プログラムは、9つのサブプログラムから構成され、①地域開発拠点3都市における大学病院（Centre Hospitalier Universitaire, CHU）、②県病院（Hôpital Départemental, HD）、③地域レファラル病院（市レベル）（Hôpital Communautaire de Référence, HCR）、④各市における有床の保健センター（Centre de Santé avec Lit, CAL）、⑤各市の地区ごとの無床の保健センター（Centre de Santé sans Lit, CSL）の設置、⑥風土病と伝染病対策、⑦学校保健、⑧障がい者支援、⑨保健人口政策の強化（栄養・リプロダクティブヘルス等）となっている。

1.4 日本との外交・経済関係

戦後、1956年4月に外交関係を再開した。以降、在ドミニカ共和国大使館が兼轄していたが、2021年1月1日、在ハイチ日本国大使館の実館として特命全権大使が在任している¹⁴。

⁸ 政府によるペトロカリベ基金の流用疑惑に関して追及と抗議の運動「ペトロカリベ・チャレンジ」に関連した集会やデモ。

⁹ IMFの推計値

¹⁰ 海外在留邦人数調査統計（令和元年版2018年10月）：

https://www.mofa.go.jp/mofaj/ecm/ec/page22_003410.html

¹¹ 海外在留邦人数調査統計（令和3年版2020年10月）：

<https://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/tokei/hojin/index.html>

¹² Plan Stratégique de Développement d’Haiti Pays emergent en 2030, PSDH :

http://www.repertoiregrif.umontreal.ca/prcu/content/documentation/RH_2012_PlanStrategiqueDeDeveloppementTo me2.pdf

¹³ Plan d’action pour le relèvement et le développement d’Haiti, PARDH :

[https://issat.dcaf.ch/download/2091/18065/Plan%20d%27action%20pour%20le%20rel%C3%A9vement%20et%20le%20d%C3%A9veloppement%20d%27Haiti.%20Les%20grands%20chantiers%20pour%20l%27avenir%20-%20Gouvernement%20d%27Haiti%20\(2010\).pdf](https://issat.dcaf.ch/download/2091/18065/Plan%20d%27action%20pour%20le%20rel%C3%A9vement%20et%20le%20d%C3%A9veloppement%20d%27Haiti.%20Les%20grands%20chantiers%20pour%20l%27avenir%20-%20Gouvernement%20d%27Haiti%20(2010).pdf)

¹⁴ 2020年12月28日付外務省報道表：

https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press22_000129.html

ハイチにおける対日貿易では、ハイチからの輸出は、衣類等で4.71億円規模である。一方、輸入は、自動車、機械類、輸送用機器等で総額22.7億円である。

ハイチに対する日本の援助実績は、2019年度までの累計で、無償資金協力が616.2億円、技術協力実績がJICA実績ベースで38.51億円となっている¹⁵。また、日本とハイチは、2005年に技術協力協定を取り交わしている。加えて、2010年1月のハイチ大地震を受け、日本は2010年2月から2012年12月まで自衛隊施設部隊をハイチPKOに派遣するとともに、2019年3月末までに総額3.2億ドル超の復興・開発支援を実施している¹⁶。

2. 保健セクターの概況

ハイチの保健セクターの概況として、以下に、保健・人口の概要、保健医療政策、保健行政機関、保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況、保健医療サービスの供給体制、保健医療サービスの利用状況、疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況、医薬品調達・供給、ドナーの支援実績、及びUHC達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズについて示す。

2.1 保健・人口の概要

図1と図2に示す通り、ハイチの人口は、1999年の831万人から2019年の1126万人へ、20年間で35%の増加率である。これは、同年間の世界平均成長率である27%よりも高い。また、人口ピラミッドの形状は、富士山型から釣鐘型へと変化している。加えて、15歳から65歳未満までの生産層のデータを見ても、1999年の男性全体の55.2%から2019年には62.1%へ増加している。2017年の平均寿命は女性66.8歳、男性63.8歳である¹⁷。

¹⁵ 2020年版開発協力白書：https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/press/shiryo/page22_001366.html

¹⁶ 外務省：<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/>

¹⁷ Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME：<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

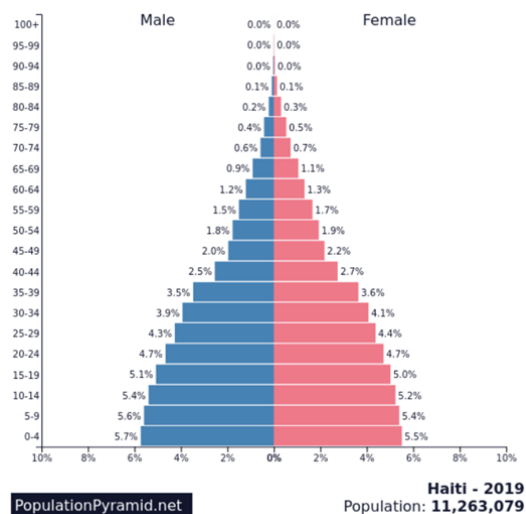
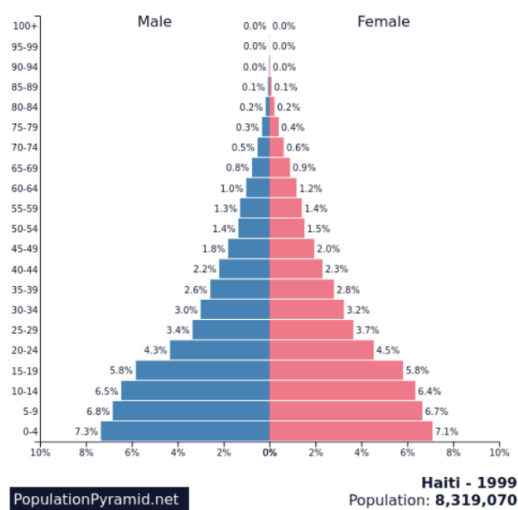


図 2 1999年の人口ピラミッド

図 3 2019年の人口ピラミッド

(出典：年齢別人口：https://www.populationpyramid.net/)

一方、図 3 に示す通り、2039年の予想ピラミッドは、より上部が太い釣鐘型に近づいており、65歳以上の高齢者は、人口全体の4.9%（2019年）から7.2%（2039年）へやや増大していることから、高齢化社会への緩やかな移行が予想される。また、15歳未満児の割合は、32.8%（2019年）から25.8%（2039年）へ減少しており、今後の人口増加を見込んでも少子化傾向に進むと予想される。

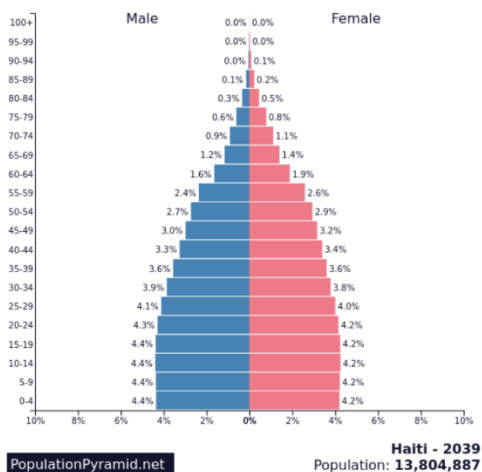


図 4 2039年の人口ピラミッド

(出典：年齢別人口：https://www.populationpyramid.net/)

国民全体の死因の第1位は、虚血性心疾患（11.1%）、第2位は脳血管疾患（10%）、次の

で、下気道感染症（6.3%）、HIV/エイズによる死亡（5.9%）と続く¹⁸。ハイチにおける疾病構造は、経年で見ると感染症からNCDsの占める割合が増加している。図4に示す通り、国際疾病分類に沿って死亡を大きくNCDs、感染性・母子・栄養関連等、外傷の3つのグループに分けたとき、1990年では総死亡においてNCDsと感染症・母子・栄養関連等の割合がほぼ同水準に対し（各44.8%、44.6%）、2019年時点ではNCDsによる死亡割合が感染症・母子・栄養関連等のほぼ2倍を占めている（各59.2%、29.8%）。また、10大死因については表1のとおり。

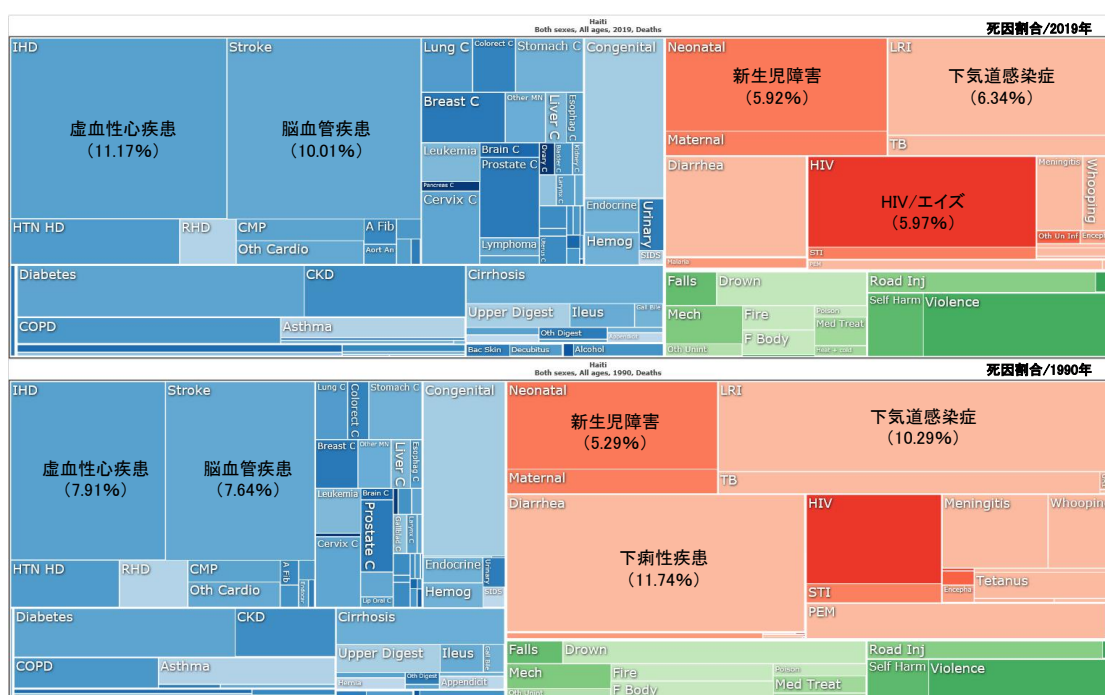


図5 1990年及び2019年における3グループ死亡割合

(出典: Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD compare. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>)

表1 10大死因（2009年および2019年）¹⁵¹⁹

| 順位 | 2009年 | 2019年 |
|----|---------|---------|
| 1 | HIV/エイズ | 虚血性心疾患 |
| 2 | 虚血性心疾患 | 脳血管疾患 |
| 3 | 脳血管疾患 | 下気道感染症 |
| 4 | 下気道感染症 | HIV/エイズ |
| 5 | 新生児障害 | 新生児障害 |
| 6 | 下痢症 | 糖尿病 |

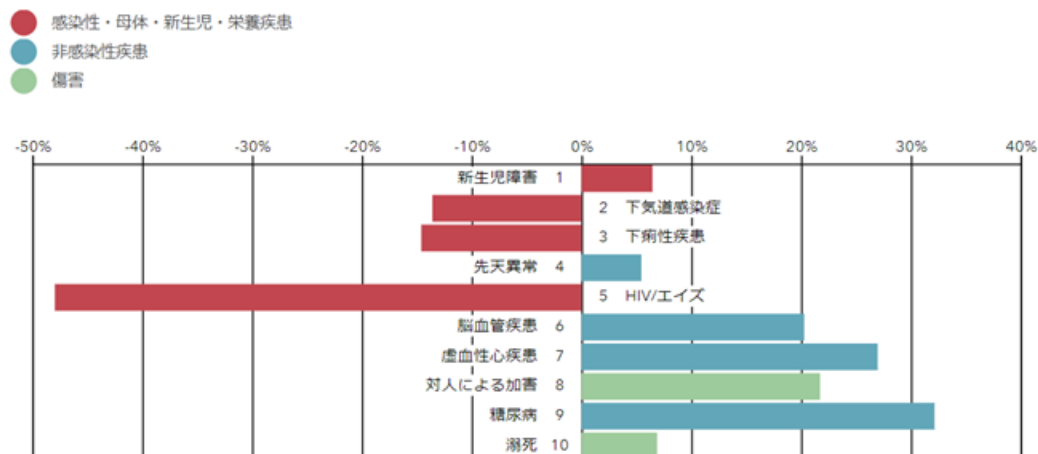
¹⁸ Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME : <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

¹⁹ 同国の総死亡者数（全年齢）における死因（全年齢）

| | | |
|----|--------|--------|
| 7 | 糖尿病 | 下痢症 |
| 8 | 先天性欠損症 | 先天性欠損症 |
| 9 | 対人暴力 | 対人暴力 |
| 10 | 慢性腎臓病 | 慢性腎臓病 |

また、例えば虚血性心疾患や糖尿病に関して、図5に示す通りその障害調整生命年(DALY)は2009年から2019年の10年間にそれぞれ20%、30%以上増加している。一方、下気道感染症、下痢性疾患はそれぞれ10%以上、HIV・AIDSに関しては50%近く減少しているにも拘わらず、2019年の死因の上位を占めており、依然として負荷の大きい疾病であることが分かる。

死亡・障害を合わせて最も多い死因は？



2019年の死亡・障害原因(DALY)上位10位と2009年～2019年の変化率(全年齢合計)

関連文献を参照：[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

図6 ハイチにおける障害調整生命年(DALY)

(出典: Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profile-Haiti. <http://www.healthdata.org/haiti>)

NCDsのリスクファクターに関しては、2000年と比較し2015年における喫煙率は女性が減少、男性は増加傾向にある。また、肥満の割合は女性の肥満率が男性よりも高く、男女ともに増加している。

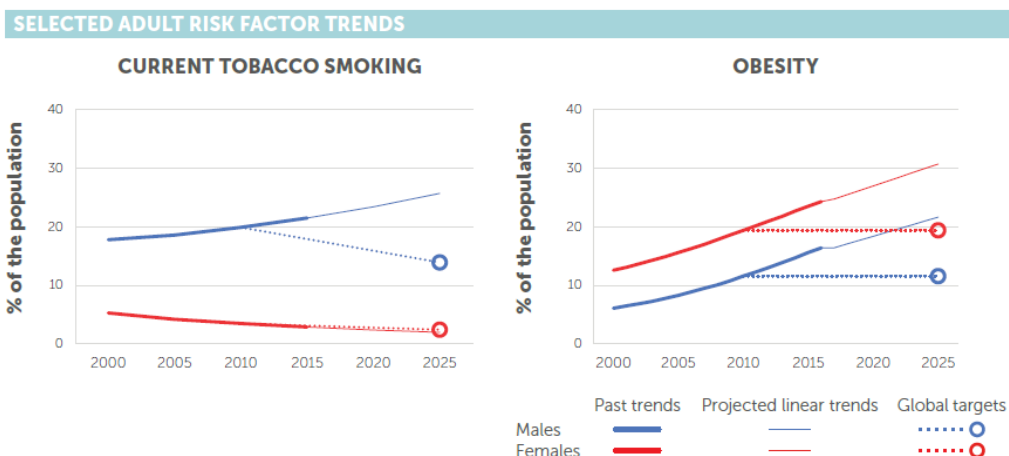


図 7 喫煙率および肥満率の推移

(出典： Noncommunicable diseases country profiles 2018:

https://www.who.int/nmh/countries/2018/hti_en.pdf?ua=1)

表 2 男女別の喫煙率および肥満率²⁰

| 項目 | 年 | 男性 | 女性 | 合計 |
|----------------------------|------|--------|--------|--------|
| NCDs による死亡者合計 | 2016 | 25,900 | 26,800 | 52,700 |
| NCDs による 30~70 歳の若年死亡率 (%) | | 28 | 25 | 27 |
| 15 歳以上の喫煙率 (%) | | 22 | 3 | 12 |
| 18 歳以上の肥満率 (%) | | 16 | 24 | 21 |

感染症に関し、ハイチの結核発症率 (HIV との共感染を含む) は対人口 10 万人当たり 230 人 (2010 年) から 10 万人当たり 200 人 (2013 年) に減少している。また、有病率も同期間の 10 万人当たり 325 人から 244 人に減少している。これらの改善傾向が見られる一方、有病率は中南米地域で最も高い水準にある。

母子関連の保健指標をみると、子どもの慢性的な栄養失調は、1995 年に 38.1% だったものが 2012 年には 21.9% と 42% 減少している²¹。また、合計特殊出生率は 5.4 (1990 年) から 3.1 (2017 年) へと減少している²²。その他の指標に関し、表 1 のとおり対出生 10 万人の妊産婦死亡率は 2000 年との比較でも増大しており、480²³ と SDGs ターゲットより 7 倍近く高くなっている²⁴。更に、対出生千人の新生児死亡率は 39 (1990 年)、26 (2018 年) と減少し

²⁰ Noncommunicable diseases country profiles 2018, WHO

²¹ Health in the Americas 2017, PAHO : Haiti (paho.org)

²² Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profile-Haiti. Total fertility rate in Haiti, 1990–2100 : <http://www.healthdata.org/haiti>

²³ 保健・人口省が発表したデータは同年の妊産婦死亡率を対出生 10 万人あたり 157 としており、WDI データと 2 倍以上の乖離がある。

²⁴ World Development Indicator (World Bank) : <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>

ているものの、2030年までのSDGsターゲット値とは倍以上の乖離がある。加えて、対出生千人の5歳未満死亡率は145（1990年）から63（2018年）と同じく減少しているが、依然としてSDGsターゲットより2.5倍以上も高い水準にある²⁵。

表 3 妊産婦・新生児・乳児・5歳未満児死亡率

| 妊産婦死亡率 (対出生十万人) | | | 新生児死亡率 (対出生千人) | | | 乳児死亡率 (対出生千人) | | | 5歳未満死亡率 (対出生千人) | | |
|--------------------|-------|------------|-------------------|-------|------------|------------------|-------|------------|--------------------|-------|------------|
| 2000年 | 2017年 | SDGs 目標 | 1990年 | 2018年 | SDGs 目標 | 1990年 | 2018年 | SDGs 目標 | 1990年 | 2018年 | SDGs 目標 |
| 437 | 480 | 70 未満 | 39 | 26 | 12 以下 | 100 | 49 | - | 144 | 65 | 25 以下 |

2.2 保健医療政策

ハイチの保健人口省（Ministère de la Santé Publique et de la Population, MSPP）は、PSDHに続き、2012年7月に国家保健政策（Politique Nationale de Santé, PNS）を策定した²⁶。PNSは全体目標を「適切で、効率的且つ全ての国民の普遍的なアクセスを可能にする保健システムを通じて、主要な健康課題と関連した罹患率及び死亡率の低減を保障すること」としている。また、下表のとおり、個別に6つの政策目的を設定している。

表 4 国家保健政策（PNS）の政策目的

| | |
|------|--|
| 目的 1 | 現代医学と伝統医学を区分しつつ、国民の健康を十分にカバーし、基本的な健康ニーズを充足させる保健システムの構築 |
| 目的 2 | 国民の健康状態の監視、保健の質の保障、保健関連規則の適用、保健・教育機関の承認（サービスの質の確保等）における保健・人口省のリーダーシップの発揮 |
| 目的 3 | 保健分野における、段階的な公的支出の増加を通じた適切な予算確保 |
| 目的 4 | 成果と信頼に基づくパートナーシップの枠組みにおいて、国の優先課題とドナーによる支援の整合性を通じた国家資源の最適化 |
| 目的 5 | 自然災害等の被害に対して、構造的対応を可能にする緊急保健システムの確立 |
| 目的 6 | 国内及び国際的なコミットメントを通じた目的、及び目標の確実な達成 |

加えて、PNSでは①個別課題、②全体課題、③横断的課題の3つが重点課題として示されている。2013年10月に策定された「保健マスタープラン2012-2022（Plan Directeur de Santé

²⁵ The State of World Children 2019（UNICEF）：<https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children-2019>

²⁶ Politique Nationale de Santé：<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/PNS%2021juillet%20version%20finale.pdf>

2012-2022, PDS²⁷⁾」に、これら3つの課題の具体的な行動計画が示されている。PNSの3つの課題に対応する形で示されたPDSのコンポーネントは下表のとおり²⁸⁾。PDSでは女性・母子保健サービス、若年層の健康を重点分野の柱とし、その他、疾病・外傷対策（暴力や交通事故等の防止含む）、栄養、健康増進、災害時のリスク管理、衛生等に取り組むとしている。

表5 国家保健政策（PNS）及び保健マスタープラン（PDS）の対応表

| PNSの柱 | | PDSのコンポーネント | |
|-------|-----------------|---|---|
| | | 組織・制度面の強化 | サービス提供 |
| 個別課題 | 保健サービスの改善・強化・拡充 | <ul style="list-style-type: none"> 保健サービスとリソースの管理強化 保健サービスのレベル毎の修正モデル構築 保健サービスの質の強化 保健サービス提供機関の連携強化 | |
| | インフラ | <ul style="list-style-type: none"> 保健施設の整備強化 | |
| | 保健人材 | <ul style="list-style-type: none"> 合理的な人的リソースの管理 監督・管理機能の強化 コミュニティにおける保健行政組織の強化 医療人材等の倫理面の強化、医療専門人材協会の設立、保険の官民による管理 | |
| | 必須医薬品 | <ul style="list-style-type: none"> 医薬品等の合理的管理の強化 | |
| 全体課題 | 保健財政 | <ul style="list-style-type: none"> 保健投資に係る調整 成果に応じた契約・資金分配 | |
| | 支出管理 | <ul style="list-style-type: none"> 保健投資（財政運営）の管理 内部監査機関の設立（保健・人口省内部） 安全で透明性のある資金管理 | |
| 課題横断 | ガバナンス | <ul style="list-style-type: none"> 保健システムの制度・標準化 基礎的保健サービス・パッケージの開発・普及等 国際協定・条約に則った運営、国境問題の共同管理（ハイチとドミニカ共和国間） | 5つの重点分野 <ul style="list-style-type: none"> 母子保健 若年層の健康 疾病・外傷対策 栄養 健康増進 |
| | 統合 | <ul style="list-style-type: none"> 同マスタープランへのあらゆる行動の統合 | |

²⁷⁾ Plan Directeur de Santé 2012-2022 :

<https://mspp.gov.ht/site/downloads/Plan%20Directeur%20de%20Sante%202012%202022%20version%20web.pdf>

²⁸⁾ 表2はPDSで実際に示された「組織・制度面」及び「サービス提供」の2つの分類に基づくコンポーネントを反映している。一方、課題への対応策としては、2つの分類のいずれかではなく両者に跨ると思われるコンポーネントが種々見られる。例えば、個別課題の「保健サービスの改善・強化・拡充」で記載されているコンポーネントは「組織・制度面」のみならず「サービス提供」にも跨る分野と考えられる。

| | | | |
|--|------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> サービス提供に係るモニタリング | |
| | 情報・サーベイランス | <ul style="list-style-type: none"> 保健情報システムの強化 統合的な保健情報システムに基づく意思決定 国民の健康に対するモニタリング 災害の管理 調査の促進 | |
| | 社会保障 | <ul style="list-style-type: none"> 社会保障の整備 | |
| | 内部断的事項 | <ul style="list-style-type: none"> 内部の連携管理及びパートナーシップの強化 | |

NCDs 対策に関しては下表の分野に取り組むとしている。一方、2.2.1 で述べたとおり NCDs は近年の死因の半数以上を占めているが、保健省関係者に対する調査においても政府が実際に PDS で示された NCDs 対策関連のプログラムに注力している旨は確認されていない。

表 6 保健マスタープラン (PDS) における NCDs 重点分野

| 重点課題 | 具体的な対応施策・課題分野 |
|------------|---|
| 糖尿病及び新血管疾患 | 糖尿病、高血圧症の包括的管理 (住民に対する意識啓発、医療機関におけるスクリーニング強化等) |
| 眼科・口腔 | 予防可能な眼・口腔疾患の低減 (住民啓発、スクリーニング強化等) |
| 救急医療 | 集中治療室の全国展開、医療機関における救急サービス強化、救急車ネットワークの確立 |
| がん | 乳がん、子宮頸がん、前立腺がん等の早期発見 (予防・スクリーニングの促進) |
| 精神疾患 | 精神疾患、薬物乱用・依存症対策 |
| 高齢者ケア | リハビリテーション・コミュニティケアの強化等 |
| 障がい者の健康 | 障がいに係る罹患率の低減、障がい者の保健サービスアクセスの向上 |

2.3 保健行政機関

ハイチにおける保健行政機関は保健人口省 (Ministère de la Santé Publique et de la Population, MSPP) である。同省の保健人口大臣直下の組織図の概略は、図 7 のとおりである。

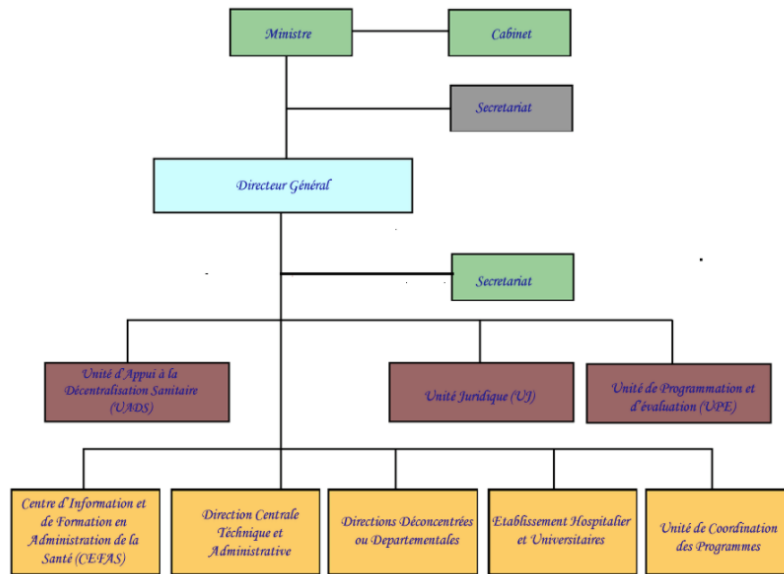


図 8 保健・人口省（MSPP）組織図

(出典 : <https://www.mspp.gouv.ht/le-ministere/organigramme/>)

事務次官秘書室の他、事務次官の直轄下には①地方分権化室（Unité d'Appui à la Decentralisation Sanitaire, UADS）、②法務室（Unité Juridique, UJ）、③計画・評価局（Unité de Programmation et d'Évaluation, UPE）、④5つの関連部局がある。5つの関連部局の内、技術・管理に関する中央部局（Direction Centrale technique et Administrative）が中央レベルの主要な保健サービスの部局を有している。例えば、保健施設等は保健サービス局（Direction d'Organisation des Service de Santé, DOSS）、母子保健は家族保健局（Direction de la Santé de la Famille, DSF）、保健人材は人材局（Direction des Ressources Humanies, DRH）、看護師に関する事柄は看護局（Direction des Soins Infirmiers, DSI）、保健予算・支出等は総務・財務局（Direction de l'Administration et Budget, DAB）が所掌している。その他、上述した④5つの関連部局の内、プログラム調整局（Unité de Coodination de Programme）が感染症対策、予防接種、栄養プログラム、病院安全管理を担当する部室を管轄している。

2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況

ハイチにおいて、人口保健調査（DHS: Demographic and Health Survey）は1994年-95年、2000年、2005年-2006年、2016年-2017年と概ね5年周期で実施されている。生活水準調査（LSMS: Living Standards Measurement Study）及びNCDsのリスクファクターを調べるSTEPS調査（STEPwise Approach to Surveillance）は実施されていない。また、県保健医療情報システム（DHIS2: District Health Information System 2）はUSAIDの支援等を得て2018年時点で

794 の医療機関に導入されている²⁹。

また、MSPP は DHS や LSMS の調査項目と類似の内容について、毎年、統計調査 (Rapport Statistique) を実施しており、直近では 2018 年 (2019 年発行) に行われた。

2005 年、国際保健訓練教育センター (I-TECH) は、MSPP 及び米疾病予防管理センター (CDC) と連携して、電子カルテ「iSanté」を導入した。国内 150 以上の医療機関で使用されており、約 130 万件の患者データを有する。2015 年には、救急医療における病院間の連携に対応するため、国内 3 つの医療機関で iSantéPlus の試験的な導入が行われた³⁰。

2.5 保健医療サービスの供給体制²⁸

ハイチにおける保健施設は、大学病院 (CHU)、県病院 (HD)、地域リファラル病院 (HCR)、有床の保健センター (CAL)、無床の保健センター (CSL) に大別される。県別の保健施設数とベッド数は表 6 のとおり。

ハイチは、2018 年の時点で 1,007 の保健施設を有する。このうち、131 (13%) が病院である (内訳は不明)。保健センターは有床 (CAL) が 163 (16%)、無床 (CSL) が 361 (36%) 存在し、簡易な診療所であるディスペンサール (Disp) は 352 (35%) を占める。³¹

ハイチ政府は、2008 年にリファラル・カウンターリファラルの国家マニュアルを策定したものの、現場に導入されていない³²。このため、リファラルシステムが機能しているのはその 6% に過ぎず、それぞれの医療機関のレベルが本来の役割を果たしているとは言えない³³。例えば、患者が上位レベルの医療機関にリファーされる必要がある場合、勤務中の医療スタッフが口頭またはメモ書きでリファー先の病院名を告げ、病院まで行きつくのは患者の責任となっている。また、病院は患者がリファーされてくることを事前に知らされていないというような現状も報告されている³²。

²⁹ Rapport Statistique 2018 :

<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20Statistique%20MSPP%202018%20version%20web.pdf>

³⁰ I-TECH ホームページ : <https://www.go2itech.org/2017/05/health-information-systems-in-haiti/>

³¹ Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé 2017-2018

³² Establishing model referral networks in Haiti : MCSP case study. USAID.

³³ Better Spending, Better Care : A Look at Haiti's Health Financing. World Bank.

表 7 県別の保健施設数とベッド数 (2018年)²⁹

| 県 | 人口 | 保健施設数 | 病院 (%) | CAL (%) | CSL (%) | Disp (%) | ベッド数 | 人口1万あたりベッド数 |
|-----------|------------|-------|--------|---------|---------|----------|-------|-------------|
| アルティボニット県 | 1,806,636 | 121 | 8 | 10 | 6 | 20 | 816 | 4.5 |
| 中央県 | 780,410 | 53 | 4 | 7 | 5 | 5 | 624 | 8.0 |
| グランダンス県 | 489,747 | 53 | 3 | 3 | 4 | 8 | 243 | 5.0 |
| ニップ県 | 358,211 | 34 | 2 | 4 | 2 | 5 | 135 | 3.8 |
| 北県 | 1,116,048 | 107 | 14 | 9 | 14 | 7 | 837 | 7.5 |
| 北東県 | 412,009 | 41 | 2 | 5 | 2 | 7 | 147 | 3.6 |
| 北西県 | 762,183 | 84 | 4 | 7 | 2 | 17 | 380 | 5.0 |
| 西県 | 4,214,246 | 366 | 51 | 39 | 53 | 12 | 3524 | 8.5 |
| 南県 | 810,466 | 79 | 9 | 6 | 6 | 10 | 630 | 7.8 |
| 南東県 | 661,571 | 69 | 3 | 8 | 6 | 9 | 221 | 3.3 |
| 計 | 11,411,527 | 1,007 | 100 | 100 | 100 | 100 | 7,597 | 6.7 |

保健施設総数 1,007 施設のうち、民間施設が 474 (47%) で、公立施設 344 (34%) を上回っており、民間医療に依存している割合が大きい。このほかに複合施設（公的施設と民間施設との複合施設）も 189 有する (19%)。

表 8 所有形態別施設の割合 (2018年)²⁹

| | 病院 (%) | CAL (%) | CSL (%) | Disp (%) | 合計 |
|------------|--------|---------|---------|----------|-----|
| 公的施設 | 38 | 31 | 19 | 50 | 344 |
| 民間施設 (非営利) | 17 | 15 | 23 | 12 | 174 |
| 民間施設 (営利) | 34 | 36 | 35 | 20 | 300 |
| 複合施設 | 11 | 17 | 23 | 18 | 189 |

保健施設の分布状況に関し、全保健施設の 36%にあたる 366 施設が首都の所在する西県に集中している。³⁴地方の保健施設に関し、表 6 のとおり西県を中心とした都市部に保健施設が集中していることに加え、ハイチ全土で整備を必要とする施設の 80%以上が地方の施設ともされており³⁶、地方の保健施設の整備も重要課題の 1 つである。

ハイチの保健医療従事者は、公的施設 46%、民間施設 40%、複合施設 14%の割合で各施設に勤務している。保健医療従事者（医師、助産師、看護師）8,615 人の内訳として、看護

³⁴ 病院、CAL、CSL、ディスペンサールの県別の施設数の内訳は不明である。

³⁵ Elaboration propre à partir des données de l'Evaluation des Services de Soins de Santé en Haïti, 2017-2018 :

³⁶ JICA (2017) ハイチ共和国ミラゴアンヌ病院整備計画準備調査報告書

師が 58%を占めており、医師が 38.9%と続く。住民 1 万人あたりの保健医療従事者数は全国平均で 8 人だが、医療機関の集中する都市部においても 11 人に留まっており、ハイチ全土で保健医療従事者の数は不足している。³⁷

保健医療人材の県別の分布状況を見ると、首都圏が所在する西県に分布が集中している。下表のように、医師では総数の 60.5%にあたる 2,032 人が西県に勤務し、看護師数も 47.8%にあたる 2,410 人が西県に集中している。

表 9 県別の保健医療従事者の分布状²⁹³⁸

| 県 | 人口 | 医師 | 看護 | 助産師 | 合計 | 住民 1 万人あたりの保健医療従事者数 |
|-----------|------------|-------|-------|-----|-------|---------------------|
| アルティボニット県 | 1,780,236 | 219 | 453 | 11 | 683 | 4 |
| 中央県 | 769,006 | 111 | 175 | 6 | 292 | 4 |
| グランダンス県 | 482,590 | 60 | 177 | 1 | 238 | 5 |
| ニップ県 | 352,977 | 67 | 95 | 2 | 164 | 5 |
| 北県 | 1,099,740 | 372 | 655 | 8 | 1,035 | 9 |
| 北東県 | 405,988 | 79 | 163 | 1 | 243 | 6 |
| 北西県 | 751,045 | 76 | 194 | 5 | 275 | 4 |
| 西県 | 4,152,664 | 2,032 | 2,411 | 165 | 4,608 | 11 |
| 南県 | 798,623 | 214 | 498 | 15 | 727 | 9 |
| 南東県 | 651,904 | 124 | 221 | 5 | 350 | 5 |
| 計 | 11,244,773 | 3,354 | 5,042 | 219 | 8,615 | 8 |

WHO 統計における近隣諸国との比較で見ても、ハイチの保健医療従事者の数は医師、看護師・助産師ともに、中南米カリブ平均から大きく下回る水準である。

³⁷ WHO は人口千人当たり、4.5 人の医療従事者（医師、看護師、助産師）を必要数として推奨している。

³⁸ 産科医や看護師が分娩を行う場合が多く、助産学校のニーズが小さいため医師や看護師と比して助産師の数がハイチ全土で低い水準に留まっていると見られている。

表 10 保健医療従事者数の近隣国との比較³⁹

| | 医師 | | 看護師・助産師 | |
|---------------|----------|------|----------|------|
| | 人口1万人あたり | 年 | 人口1万人あたり | 年 |
| 中南米カリブ地域平均 | 29.76 | 2018 | 42.79 | 2018 |
| サブサハラアフリカ地域平均 | 2.1 | 2018 | 9.94 | 2018 |
| ハイチ | 2.34 | 2018 | 3.98 | 2018 |
| コスタリカ | 28.94 | 2018 | 8.96 | 2019 |
| キューバ | 84.2 | 2018 | 75.61 | 2018 |
| ドミニカ共和国 | 14.52 | 2019 | 14.59 | 2019 |
| エルサルバドル | 28.7 | 2018 | 18.34 | 2018 |
| グアテマラ | 3.55 | 2018 | 3.98 | 2018 |
| ジャマイカ | 4.55 | 2016 | 9.43 | 2018 |
| メキシコ | 48.5 | 2018 | 23.65 | 2019 |

ハイチ国内の保健人材教育機関や養成学校の生徒数及び卒業生の人数等については、保健・人口省の各種資料からは確認出来ていない。

2.6 主要保健医療サービスの利用状況（各種国内格差の分析を含む）

必要不可欠な保健サービスのカバー率を示す UHC に関わる SDG 指標 3.8.1 「サービスカバレッジ指数」において、ハイチのスコアは 49 であり WHO が行った中南米地域の対象国において最もスコアが低い。アジア・アフリカの国との比較で見ると、ガボン（49）、バングラデシュ（48）とほぼ同水準である。また、同指数の根拠である追跡指標の 4 分野を見ると特に「サービスキャパシティとアクセス」が低い水準にあることが分かる。

表 11 UHC サービスカバレッジ指数⁴⁰

| 追跡指標 | | 定義 ⁴¹ | スコア | |
|-------------------------------------|-------|--|-----|-----|
| | | | 分野 | 各指標 |
| RMNCH （生殖、母性、新生児、及び小児に関する保健サービス） | 家族計画 | 結婚または婚約している妊娠可能年齢（15-49 歳）の女性で家族計画が必要な人のうち、近代的な方法で家族計画のニーズが満たされている人の割合 | 51 | 42 |
| | 妊娠と出産 | 15-49 歳で子供を出産した女性のうち出生前のケアを 4 回以上受けた人の割合 | | 67 |
| | 小児予防 | 3 回 DPT ワクチン（ジフテリア、破傷風、百日 | | 64 |

³⁹ World Health Statistics, WHO: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sgd-target-3.c-health-workforce>

⁴⁰ Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage, WHO: 2019 global monitoring report

⁴¹ 外務省： <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/goal3.html>

| | | | | |
|-----------------|------------|---|----|-----|
| | ワクチン | 咳)を接種している小児の割合 | | 37 |
| | 小児の治療 | 5歳以下の小児で調査時点から2週間以内に肺炎を疑う症状(胸郭や鼻閉が原因ではない咳嗽または呼吸苦)があった人のうち、適切な保健施設や医療従事者にかかることのできた割合 | | |
| 感染症の管理 | 結核治療 | 発生した結核症例のうち、検知され治療されたものの割合。 | 51 | 62 |
| | HIV・AIDS治療 | HIV患者のうち、抗レトロウイルス治療(ART)を受けている人の割合 | | 61 |
| | マラリア予防 | マラリア流行地において殺虫剤入りの蚊帳の中で昨日就寝した人の割合(マラリア流行地のみ) | | — |
| | 水と衛生 | 少なくとも基本的な衛生設備を使用している世帯の割合 | | 35 |
| NCDs | 心血管系疾患の予防 | 年齢調整後の20歳以上の成人のうち、血圧上昇を認めていない(収縮期血圧<140 mm Hgかつ拡張期血圧<90 mm Hg)人の割合 | 75 | 100 |
| | 糖尿病の管理 | 年齢調整後の25歳以上の成人の平均空腹時血糖値 | | 51 |
| | タバコ規制 | 年齢調整後の20歳以上の人口で、喫煙していない人の割合 | | 82 |
| サービスキャパシティとアクセス | 病院へのアクセス | 一人あたりの病床数(最大閾値は人口1万人当たり18ベッド) | 30 | 39 |
| | 保健人材 | 人口あたりの医師、精神科医、外科医の数(最大閾値は、医師0.9人/人口1,000人、精神科医1人/人口100,000人、外科医14人/人口100,000人) | | 11 |
| | 健康危機対応 | 国際保健規則(IHR)に基づくコアキャパシティ指数 | | 62 |

また、国内の主要な医療サービスの提供状況を次のとおり示す。

① 住民の受診状況

保健省による統計(Rapport Statistique 2018)では、公的・民間を合わせた国内の保健施設を受診した延患者数は、約1,077万件(2018年)であった。このうち、初診は約33万件である。1人あたりの受診回数は全国平均3.2回に対し、西県(4.3回)及び中央県(3.8回)で受診回数が高く、南県(2.2回)、南東県(2.1回)と、国内南部では受診回数が少なくなっている。

② 子どもの予防接種

保健・人口省の重要課題の1つとして、ワクチン接種を通じた5歳未満児死亡率の低減が

挙げられる。このため、保健省の国家ワクチン接種プログラム調整室（UCNPV）がワクチン接種拡大プログラム(Programme Elargi de Vaccination)を展開しており、BCG、麻疹、5種混合⁴²、ポリオ、ロタウィルスが対象ワクチンとなっている。同室は、1歳未満児の90%以上に対する上記ワクチンの接種（BCG以外）を目標としているが、実際の接種率はいずれのワクチンも目標値を下回る。2018年の統計では、BCG77.3%、麻疹69.9%、5種混合1回目85.8%（5種混合3回目79.4%）、ポリオ1回目69.7%（ポリオ3回目60%）、ロタウィルス1回目81.3%（ロタウィルス2回目74.8%）となっている⁴³。県別の予防接種率を見ると表9のとおり地方部でも特に南県やニップ県の接種率が低くなっている。

表 12 県別の子ども予防接種率 (%) ²⁹

| 県 | 1歳未満児数 | BCG (%) | 麻疹 (%) | 5種混合 (%) | | ポリオ (%) | | ロタウィルス (%) | |
|-----------|---------|---------|--------|----------|-------|---------|------|------------|-------|
| | | | | 1回目 | 3回目 | 1回目 | 3回目 | 1回目 | 2回目 |
| アルティボニット県 | 42,548 | 89.1 | 75.2 | 90.3 | 80.2 | 77.5 | 63.8 | 88.6 | 82.6 |
| 中央県 | 18,379 | 112.2 | 82.0 | 121.6 | 103.6 | 103.0 | 73.7 | 107.0 | 91.5 |
| グランダンス県 | 11,534 | 99.4 | 88.6 | 101.8 | 89.4 | 86.6 | 71.8 | 103.2 | 100.6 |
| ニップ県 | 8,436 | 59.0 | 55.4 | 61.7 | 59.0 | 47.7 | 42.4 | 60.5 | 60.2 |
| 北県 | 26,284 | 80.8 | 68.3 | 85.6 | 81.3 | 66.2 | 54.2 | 79.7 | 71.5 |
| 北東県 | 9,703 | 100.9 | 94.2 | 101.6 | 105.6 | 83.0 | 69.4 | 103.2 | 102.3 |
| 北西県 | 17,950 | 65.4 | 60.5 | 81.1 | 74.1 | 63.0 | 61.0 | 77.7 | 68.6 |
| 西県 | 99,249 | 68.3 | 69.7 | 81.4 | 76.5 | 67.2 | 61.0 | 75.5 | 68.6 |
| 南県 | 19,087 | 49.7 | 34.7 | 50.1 | 44.3 | 40.4 | 29.3 | 49.1 | 44.6 |
| 南東県 | 15,580 | 81.7 | 77.9 | 100 | 100.5 | 66.2 | 68.5 | 97.8 | 94.0 |
| 計 | 268,750 | 77.3 | 69.9 | 85.8 | 79.4 | 69.7 | 60.0 | 81.4 | 74.8 |

③ 妊娠・出産

2018年の政府統計では、産前健診1回目の受診者数（保健施設からの報告数）は約28万人で、妊産婦の推計総数の87.9%が産前健診を1回以上受けているが、4回目になると同推計総数の26.4%（約8.4万人）まで減少する。また、妊娠3か月目までに受診する者の割合は、1回目の受診者のうち35.8%に過ぎず、妊娠4-6か月目（42.8%）、7-9か月目（22.2%）と妊娠期間の後半になってから受診する者も多い。

2018年の分娩総数（保健施設から報告数）156,609件は、施設分娩が約10.2万件（65.3%）、自宅分娩が約5.4万件（34.7%）となっている。同分娩総数のうち、119,376件（75.74%）が産後健診を受けている。また、これら産後健診の47%は出産後6時間以内に受診している。

⁴² DTPw-HerpB-Hib（ジフテリア、破傷風、百日咳、B型肝炎、ヘモフィルスインフルエンザb型菌）

⁴³ UNICEFのThe State of World Children 2019ではロタウィルスの予防接種率は58%と推計されている

④ 家族計画サービス

2018年の保健施設からの報告では、家族計画サービスの利用者は約56万人である。避妊手段別の内訳は、注射（44%）が最も多く、次いで、コンドーム（37%）、ピル（10.3%）、インプラント（6.9%）であった。主要な避妊手段の内訳に関し、県別での利用状況を見ると下表のとおり地方部でも特に南県や南東県の利用率が低いことが分かる。

表 13 県別の家族計画サービスの利用状況²⁹

| 県 | 15-49歳の女性の数 | ピル | 注射 | インプラント | コンドーム | 全家族計画サービスの利用率 (対象女性人口あたり)(%) |
|-----------|-------------|--------|---------|--------|---------|---------------------------------|
| アルティボニット県 | 441,903 | 4,746 | 35,00 | 4,085 | 24,222 | 15.7 |
| 中央県 | 190,888 | 2,483 | 27,477 | 9,641 | 7,638 | 26.7 |
| グランダンス県 | 119,792 | 1,329 | 9,604 | 3,027 | 8,737 | 21.1 |
| ニップ県 | 87,618 | 818 | 6,389 | 1,224 | 2,595 | 15.3 |
| 北県 | 272,985 | 3,887 | 20,110 | 3,565 | 16,073 | 17.3 |
| 北東県 | 100,777 | 3,431 | 19,394 | 881 | 9,732 | 34.7 |
| 北西県 | 186,430 | 1,611 | 11,738 | 1,576 | 8,371 | 12.9 |
| 西県 | 1,030,805 | 36,927 | 100,607 | 3,724 | 120,835 | 25.9 |
| 南県 | 198,240 | 1,515 | 10,537 | 2,873 | 4,379 | 10.1 |
| 南東県 | 161,820 | 1,159 | 4,438 | 412 | 2,922 | 5.6 |
| 計 | 2,791,260 | 57,906 | 245,294 | 31,008 | 205,504 | 20.1 |

2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況

疾病構造に関し、2.1で述べたとおり死亡要因全体で見ると感染症・母子・栄養関連の割合が減少し、虚血性心疾患等のNCDsの割合が増大している。一方、これらの疾病構造の変化に伴うNCDs対策に係る政府の具体的な施策は確認されていない。調査を行ったドナーもNCDs対策における政府の優先的な支援ニーズが低いため、ドナーによる支援も積極的ではない分野との声も聞かれる。

その他、妊産婦死亡率、新生児死亡率、5歳未満死亡率のいずれの指標もSDGsターゲットからは2倍以上高い水準にあり、母子保健の改善は同国の喫緊の課題である。

こうした状況下、保健・人口省(MSPP)は、国家保健政策や保健マスタープランにおいて母子保健を重点課題の1つに定めるとともに、前述したワクチン接種キャンペーン等の具体的な施策を講じている。同分野に係るインフラ整備に関しても、ドナー・国際機関の支援を得つつ、病院・保健センター等の建設を進めている。

2010年の大震災以降、ドナーによる支援の具体例として、保健・人口省は仏AFDの支援を得てニップ県、南東県、中央県、北東県における母子保健施設の改修・建設、機材供与等

を行った（ニップ県：Miragoâne 市の母子センター及び L'Hôpital Sainte-Thérèse de Miragoâne の改修、南東県：Thiotte 保健センターの分娩室の建設及び助産師の住居、並びに Banana ヘルスセンターの分娩室の建設及び職員の住居、中央県：Savanette 保健センターの拡張、産科クリニックの建設及び職員の住居）⁴⁴。

国際機関からの支援としては、2013-2016 年にかけて、UNICEF より 28 箇所の緊急産科新生児ケアセンター（Emergency Obstetric Newborn Care Center, EmONC center）に対する機材供与、2012-2013 年には、UNFPA より助産師学校の建設支援を受けた。

その他、近年では、主要な第 3 次医療施設の整備に関し、AFD 及び USAID の支援を受けて、ハイチ国立大学（UEH）を改修（USAID が医学部、看護部、小児科、病棟等の改修を担当）（一方、立替工事は 2021 年 1 月現在も未完成）。ハイチ国立大学は、首都ポルトープランスのリファラル病院であるとともに、医師とパラメディカルの研修施設としての機能を備えた中核的医療施設である。同プロジェクトを通じて、病院の改修に加え、大学病院のサービス機能の見直し、機材の更新、人材能力強化、組織機能の向上等が計画されている⁴⁵。また、2013 年に米国の NGO（Partner in Health）がミルバレ大学病院（Hôpital Universitaire de Mirebalais）を開設している。同病院は国立の大学病院として保健・人口省が承認しており、看護師等の保健人材の育成を行う教育病院としての機能を有する。⁴⁶

加えて、2014 年には、日本の支援による「南東県ジャクメル病院整備計画」を実施した。同病院の中核となる周産期棟を改修している他、中央診療棟の建設、医療機材の整備、保健専門家の派遣を支援している⁴⁷。

2.8 医薬品調達・供給

保健・人口省の技術・管理中央総局の下にある薬品・薬剤・伝統医療局（Direction de la Pharmacie, du Médicament et de la Médecine Traditionnelle, DPM/MT）が、医薬品の許認可、伝統医療、麻酔薬の供給サービス等の規制当局に該当する。

また、統合的医薬品に係る国家戦略の欠如を背景として、2015 年保健・人口省は、初の国家医薬品政策（Politique pharmaceutique nationale⁴⁸）を策定した。同政策では、伝統医薬品の規制や調和についての政策指針が示されている。

また、医薬品調達・供給に係る民間事業者に対し、DPM/MT は①薬局、②流通業者、③輸入業者、④製造メーカー（ラボ）から成る全 248 社（2019 年度実績）を医薬品事業者とし

⁴⁴ Carte des projets emblématiques, AFD : <https://www.afd.fr/fr/carte-des-projets>

⁴⁵ ハイチ国 復興・社会経済開発協力に係る 情報収集・確認調査ファイナルレポート（2016 年）：

⁴⁶ Partners in Health ホームページ：

<https://www.pih.org/pages/mirebalais>

⁴⁷ ODA 見える化サイト：

<https://www.jica.go.jp/oda/project/1360750/index.html>

⁴⁸ Politique pharmaceutique nationale :

<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/PPN%20final%20mars%202015.pdf>

て認可している。下表のとおり、これら民間企業の内訳、及び県別の分布状況を示す⁴⁹。

表 14 認定医薬品事業者数一覧表（民間企業）（2019-2020年）

| 県 | 薬局 | 流通業者 | 輸入業者 | 製造メーカー (ラボ) |
|-----------|-----|------|------|----------------|
| 西県 | 140 | 33 | 41 | 3 |
| 北西県 | 1 | 1 | — | — |
| 北県 | 2 | 5 | — | — |
| 南県 | — | 6 | — | — |
| 南東県 | 5 | 1 | — | — |
| ニップ県 | 4 | — | — | — |
| アルティボニット県 | 1 | 3 | — | — |
| 中央県 | — | — | — | — |
| グランダンス県 | 1 | 1 | — | — |
| 北東県 | — | — | — | — |
| 合計 | 154 | 50 | 41 | 3 |

2.9 ドナーの支援実績（案件名、スキーム、協力額、協力機関・完成年の一覧）

以下に、ハイチの保健医療分野における、米州開発銀行（IDB: Inter-American Development Bank）、世界銀行グループ（World Bank Groupe）、フランス開発庁（AFD）、日本政府の支援実績を示す。

米州開発銀行（IDB）による現在計画中、及び実施中の保健医療プロジェクトは、下表のとおりである。

表 15 IDB プロジェクト

| プロジェクト名 | 金額（米ドル） |
|---|-----------------|
| 母子の死亡率低減のための保健人口省に対する戦略策定支援 Support the Ministry of Health and Population in the identification of strategies for Reducing Maternal and Neonatal Mortality | 200,000 【技協】 |
| 慢性疾患及び貧困支援（ハイチ国のケーススタディ） Chronic Disease and Poverty - Haiti Case Study | 150,000 【技協】 |
| 低所得層への基礎的医療サービスの拡大 Carte Avantage Santé-Expansion of Basic Healthcare Services to Low-income Popu | 827,807 【技協】 |
| ポルトープランスにおける統合的な NTDs コントロール | 500,000 【技協】 |

⁴⁹ Liste des Etablissement Pharmaceutique Autorisés 2019-2020 : <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/LEPA%20version%20Septembre%202020.pdf>

| | |
|--|--------------------|
| Integrated Control for Neglected Tropical Diseases in Port au Prince | |
| コレラ封じ込めのための緊急支援 Emergency Response for the Containment of Cholera | 15,000,000 【無償】 |
| 子どもの生存率向上と社会的安全網の構築 Improving Child Survival and Building Blocks for Social Safety Nets | 2,500,000 【無償】 |

(出典 : <https://www.iadb.org/en/projects>)

世界銀行グループにより現在実施中の保健医療プロジェクトは、下表の通りである。「ハイチにおけるプライマリーヘルスケア及びサーベイランスの強化」は、重点地域におけるプライマリーヘルスケアサービス利用の増加やサーベイランス能力の強化（特にコレラ）を図ることを目的として、2019年5月から2024年12月までの計画で実施中である。

また、「COVID-19 緊急対応及びレジリエンス開発政策オペレーション支援」では、緊急対応ではあるが、COVID-19 に限定しない公衆衛生上の危機への対応能力の強化も目的に含んでいる。

表 16 World Bank Groupe プロジェクト

| プロジェクト名 | 金額 (百万米ドル) |
|---|------------|
| COVID-19 緊急対応プロジェクト Haiti COVID-19 Response | 20.00 |
| COVID-19 緊急対応及びレジリエンス開発政策オペレーション支援 Haiti COVID-19 Response and Resilience Development Policy Operation | 20.00 |
| ハイチにおけるプライマリーヘルスケア及びサーベイランスの強化 Strengthening Primary Health Care and Surveillance in Haiti | 55.00 |

(出典 : https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/projects-list?countrycode_exact=HT)

現在、フランス開発庁 (AFD) は 2.2.7 で述べたとおり、ハイチ国立大学 (UEH) の改修に加え、地方部ではグランダンス県、南県、北西県における母子保健施設の改修・建設、機材供与、研修等が主な支援となっている。支援の実施状況は下表のとおり。

表 17 フランス開発庁 (AFD) プロジェクト

| プロジェクト名 | 金額 (ユーロ) |
|--|--------------------|
| MUSKOKA イニシアティブによる母子保健の改善 AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE DANS LE CADRE DE L'INITIATIVE MUSKOKA | 8,000,000 【補助金】 |
| GHESKIO センターに対する支援 (COVID-19 の診断、予防、治療のサポート) CENTRES GHESKIO : APPUI AU DIAGNOSTIC, À LA PRÉVENTION ET AU | 1,200,000 【補助金】 |

| | |
|--|---------------------------|
| TRAITEMENT DE LA COVID-19 | |
| 疼痛管理と緩和ケアへのアクセスの改善 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS À LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET AUX SOINS PALLIATIFS | 360,000 【補助金/NGO 連携】 |
| TIMAMA2 : 母子の健康改善(フェーズ 2) TIMAMA 2 : AMÉLIORER LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE (PHASE 2) | 8,000,000 【補助金】 |
| ハイチ国立大学 (UEH) の再建 RECONSTRUCTION DE L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE : REBÂTIR ET RESTAURER L'HUEH DANS SES FONCTIONS | 39,000,000 【補助金】 |
| COVID-19 対策のための生物学研究所の能力強化 FONDATION MÉRIEUX : RENFORCER LES CAPACITÉS EN BIOLOGIE MÉDICALE POUR LA LUTTE CONTRE LA COVID-19 | 2,750,000 【補助金】 |
| 障がい者のリハビリテーションサービスのアクセス改善 PROJET PARI : POUR L'ACCÈS AUX SERVICES DE RÉADAPTATION SUR LES ÎLES | 1,585,000 【補助金/NGO 連携】 |

(出典 : <https://www.afd.fr/fr>)

その他のドナーに関し、米国国際開発庁 (USAID) は、緊急的な支援と同時に、大統領エイズ救済緊急計画 (PEPFER) によるエイズ対策、母子保健、栄養、プライマリーヘルス、水・衛生、保健システム強化など、中長期的なニーズに応える支援を展開している。また、WHO/PAHO は、保健・人口省に対して UHC のための保健システム構築のための技術支援を行っている。母子保健分野ではカナダ政府や UNFPA が病院建設等の支援を行っていることに加え、UNICEF が日本政府の支援等を受けて予防接種プログラムの強化・促進に係る活動を実施している⁵⁰。

日本政府の対ハイチ援助総額は、前述の通りであるが、保健医療分野における 2019 年度までの技術協力の累計支援額は、640 百万円、無償資金協力の累計支援総額は、8,053 百万円である。また、社会福祉分野においても、技術協力で 2019 年度までに累計総額 120 百万円規模の支援を実施している⁵¹。ハイチに対する援助の基本方針 (大目標) は、「基礎社会サービスの確立による社会基盤体制の強化」であり、重点分野 (中目標) は、「基礎社会サービスへのアクセス向上」、「教育・人材育成」、「農業振興及び食糧事情の改善」となっている。

なお、世界銀行グループとのパートナーシップである日本開発政策・人材育成基金 (PHRD: Policy and Human Resources Development) によるハイチでの案件に関し、2018 年度に「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとパンデミック事前対策に関するアドバイザーサービス分

⁵⁰ 外務省 HP : https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press24_000062.html

⁵¹ JICA : <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

析 (ASA) (百万米ドル)」が採択されている⁵²。本案件の進捗に関し、世界銀行からは 2021 年 8 月末に終了予定であるものの、治安情勢および COVID-19 の影響により計画に遅れが生じているとの報告を得ている。また、日本は前述のとおり UNICEF を通じて同国のワクチン接種プログラムの強化を支援している。

2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ

疾病課題の観点で、2.1 で記載したとおり妊産婦死亡率、新生児・5 歳未満死亡率の高さに鑑みれば、母子保健分野の指標改善は同国の喫緊の課題の 1 つといえる。政府は国家保健政策や保健マスタープランにおいて同分野を重点課題の 1 つに定めており、ワクチン接種キャンペーン等の具体施策も推進する分野である。加えて、2.7 のとおりドナーの支援を得つつ、政府は関連する保健インフラの整備を進めており、同国政府の取組みを後押しする観点でも支援の意義が大きい分野といえる。

一方、疾病構造を見れば感染症は依然として負荷が高く、感染症対策に係る支援も候補である。また、近年の疾病構造を踏まえると、NCDs 対策の支援も検討し得る。一方で政府の NCDs 分野の優先的な支援ニーズは 2.7 で述べたとおり、ドナーに対する調査でも確認されていないことから将来的な支援分野ではあるものの、足許では母子保健といったその他の分野に政府の支援ニーズの意向が看取される。

また、保健システム課題に関し、2.6 で述べたとおり特に地方部における保健インフラの整備が課題である。更にハイチ全土での医師、看護師、助産師などの保健人材が不足していることから、人材育成に対する支援ニーズも大きい。加えて、母子保健分野では政府によるワクチン接種キャンペーン等の施策が展開されているものの、都市部と地方部ではサービスの提供状況に差が生じている。こうした現状に鑑み、地方部を中心としたサービス提供の拡充に焦点を当てた支援も検討し得る。

3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

以下に、財政の一般情報、主要保健財政指標、保健省予算、診察料、医療保障制度の関連政策、公的医療保障制度、民間医療保険の概要、保健医療財政、及び医療保障制度の課題とニーズについて報告する。

3.1 財政の一般情報

2020 年 10 月、経済財務省は、一般予算に係る法令により、2019 年から 2020 年の歳入は 89,339,870,695 グルド (約 109 億円)、歳出は 181,297,967,327 グルド (2,207 億円)、また、2020 年から 2021 年の国家予算は 254,704,000,000 グルド (3,100 億円) となると発表した⁵³。

⁵² World Bank : <https://www.worldbank.org/ja/country/japan/brief/policy-and-human-resources-development-fund>

⁵³ Government of Haiti. (2020) “Décret établissant le Budget Général de l'exercice 2020-2021” Available from <https://www.haitilibre.com/docs/budget-2020-2021.pdf> (Accessed on 20 January 2021)

これについて、現地メディアは、楽観的な根拠に基づくものであると報じている⁵⁴。ある経済省職員によれば、この楽観的な根拠とは、新型コロナウイルス感染症の第2波は来ないと予測、経済回復計画の開始、安全な気候の回復、とのことである⁵⁵。歳入の項目としては、直接税、間接税（現地生産、外国貿易（入国時に徴収されるその他の関税および税金を含む）、石油製品）、その他が挙げられる。公債総額は2020年9月30日現在、22億米ドルで、うち83%が対ベネズエラの負債である⁵⁶。また、GDP142.9億米ドル⁵⁷に占める割合は15.4%である。歳出の内容は、行政運営、利息、例外的費用で、2020～2021年の保健医療費は10,454,023,940グルドであり、国家全体の4.1%に相当する。また、国家予算がGDPに占める割合は10%で、IMF統計191カ国のうち最下位である⁵⁸。なお、会計年度は9月～8月である。

3.2 主要保健財政指標

2018年、ハイチの総保健支出は715百万米ドルである。図8に示す通り、総保健支出の財源別内訳は、国の一般歳出（Government Transfer）10.25%、公的医療保険（Social health insurance contribution）1.73%、国民自己負担（Out-of-pocket spending）43.58%、民間医療保険（Voluntary health insurance contribution）5.26%、援助（External aid）39.18%、その他が0%となっている。従って、政府保健支出（Government health Spending）は、一般歳出と公的医療保険を合わせた11.98%である。なお、ハイチの国民1人あたりの保健支出は64.25米ドル（2018年）であり、10年前の48.47米ドル（2008年）から約33%増加している。また、2018年の政府総支出に占める保健支出は、4.8%と非常に低く⁵⁸、上述のとおり、2020年は4.1%とさらに低下している。加えて、国際援助を財源とした支出が多いが少しずつ減少傾向にあること、また、自己負担率もそれに伴い増加してきていることが分かる。

⁵⁴ Haiti Libre. (2020) “Haïti - Économie : Tous les détails du nouveau budget d’Haïti (2020-2021) de 254 milliards” Available from <https://www.haitilibre.com/article-32025-haiti-economie-tous-les-detaills-du-nouveau-budget-d-haiti-2020-2021-de-254-milliards.html> (Accessed on 20 January 2021)

⁵⁵ 現地補助傭人による個人的なネットワークを通じた聞き取りより。

⁵⁶ 保健・人口省へのアンケート調査回答より。

⁵⁷ IMF World Economic Outlook Databases 2021年4月版

⁵⁸ WHO, Global Health Expenditure Database Available from https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en (Accessed 21 January 2021)

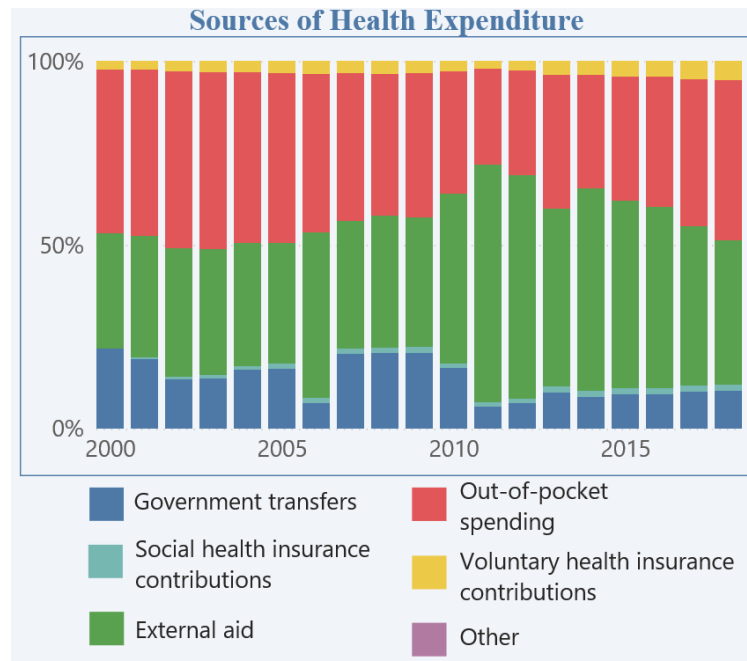


図 9 総保健支出の財源別内訳

(出典：WHO Global Health Expenditure Database: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en)

3.3 保健・人口省予算

2009年から2010年には、72億グルド（約90億円）が保健医療分野に配分されたが、そのうち、約80%は医療従事者の給与の支払いに充てられた²⁶。また、2018年から2019年は12億グルド（約15億円）が保健・人口省に配分（前年比113%の増額）されたが、保健・人口省大臣によると約22億グルド（27億円）が必要であるのに対し、不足しているとのことである⁵⁹。他方、2019年～2020年は217億グルド（約266億円）、2020年～2021年は105億グルド（約129億円）と、大幅に増加している。これは新型コロナウイルス感染症に対応するためのものであることに留意が必要である⁵⁶。

保健医療セクターの資金の流れについては、下図9のとおりである²⁶。公的セクター、公的セクター及び民間セクターの混合に分類すると、その多く（78.6%）が後者による資金調達となっており、財源は、保険料、自己負担、民間組織、国際機関等である。

⁵⁹ Le National (2018) “Budget 2018-2019 : Marie Greta Roy Clément insatisfaite de la part accordée au MSPP” Available from http://lenational.org/post_free.php?elif=1_CONTENUE/actualites&rebmun=4815 (Accessed 21 January 2021)

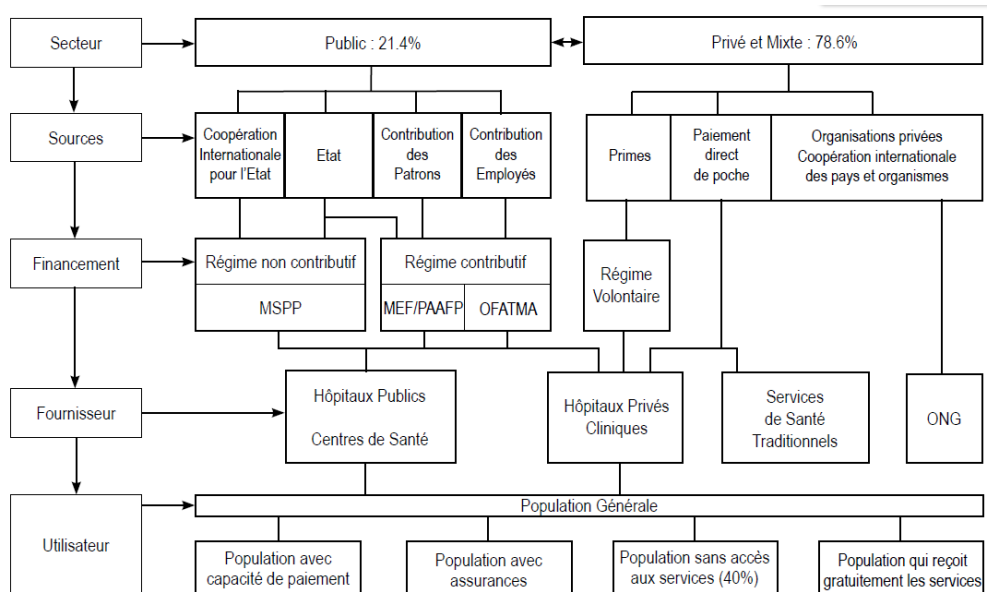


図 10 ハイチ保健システムの資金調達構造

3.4 診察料

代表的な公的医療機関、民間医療機関の診察料及び料金設定に係る権限に関する情報は 2021 年 8 月現在、得られていない。

3.5 医療保障制度の関連政策

上述のとおり、国家保健計画（PNS）は全体目標として「適切で、効率的且つ全ての国民の普遍的なアクセスを可能にする保健システムを通じて、主要な健康課題と関連した罹患率及び死亡率の低減を保障すること」と謳い、UHC の達成を目指していると言える²⁶。また、同政策のもと保健マスタープラン（PDS）では戦略的柱の 1 つとして、国家保健基金（Fonds National pour la Santé）の設立を目指しているが、2021 年 8 月現在、進捗はない。

さらに、社会労働省と連携して、社会保障のプラットフォームを構築するとしている。具体的には、保険会社は保健医療施設に還付の義務を負うこと、そのために統一した患者情報を構築すること、労働災害・健康・出産保険事務所（Office d'Assurance Accident du Travail, Maladie et Maternité, OFATMA）を強化し、フォーマルセクターの労働者のための健康保険の拡充や出産保険の義務化を図ること、民間企業による従業員とその扶養者への自家保険を促進すること、保健税（環境税、悪行税、衛生税、UHC 支援のための切手発行）などの導入を目指しており、2019 年から 2022 年の達成度を 80% に設定している^{26,26}。なお、ハイチには、出生届、婚姻届、死亡届が存在する。市町村は毎年、管轄域内の病院から出生数を含む登録簿を受け取ることになっている。また、国家身分証明庁（ONI）総局は新たに導入さ

れた国民身分証明書（CIN）の普及を目指している⁶⁰。

これらの政策には、NCDs 対策や高齢化対策、社会的脆弱層に向けた方針はあるが、長期的持続に向けた戦略、貧困層等の脆弱層への配慮、貧困層向けの特別財源（基金等）に係る戦略については、言及されていない。また、感染症対策に係る政策は言及されているが、パンデミック等の非常事態へのプリペアドネスについては、述べられていない。世界銀行による、ハイチの COVID-19 対策&レジリエントな開発政策計画書によると、ハイチは脆弱な経済、保健システム、財政難から、パンデミックに対応できるリソースがない⁶¹、と報告されている。なお、後述のとおり、高齢者及び障害者向けの公的保険は存在する。

ハイチにおいては、医療費が無料ではなく、49%の国民にとって、それが大きな負担となっており⁶²、医療保障制度の拡充への期待は高いと考えられる。しかし、保健省は政府から十分な予算を継続的に確保する手段をもっておらず、UHC 達成というゴールの重要性が議員の間で認識されていない、との見方もある⁵⁹。

3.6 公的医療保障制度

社会労働省の監督のもと、労働災害・健康・出産保険事務所（OFATMA）が公務員及び民間雇用者への健康保険を提供しており、フォーマルセクターにおける加入は義務であり、インフォーマルセクターにおいては任意加入である。また、国家高齢者保険事務所（Office National d'Assurance-Vieillesse, ONA）は高齢者と障害者への保険を提供している。これら OFATMA による保険カバー率は人口の 2%、ONA による保険カバー率は人口の 1%程度となっている⁶³。これは、多くの公務員や民間企業雇用者が OFATMA のプランに満足していないためとのことである。OFATMA の提供するプランは以下のとおり。また、財源は国と雇用者である⁵⁶。

表 18 OFATMA による健康保険⁵⁶

| プラン | 所得額 (グルド) | 雇用者負担 | | 国家負担 | |
|-------|---------------|--------|--------|--------|--------|
| | | 本人 | 家族 | 本人 | 家族 |
| プラン A | 39,000 以上 | 216.50 | 378.30 | 504.70 | 882.70 |
| プラン 1 | 18,000～38,999 | 167.96 | 292.58 | 391.92 | 682.48 |
| プラン 2 | 10,000～17,999 | 129.32 | 252.10 | 301.70 | 588.00 |

⁶⁰ <https://www.haitilibre.com/article-27636-haiti-avis-endroits-pour-obtenir-une-nouvelle-carte-d-identification-nationale.html>

⁶¹ World Bank, Program Document for a Proposed Grant for the Haiti Covid-19 Response and Resilience Development Policy Operation

⁶² Hashimoto K., Adrien L. & Rajkumar S. (2029) “Moving Towards Universal Health Coverage in Haiti”, *Health Systems & Reform*, VOL. 6 NO. 01 (9 pages) Available from https://www.researchgate.net/publication/338884072_Moving_Towards_Universal_Health_Coverage_in_Haiti (Accessed on 20 January 2021)

⁶³ USAID (2016) “Health Financing Profile Haiti”. Available from https://www.healthpolicyproject.com/pubs/7887/Haiti_HFP.pdf (Accessed on 20 January 2021)

| | |
|------|--|
| 給付内容 | 生命保険、死亡保険、葬儀代前払、国内外における入院部屋代、病院サービス（国内外における病院受診、手術、産科、レントゲン、眼科、精神科等）、国内外における救急搬送 |
|------|--|

保健・人口省は、PNS 及び PDS に沿って国民全てに無料で保健医療サービスを提供すると計画し、それに向けて、国家保健基金を設立し、財源を確保する予定である²⁶。その主な財源は、上述のとおり、悪行税（sin taxes または taxes sur les produits nocifs pour la santé）などを含む保健税としている。ただし、世界銀行ハイチ事務所の保健担当官によると、国家保健基金の設立は、保健・人口省、開発パートナー、保健関係機関はその保守性や知識不足から従来の直接支払いを好み、また、国家保健基金設立に向けた法律が効力を発揮していないこと、資金も不明確であること、リソース活用のメカニズムの透明性が不足していることから、実現していない。

保健医療機関への支払い方法は、出来高払い⁶⁴（患者に提供した医療サービスに対応する報酬を支払う方式）であるが、大多数の貧困層に対応していない。

3.7 民間医療保険の概要

ハイチには、9つの民間保険会社⁶⁵が存在する。これに加え、民間企業がその従業員とその扶養者に提供する自家保険と合わせ、人口の4%程度をカバーしている^{62,62}。

公的医療保障制度との関係については、保健・人口省からは回答不可とのコメントがあった。

3.8 医療費等による家計破綻・困窮化

UHC 達成のひとつの指標である「家計収支に占める健康関連支出が大きい人口の割合」に関連し、経済破綻をきたす出費が家計のなかで占める割合の閾値を10%とした場合には、ハイチでは11.5%（2013年）の破綻率であり、世界平均12.7%（2015年）、ラテンアメリカ・カリブ地域平均15.1%（2015年）⁶⁶と比較して低い数値となっているが、ハイチにおけるサービスカバレッジ指数の低さを勘案すると、必ずしも必要なサービスを受けられていないことが推察できる。また、医療保障制度の未整備を勘案すると、その少ないサービスも自己負担により受診しなければならない現状がある。

世界銀行ハイチ事務所の保健担当官によれば、データはほとんどないものの、地方及び都

⁶⁴ 山岡加奈子編「イスパニョーラ島研究序説調査研究報告書、アジア経済研究所（2016年）p85

⁶⁵ 9社のうち6社は Delespinass Assurances et Conseils、ALSA-Les Assurances Léger S.A.、Compagnie d'Assurance d'Haïti S.A. (CAH)、Nationale d'Assurances S.A. et Internationale d'Assurances S.A. (NASSA-INASSA)、Alternative Insurance Company (AIC)、L'Atout Assurance S.A.

⁶⁶ WHO & World Bank (2019) Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2019 (Advance copy) :

https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf?ua=1

市の貧困層が医療費によりもっとも貧困化や家計破綻が多いと考えられるとのことであった。

なお、ハイチの医療費による貧困化率に関するデータは2019年のGlobal Monitoring Report on Financial Protection in Healthには記載がない。

3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ

PNSによると、政府保健支出を総保健支出の15%へと段階的に増やしていく、としているが、前述のとおり、政府保健支出は12%程度（2018年）に留まっている。ハイチにおいては、保健医療サービスの質、量ともに不足している状況があり、保険制度の拡充を図るより先に、特に一次医療レベルにおける保健医療サービスの質、量を改善する必要がある。同時に、国家保健基金の設立が急がれる。上述の進捗が遅れている理由をさらに分析し、基金の設立に向けた支援が望まれる。

4. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

「2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ」並びに「3.8 保健医療財政及び保健保障制度の課題とニーズ」に報告した内容を中心に、以下に、現時点での今後のJICA協力の可能性の検討結果を示す。

4.1 協力優先度の高いニーズ

保健医療サービス提供に関しては、次の4つが課題として挙げられる：①保健医療人材の不足、②脆弱な保健医療インフラ、③脆弱な保健サービス供給（特に地方部）、④脆弱な保健財政（ドナーによる支援への依存）。他方、ハイチは治安状況に鑑み、当面は個別専門家派遣及び本邦研修が現実的であるところ、これらのスキームを中心に、以下の【1】～【4】の協力案件を候補として提案する。加えて、治安が改善された際には、【5】の技術協力プロジェクトの実施を提案したい。

- 【1】 保健省アドバイザー（個別派遣専門家）
- 【2】 国別または課題別研修（本邦）：母子保健分野
- 【3】 国別または課題別研修（本邦）：感染症対策分野
- 【4】 国別または課題別研修（本邦）：医療保障制度分野
- 【5】 国家保健基金の運営能力強化（技術協力プロジェクト）

なお、保健マスタープラン等においてNCDs対策は同国の課題の1つに据えられているものの、政府によるNCDs対策への注力（NCDs関連施策の実施等）は確認されていない

ことに加え、保健・人口省関係者に対する調査でも母子保健および感染症対策分野に対する支援ニーズの声が聞かれた。そのため、NCDs 対策分野の国別・課題別研修の実施は将来的には検討し得るものの、政府の取組み施策に即して支援ニーズが大きい分野として上記の4つを提案する。協力案件の概要を表にまとめると表 19 のとおりとなる。

表 19 協力案件候補の内容

| |
|---|
| <p>【1】保健省アドバイザー（個別派遣専門家）</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • 被益者：ハイチ国民約 1,100 万人 • 対象：保健省、国家保健基金 • 内容：国家保健政策及びマスタープランに沿った施策実施（人材、インフラ含む保健システム強化全般）、エビデンスに基づく保健政策立案・管理、国家保健基金設立・運営、対ハイチ保健協力検討への助言。また、これらの分野へのカウンターパート研修。 • 支援額：派遣期間、現地での活動内容等による。 |
| <p>【2】国別または課題別研修（本邦）：母子保健分野</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • 裨益者：ハイチの妊産婦、乳幼児（※想定裨益者数は精緻化中） • 対象：中央もしくは地方政府の母子保健担当部局 • 内容：（1）プライマリーヘルスケアにおける母子継続ケアに重点を置いたユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）の実現の重要性の理解、（2）日本に母子保健行政における国と地方自治体の施策や制度、法律の理解、（3）母子継続ケアのサービスの実施現場（医療施設や保健センター）を見学。 • 支援額：20,000 千円（実務レベル 3 名程度×1 ヶ月/年×3 年）※レベル、人数、期間等詳細は今後さらに要検討。 |
| <p>【3】国別または課題別研修（本邦）：感染症対策分野</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • 裨益者：ハイチ国民約 1,100 万人 • 対象：公衆衛生ラボ（LNSP）、保健省感染症対策行政担当部局 • 内容：重症感染症のアウトブレイク対応能力の強化を図るため、実地疫学における（1）アウトブレイクの存在確認、（2）効果的な感染対策（感染源対策、感染経路対策、感受性者対策等）の実施、（3）アウトブレイクの概要把握のための疫学調査（記述疫学）、（4）感染リスク評価のための疫学調査（解析疫学）、（5）仮説以外の機序の発症考察、（6）再発防止策の検討、について理解する。 • 支援額：20,000 千円（実務レベル 3 名程度×1 ヶ月/年×3 年）※レベル、人数、期間等詳細は今後さらに要検討。 |

【4】国別または課題別研修（本邦）：医療保障制度分野

- 裨益者：ハイチ国民約 1,100 万人
- 対象：保健省、国家保健基金
- 内容：（1）ハイチの保健医療提供体制と医療保障に関する政策や制度の現状と課題を分析、
（2）日本が UHC を維持するにあたって、過去及び現在に直面した課題とそれへの対応の理解、
（3）ハイチの抱える課題と今後の対応についてアクション・プランの作成。
- 支援額：20,000 千円（実務レベル 3 名程度×1 ヶ月/年×3 年）※レベル、人数、期間等詳細は今後さらに要検討。

【5】国家保健基金の運営能力強化（技術協力プロジェクト）

- 裨益者：ハイチ国民約 1,100 万人
- 対象：保健省、国家保健基金
- 内容：（1）無料医療制度の構築、（2）モデル地域における無料医療制度の実施支援・管理のため基金地方支部の能力強化、（3）モデル地域における無料医療制度に関連する医療機関の職員の能力が強化
- 支援額：300,000 千円（チーフアドバイザー、保健財政、医療事務、業務調整×3 年）

第5章 ホンジュラス

目次

| | | |
|----------|---|-----|
| 1 | 基礎情報 | 150 |
| 1.1 | 一般情報..... | 150 |
| 1.2 | 政治・経済状況..... | 151 |
| 1.3 | 国家開発計画..... | 152 |
| 1.4 | 日本との外交・経済関係..... | 153 |
| 2 | 保健セクターの概況 | 153 |
| 2.1 | 保健・人口の概況..... | 153 |
| 2.2 | 保健医療政策..... | 158 |
| 2.3 | 保健行政機関..... | 160 |
| 2.4 | 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況..... | 160 |
| 2.5 | 保健医療サービスの供給体制..... | 164 |
| 2.6 | 主要保健医療サービスの利用状況..... | 173 |
| 2.7 | 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況..... | 175 |
| 2.8 | 医薬品調達・供給..... | 180 |
| 2.9 | ドナーの支援実績..... | 181 |
| 2.10 | UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ..... | 184 |
| 3 | 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 185 |
| 3.1 | 財政の一般情報..... | 185 |
| 3.2 | 主要保健財政指標..... | 186 |
| 3.3 | 保健省（Secretaria de Salud : SESAL）予算..... | 187 |
| 3.4 | 診察料..... | 188 |
| 3.5 | 医療保険制度の関連政策..... | 188 |
| 3.6 | 公的医療保障制度..... | 191 |
| 3.7 | 民間医療保険の概要..... | 192 |
| 3.8 | 医療費等による家計破綻・困窮化..... | 192 |
| 3.9 | 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ..... | 193 |
| 4 | 協力の可能性（案） | 194 |
| 4.1 | 協力優先度の高いニーズ..... | 194 |
| 4.2 | 協力スキーム..... | 197 |

図表目次

| | |
|--|-----|
| 表 1 国家ビジョン 2010-2038 における国家目標及びターゲット（一部） | 152 |
| 表 2 年齢グループ別の人口動態予想..... | 155 |
| 表 3 糖尿病患者数及び有病率（県別）（保健省からの統計情報及び 2020 年の人口動態 （INE）から算出） | 157 |
| 表 4 機関別戦略計画 2018-2022 重要点の整理 | 158 |
| 表 5 社会保護に関する枠組み法（一部抜粋） | 159 |
| 表 6 SIIS にて報告が義務付けられる疾患リスト（Unidad de Vigilancia de la Salud より） | 161 |
| 表 7 医薬品関連の情報システム..... | 163 |
| 表 8 保健医療情報システムの課題..... | 163 |
| 表 9 一次レベルにおける施設タイプ及び機能..... | 165 |
| 表 10 倒壊の危険性がある基礎病院 ³² | 169 |
| 表 11 医師数（保健省勤務）と地域別分布..... | 169 |
| 表 12 看護師数（保健省勤務）と地域別分布 ³⁴ | 170 |
| 表 13 エリア別の医療従事者分布 ³⁴ | 171 |
| 表 14 その他の医療従事者数（保健省勤務）と地域別分布 ³⁴ | 171 |
| 表 15 ホンジュラスにおける SDG 指標 3.8.1 の下位項目 ⁴⁰ | 175 |
| 表 16 INADI における課題..... | 178 |
| 表 17 NCD 対策におけるホンジュラスの課題..... | 179 |
| 表 18 主な NCD 関連の計画・ガイドラインにおける指標 | 179 |
| 表 19 ホンジュラスに対する各ドナーの支援実績..... | 181 |
| 表 20 UHC にかかる案件詳細..... | 184 |
| 表 21 公的投資額（資金源別×100 万レンピーラ） | 186 |
| 表 22 国家保健モデルの横断的アプローチ..... | 189 |
| 表 23 家庭保健チームの職種構成..... | 190 |
| 表 24 家庭保健チームの配置（2021 年、キーインフォーマントへのヒアリングによる） | 190 |
| 表 25 家庭保健チームの業務（一部） ⁶² | 190 |
| 表 26 分権化が実施された市を有する保健地域（キーインフォーマントへのヒアリングに よる） | 191 |
| 表 27 IDB により分権化された地域（キーインフォーマントへのヒアリングによる） | 191 |
| 表 28 協力ニーズ及びその優先度..... | 194 |
| 表 29 協力案件（案）の内容..... | 195 |
| 表 30 案件（案）の 5 項目評価..... | 196 |
| 表 31 各案件（案）スキーム..... | 197 |

| | |
|--|-----|
| 図 1 ホンジュラス国 地図..... | 150 |
| 図 2 ホンジュラスにおける GDP 成長率 ² | 150 |
| 図 3 国内貧困マップ（2002年の貧困ラインを基にした調査）..... | 151 |
| 図 4 ホンジュラスにおける非正規雇用の推移 ⁷ | 151 |
| 図 5 ホンジュラスにおける非正規雇用の割合（薄青：目に見えない非正規雇用、濃青：目に見える非正規雇用） ⁷ | 152 |
| 図 6 1999年の人口ピラミッド 図 7 2019年の人口ピラミッド..... | 154 |
| 図 8 2039年の人口ピラミッド..... | 154 |
| 図 9 ホンジュラスにおける主たる死因..... | 155 |
| 図 10 2019年のDALYの上位10位と2009年～2019年の変化率（全年齢合計） ¹³ | 156 |
| 図 11 各種有病率（2016年、男女別）..... | 156 |
| 図 12 中南米各国における結核発生数の変化率（2000～2018年） ²⁰ | 158 |
| 図 13 疾患報告フォーマット..... | 162 |
| 図 14 ホンジュラスにおける保健医療施設カテゴリ..... | 164 |
| 図 15 状態の悪い病床の様子 ³¹ | 165 |
| 図 16 保健医療施設の損傷状況（県別）..... | 166 |
| 図 17 保健医療施設における電量供給の損傷 ³² | 166 |
| 図 18 保健医療施設における水道の損傷 ³² | 167 |
| 図 19 保健医療施設における通信回線の損傷 ³² | 167 |
| 図 20 保健医療施設における医療機器の損傷 ³² | 168 |
| 図 21 保健医療施設へのアクセスの損傷 ³² | 168 |
| 図 22 施設出産率の割合（県別/一部抜粋）..... | 173 |
| 図 23 トモグラフィ配置数（左）、MRI配置数（右）（人口100万人あたり） ²⁰ | 174 |
| 図 24 マンモグラフィ配置数（左）、放射線装置配置数（右）（人口100万人あたり※マンモグラフィは50-69歳の女性人口） ²⁰ | 174 |
| 図 25 UHC サービスカバレッジ指数..... | 175 |
| 図 26 2018年の保健省系列施設にて提供されたケア数（疾患別）..... | 177 |
| 図 27 INADI 総患者における県別割合（キーインフォーマントへのヒアリングより）...178 | 178 |
| 図 28 ホンジュラスにおける総保健支出の財源別内訳図..... | 187 |
| 図 29 2019年の保健省予算執行状況（プログラム別）..... | 187 |
| 図 30 回収料金の例..... | 188 |
| 図 31 ホンジュラスにおける医薬品購入元 ⁶⁹ | 193 |

1 基礎情報

以下に、一般情報、政治・経済状況、国家開発計画及び日本との外交・経済関係を示す。

1.1 一般情報

ホンジュラスの人口は約 9.74 百万人であり、GDP は 250.9 億ドル（2019 年）、世界銀行によれば 203 か国中 105 位である¹。一人あたりの GNI は現在増加傾向で、2019 年には 2,390 米ドルである。また GDP 成長率は図 2 にあるように非常に不安定であるが、2010 年以降は概ね 3% 台で推移している。また、国民の 14.8% が 1 日の所得が 1.90 米ドルの貧困ラインにある²（2019 年）。



図 1 ホンジュラス国 地図

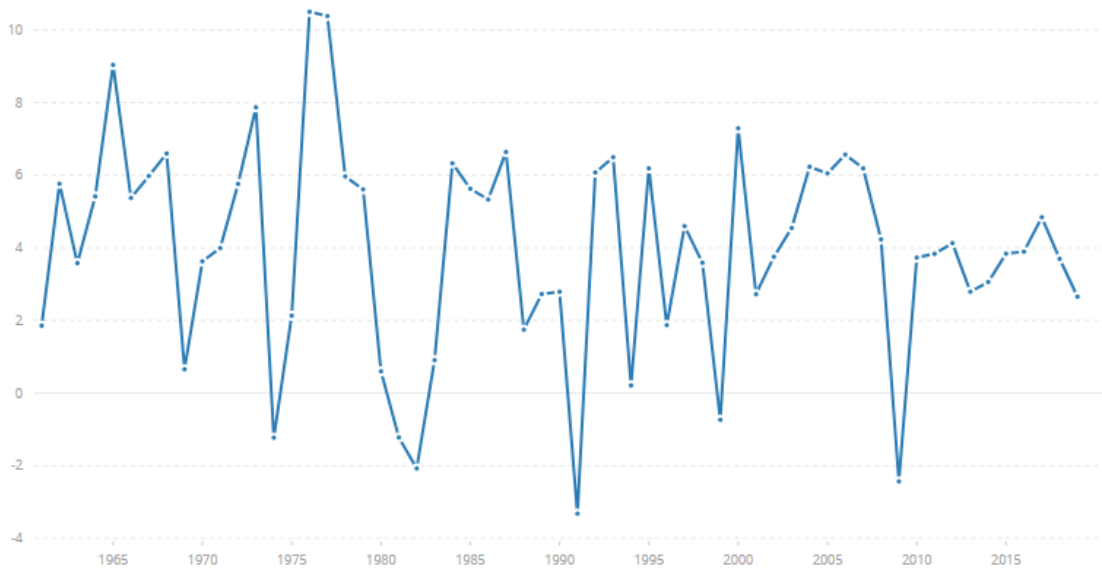


図 2 ホンジュラスにおける GDP 成長率²

世界銀行の調査（2019）³によると、人口の 55% は都市部に居住している。国内での貧困は特にエルサルバドルとの国境を有する西部に多い（図 3）。最も貧困状態である 40 の自

¹ World Bank : <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/gdp-ranking>

² World Development Indicator (World Bank) : <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>

³ World Bank/ Jobs Diagnostic Honduras, 2019

治体のうち 24 カ所はレンピーラ県に、その他はインティブカ県に集中している³。

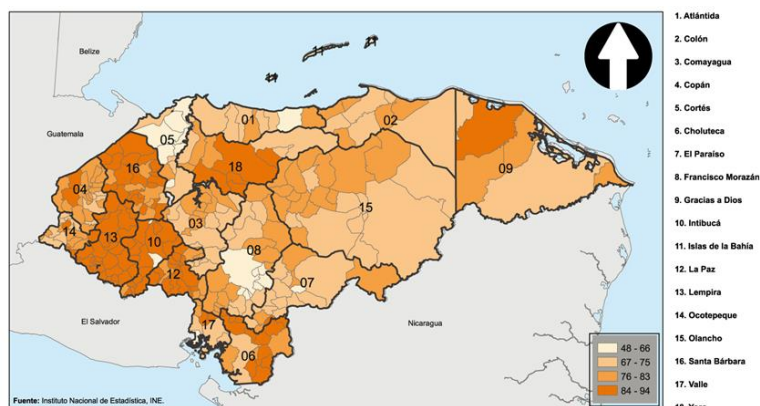


図 3 国内貧困マップ⁴（2002 年の貧困ラインを基にした調査）

1.2 政治・経済状況⁵

ホンジュラスの政治形態は立憲共和制であり、任期 4 年の一院制度である。現在の元首は、2018 年 1 月に 2 期目の就任となったフアン・オルランド・エルナンデス・アルバラード大統領であり、2022 年まで 4 年の任期となっている。この 2 期連続での就任は同国の憲法に反する。ホンジュラスの主要産業は、農林水産業（コーヒー、バナナ、パーム油、養殖エビ、メロンやスイカ等）、縫製産業、観光業となっている。また、同国に進出している本邦企業は 3 社であり⁶、2019 年 6 月現在の在留邦人は 183 人である。

雇用・労働の側面から述べる。近年、同国では非正規雇用者が増加している。2018 年の報告書⁷によれば、非正規雇用者の数は 2000 年代で増加傾向を維持しており、2018 年には約 2.57 百万人に上り、その割合は全雇用者のうち約 6 割を占める（図 4、5）。

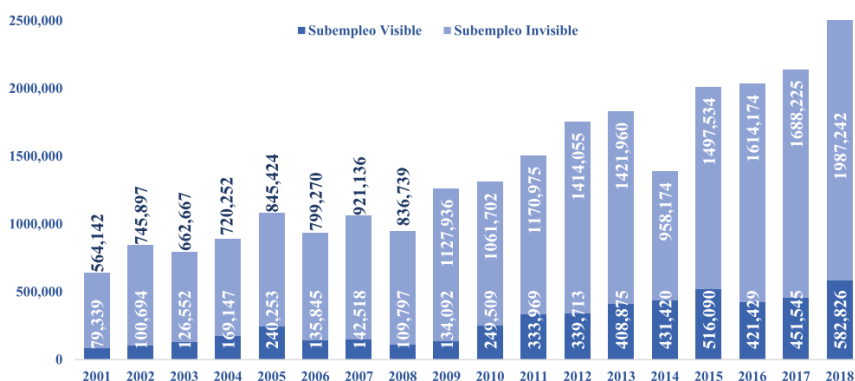


図 4 ホンジュラスにおける非正規雇用者の推移⁷

なお、同国では非正規雇用者の問題を適切に定量化するために、「目に見える非正規雇

4 ホンジュラス国立統計局：<https://www.ine.gob.hn/publicaciones/anuarios%20sen/Anuariosen2014-2018/9Mapas.html>

5 外務省：<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/honduras/data.html#section2>

6 外務省：<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000214492.pdf>

7 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS：SITUACIÓN DEL EMPLEO EN HONDURAS, 2018

用（subempleo visible）」と「目に見えない非正規雇用（subempleo invisible）」の2カテゴリを定義している。目に見える非正規雇用とは、週の労働時間が36時間未満で、さらなる労働の希望はあるが叶っていない労働者のことを指す。一方で目に見えない非正規雇用は週36時間以上労働を行っているものの、その月収が県や地域毎の最低賃金を下回っているものを指す。

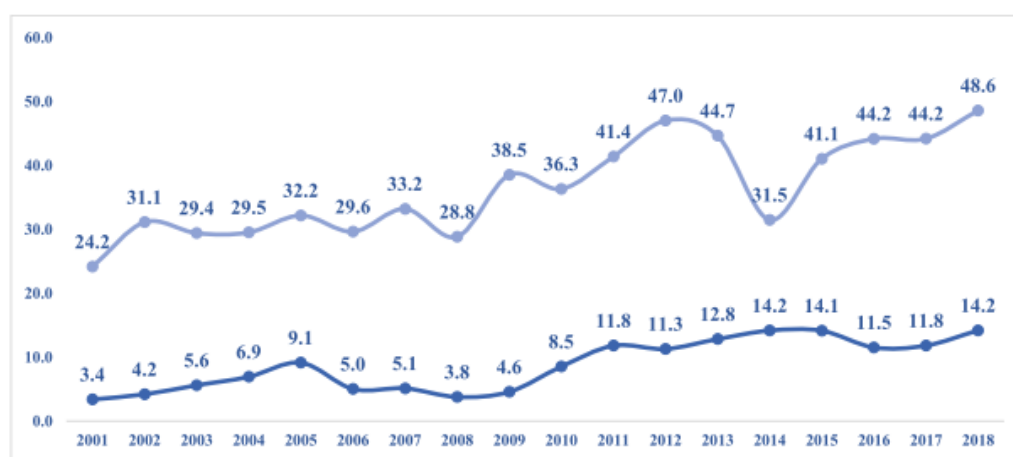


図5 ホンジュラスにおける非正規雇用の割合（薄青：目に見えない非正規雇用、濃青：目に見える非正規雇用）⁷

1.3 国家開発計画

現在、ホンジュラスは開発計画として、主に3つの指針を活用している。まず1つ目が国家ビジョン（Visión de País）2010-2038という指針である。これは、17の開発指針と4つの国家目標、さらに22の国家優先目標を掲げ、あるべき国家の条件をまとめたものである。Visión de Paísにおける開発指針6は、“機会が生み出すプロセスとしての人間開発”とされており、市民に対して機会を保障することの必要性が強調されている。その中でも特に、健康的で長寿な生活スタイル、政治的自由、人権の完全な行使、教育等の不可欠なリソースへのアクセスが重要と示されている。

また、4つの国家目標及びその下位にあたるターゲットについては以下の表1のとおりである。“極度の貧困のない、教育を受けられ、健康的な、社会福祉制度が統合されたホンジュラス”が掲げられ、保健医療レベルにおいて95%のカバー率に到達することが明確に述べられている。

表1 国家ビジョン2010-2038における国家目標及びターゲット（一部）

| 目標 | ターゲット |
|--|---|
| 極度の貧困のない、教育を受けられ、健康的な、社会福祉制度が統合されたホンジュラス | <ul style="list-style-type: none"> ・極度の貧困の根絶 ・貧困世帯を15%以下に減らす ・すべての保健医療レベルにおいて、健康保険制度のカバー率が95%に到達する |
| 安全で暴力のない民主主義 | (省略) |

の発展

安定した雇用、資源の活用、環境への脆弱性の軽減
近代的で、責任感・競争力のある効率的な国家

・ダムや水の利用率を 25%に引き上げる

・地方分権に向けて 40%の公共投資の地方分権化を達成した

・世界銀行のガバナンス指標のうち、腐敗防止指数におけるホンジュラスの指標を 90%から 100%にする

2つ目は、国家計画（Plan de la Nación） 2010-2022 である。これは、前述の Visión de País を達成するため、11 の戦略的指針が示されている。本戦略的指針 5 において“生活改善のための基盤としての健康”が掲げられている。

1.4 日本との外交・経済関係⁸

1935 年 2 月、ホンジュラスと日本とで外交関係が樹立したものの、第 2 次世界大戦により停止し、1953 年 10 月に再開した。対日貿易では、ホンジュラスからの輸出は、コーヒー、衣類、メロン、えび等で 64.63 億円である。一方、輸入は、自動車、原動機、自動車部品等で、総額 93.36 億円である（2019 年）。

同国に対する日本の援助実績は、2016 年度までの累計で、有償資金協力が 507.74 億円、無償資金協力が 802.73 億円、技術協力実績が JICA 実績ベースで 443.00 億円となっている。日本とホンジュラスは、1975 年に青年海外協力隊派遣取極を締結し、2007 年には技術協力協定を取り交わしている。

2 保健セクターの概況

ホンジュラスの保健セクターの概況として、以下に、保健・人口の概要、保健医療政策、保健行政機関、保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況、保健医療サービスの供給体制、保健医療サービスの利用状況、疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況、医薬品調達・供給、ドナーの支援実績、及び UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズについて示す。

2.1 保健・人口の概況

図 6 と図 7 に示す通り、ホンジュラスは、6.39 百万人（1999 年）からの 9.74 百万

（2019 年）へと 20 年間で 50%以上の人口増加率である。労働人口が多く、人口ボーナスへの移行期となっている⁹。一方で、1990 年代以降、20 歳未満の人口の割合が減少するという現象もみられている。これは、過去 20 年間の出生率と死亡率の低下を反映している。

⁸ 外務省： <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/honduras/data.html#section6>

⁹ 保健省： Plan estratégico institucional (ESTRATÉGICO) Y HACER MENCION QUE ES PLAN ESTRAT DE SESAL

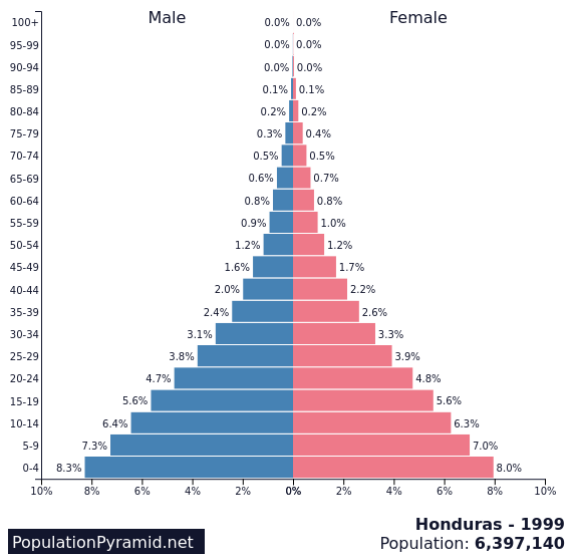


図 6 1999年の人口ピラミッド

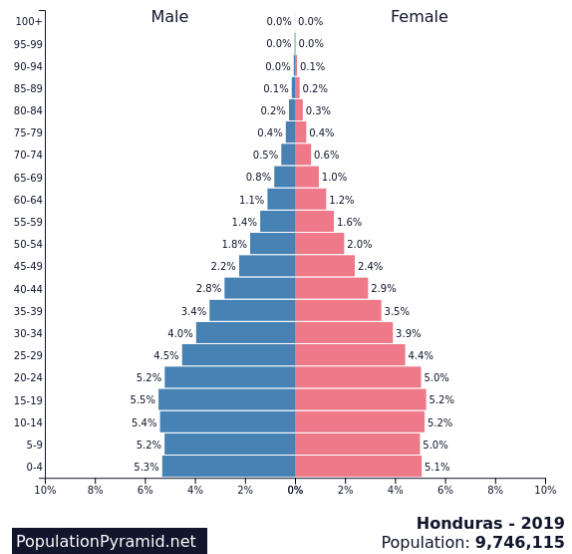


図 7 2019年の人口ピラミッド

一方、図 8 に示す通り、2039 年に予想される人口ピラミッドは、40 代以下の年代が同程度の比率を有する釣鐘型になると考えられている。生産年齢は 2019 年の 64.0% から 67.6% へ増加すると予想されている。一方、65 歳以上の高齢者も（ホンジュラスの場合、高齢者の定義は 60 歳以上である）、人口全体の 4.6%（2019 年）から 8.6%（2039 年）へ増大すると予想され、この 20 年以内に高齢化社会へと突入していく。

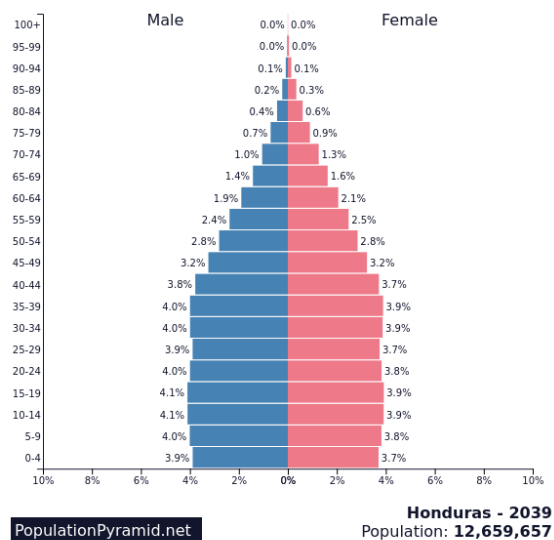


図 8 2039年の人口ピラミッド

また、前述した人口ボーナスは 2045 年がピークになると予想されており、その後は生産年齢人口が減少に転じ、従属人口割合が増えていくと考えられる（表 2）。高齢者のうち退職金や年金等の収入を得ているものは全体の 7%程度に留まっており、全体の約 8 割は貧困状況におかれている等¹²、高齢化が進むことにより保健サービスを含めた社会保障全体へ与える影響が大きいと予測される。詳細については「2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況」にて述べる。

表 2 年齢グループ別の人口動態予想¹⁰

| 年齢グループ | 1980 | 2015 | 2025 | 2035 | 2045 | 2100 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|
| 60歳以上 | 3 | 5 | 6 | 8 | 11 | 31 |
| 15歳以下 | 47 | 34 | 29 | 24 | 20 | 15 |
| 生産年齢人口（16歳から59歳） | 50 | 61 | 65 | 68 | 69 | 54 |

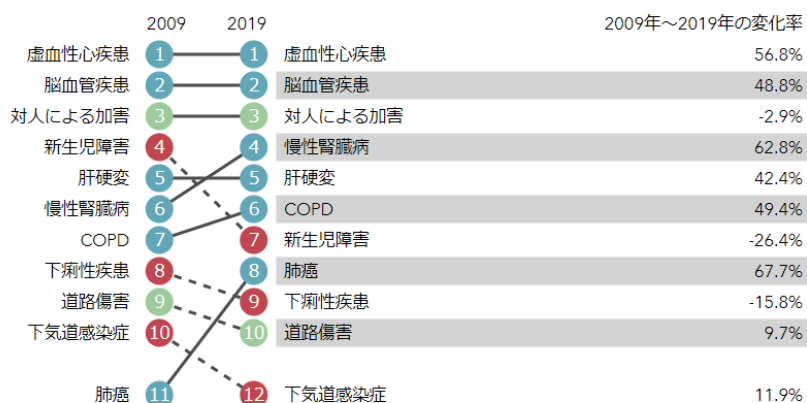


図 9 ホンジュラスにおける主たる死因¹¹

2018 年のホンジュラスの平均寿命は、75.0 歳（男性 72.8 歳、女性 77.4 歳）である。死因については、図 9 にあるように、虚血性疾患や脳血管疾患が上位を占めている。さらに、COPD や慢性腎疾患等、泌尿器や呼吸器の慢性疾患の順位が上位に見られるようになった。また、図 10 にあるように、2009 年以降 10 年間で死因や障害発生の原因を項目ごとに比較した際、増大しているものはすべて NCD に属する。特に虚血性心疾患、慢性腎疾患は 50% 以上、糖尿病は 60% 以上の増加率である。

¹⁰ UNFPA : Las tendencias demográficas de la población adulta mayor y sus implicaciones para las políticas públicas en materia de seguridad social, 2010

¹¹ <http://www.healthdata.org/honduras>

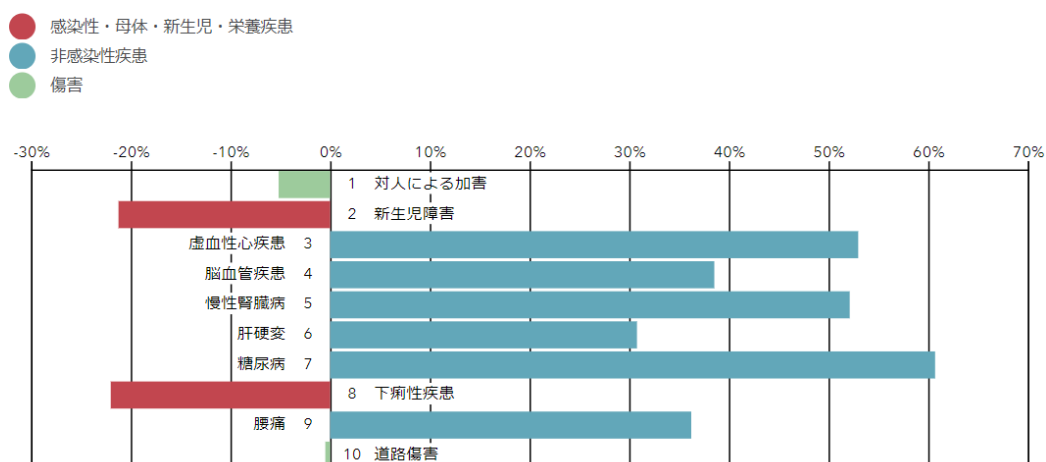


図 10 2019 年の DALY の上位 10 位と 2009 年～2019 年の変化率（全年齢合計）¹³

世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease Study）の結果によると、国際疾病分類（レベル 1）に沿って死亡を大きく非感染性疾患（NCD）・感染性疾患・外傷の 3 つのグループに分けたとき、1990 年において総死亡・障害原因の 40%が NCD、44%が感染性疾患・母子・栄養疾患、14%が外傷とすでに NCD の影響が感染性疾患・母子疾患・栄養疾患と同程度であった。2019 年時点では、NCD67%、感染性・母子・栄養疾患 17%、外傷 15%と NCD が死因・障害原因の 6 割以上を占めており、NCD による影響が拡大している¹²。

今回新たに保健省キーインフォーマントへのヒアリングを実施し、NCD 及びそのリスクファクターの統計情報を得た。2016 年には糖尿病有病率は男性 6.9%、女性 7.9%、過体重は男女それぞれ高く平均 47.6%、肥満率は男性 11.1%、女性 21.6%、高血圧は成人人口の 22.6%であった（図 11）。

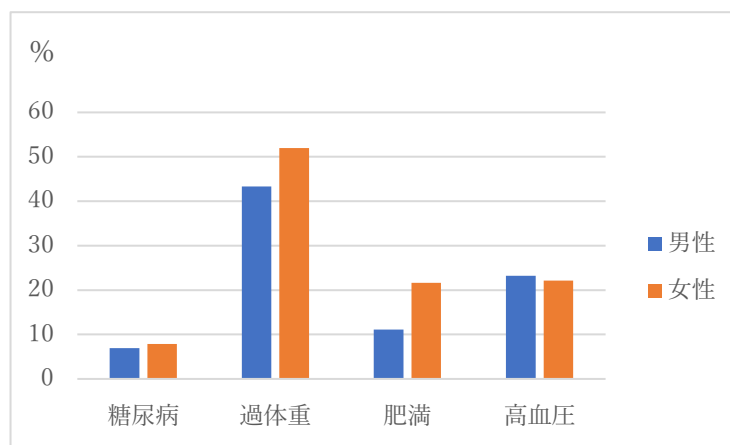


図 11 各種有病率（2016 年、男女別）

また、糖尿病の有病率は全国で増加傾向であり、2017 年から 2018 年の間に保健省に登録

¹² Institute for Health Metrics and Evaluation: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

された患者数は約 70,000 人、全国で人口 1,000 人あたり 7.25 である。この傾向は地域毎に大きく差があり、Gracias a Dios 県を中心に Comayagua 県、Francisco Morazán 県等で高く、Choluteca 県等では低くなっている（表 3）。

表 3 糖尿病患者数及び有病率（県別）（保健省からの統計情報及び 2020 年の人口動態（INE）から算出）

| 県 | 件数 | 人口 | 有病率（/1,000 人） |
|-------------------|--------|-----------|---------------|
| 全国 | 66,377 | 9,158,345 | 7.25 |
| Atlántida | 2,217 | 478,876 | 4.63 |
| Colón | 2,367 | 340,323 | 6.96 |
| Comayagua | 12,073 | 551,837 | 21.88 |
| Copán | 2,664 | 406,965 | 6.55 |
| Cortés | 10,686 | 1,751,997 | 6.10 |
| Choluteca | 374 | 469,848 | 0.80 |
| El Paraíso | 703 | 488,119 | 1.44 |
| Francisco Morazán | 20,609 | 1,650,245 | 12.49 |
| Gracias a Dios | 5,473 | 102,281 | 53.51 |
| Intibucá | 408 | 260,344 | 1.57 |
| Islas de la Bahía | 272 | 73,112 | 3.72 |
| La Paz | 563 | 220,892 | 2.55 |
| Lempira | 667 | 357,783 | 1.86 |
| Ocotepeque | 1,521 | 162,638 | 9.35 |
| Olancho | 400 | 570,845 | 0.70 |
| Santa Bárbara | 821 | 462,774 | 1.77 |
| Valle | 2,077 | 187,460 | 11.08 |
| Yoro | 2,482 | 622,006 | 3.99 |

その他の主要指標として、対人口 10 万人の結核罹患数では 32.0 件（2016-2017 年）¹³、罹患数の推移は 2000-2018 年において -70% 以上の減少率であり、中南米各国の中で最も結核が減少している国である¹⁴（図 12）。

¹³ PAHO: Tuberculosis in the Americas 2018

¹⁴ OECD/World Bank: Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020

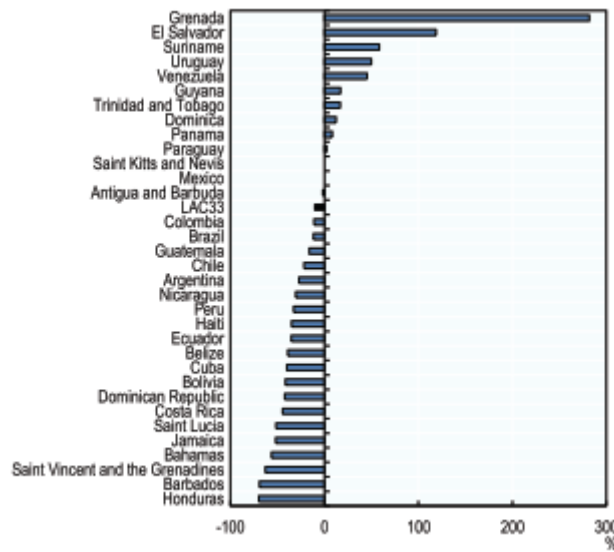


図 12 中南米各国における結核発生数の変化率（2000~2018年）²⁰

また、対出生千人の乳幼児死亡数は 45（1990年）から 18（2018年）へと 1/3 まで大幅に減少しているが、これは中南米カリブ海地域諸国の平均 15 を未だに上回っている。対出生 10 万人の妊産婦死亡率は 65（2017年）であり、中南米カリブ海地域各国の平均である 74 を下回っている¹⁵。

2.2 保健医療政策

(1) 機関別戦略計画（Plan Estratégico Institucional）2018-2022

本行動計画は「1.3 国家開発計画」で述べた、Visión del País 及び Plan de Nacion の方針に沿って考案された。国家目標の 1 つである“極度の貧困のない、教育を受けられ、健康的な、社会福祉制度が統合されたホンジュラス”を達成するため、保健医療サービスのカバー率 95% を達成すること、を目標としている。

同計画において、女性と 5 歳以下の子どもが人口におけるターゲットグループに、そして感染症として Dengue・Chikungunya 等、NCD としては高血圧、糖尿病、がん（子宮頸がん、乳がん、前立腺がんなど）が優先順位の高い疾患としてそれぞれ位置付けられている。また、保健省の主導機関としての多くのセクターの舵取りという役割については、重ねて強調されており、特に以下 7 点の側面が重要となっている。

表 4 機関別戦略計画 2018-2022 重要点の整理

| 重要点 | 詳細 |
|--------|---|
| マネジメント | 保健問題に関する国家優先事項や目的に基づき、関連する多くのセクターとの協働を通じて、部門別の戦略や計画、プログラム決定、指導、組織化及び実施を行う |

¹⁵ UNICEF: Children, food, nutrition. Executive Summary 2019

| | |
|------------|--|
| 規制 | 国民や地域社会の健康保護のため、関連商品やサービスに関する各種機関や法人が遵守すべき規制の枠組みを定義する |
| 健康規制に対する監査 | 上記で述べた規制について、各機関や法人等の適応状況を監視、監督する |
| 保健サーベイランス | 国民の健康状態や傾向、その要因やニーズについて把握し、リスクと影響を分析し、更に、それらに基づくタイムリーな意思決定を行う |
| 資金調達調整 | 保健システムに係る様々な財源について、国家の優先順位や目的に応じて調整、分配する |
| 国民健康保険制度 | 全人口の保健医療サービスへのアクセスを保障するため、多元的な健康保険制度を確立、監視、実施、評価を行う |
| サービス提供調整 | 保健医療サービスの提供について、様々なサービスの相補性の調整、役割の明確化を行い、重複を避けながら、資源の効率的な活用及びサービスの包括性や持続性を確保する |

これらの保健医療政策において、ホンジュラス政府は中央集権型システムから地方分権型システムへの移行を強調している。分権化を進める方策として、「3.5 医療保険制度の関連政策」で後述する国家保健モデル及び統合保健サービスネットワーク（Redes Integradas de Servicios de Salud :RISS）を展開している。

本計画 2018 年より実施されているが、新型コロナウイルスの感染拡大によりその後の中間評価は公表されていない状況である。

(2) 社会保護に関する枠組み法(Ley Marco de Sistema de Protección Social) (2015)

前述の機関別戦略計画でも述べられている国民健康保険制度（Sistema Nacional de Salud）の詳細及び当制度内において保健省国家事務局が管理・監督を行う統治機関であると定められている（17条）。また、同条項において、国民健康保険制度に関する法律（Ley del Sistema Nacional de Salud）の成立が必要な点も触れられている（表5）。

表5 社会保護に関する枠組み法（一部抜粋）

| 条 項 | 詳 細 |
|-------------------|--|
| 16条：国民健康保険制度 | <ul style="list-style-type: none"> ・必須医薬品リスト等のサービスの質の一定化 ・質・量ともに十分な医療従事者の確保 ・国家レベルの人材育成プログラム整備 ・コミュニティの健康プログラム強化 ・社会保障局との統合されたサービスの確立 |
| 17条：国民健康保険制度の管理運用 | 保健省国家事務局は、国民健康保険制度の統治を行う義務を有する |
| 18条：国民健康保険制度の保険機関 | 社会保障局は国民健康保険制度において、サービスの提供・管理を行う |

本法は 2015 年に施行されているものの、本法内で述べられている国民健康保険制度に関する法律については各機関の調整が難航している関係で、PAHO 等の国際機関による伴走を受けてもなお本政権においては成立の目途が立っていない状況である。これにより、統合的な国民健康保険制度の実現には至っていない。

(3) その他の政策

その他、課題別の保健医療政策のうち、がん対策としては、上記(2)で述べた機関別戦略計画 (Plan Estratégico Institucional 2018 - 2022) において、子宮・乳・胃・前立腺・肺・肝臓がんが、優先事項として挙げられている。また、高齢化対策としては「高齢化及び高齢者に対する政策 (Política Nacional de Envejecimiento y del Adulto Mayor)」が制定されている。リプロダクティブヘルスについては、「国家母子保健政策 (Política nacional de salud materno infantil)」や「性と生殖に関する国家健康政策 (Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva)」が定められている。

2.3 保健行政機関

ホンジュラスにおける保健行政機関は、保健省 (Secretaria de Salud :SESAL) である。同省の組織図は、添付資料のとおりである。

保健大臣直下に企画・評価ユニット、情報管理ユニット、内部監査部門などの 10 部門が配置され、さらに 2 名の次官が規制、及び統合保健サービスネットワークを担当している。

2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況

ホンジュラスにおいて、人口保健調査 (DHS: Demographic Health Survey) は 2005-2006 年及び 2011-2012 年に実施されている。生活基準調査 (LSMS: Living Standards measurement Study) は実施されたことがなく、地区保健医療情報システムである DHIS (District health Information System) は、パイロット的に導入されている。

加えてホンジュラスでは、「国民健康統計調査 (Encuesta Nacional de Demografía y Salud)」を 2005 年から 2006 年、2011 年から 2012 年及び 2019 年に実施しており、更に「人口・住宅統計調査 (Censos de Población y Vivienda)」を 1988 年、2001 年、2013 年に実施した¹⁶。

また、保健省では分断化された様々な保健関連の情報を統合するために、統合保健情報システム (Sistema Integrado de Información de Salud : SIIS) を有している。保健医療人材やインフラ、治療等、及び健康に関連する要因に関する幅広い情報を閲覧・分析することで、よりリアルタイムな政策立案や実施を行うというのが、SIIS の目的である。保健省サーベイランス部長、統計局人口動態部長、また PAHO 情報システム開発担当等へのヒアリングを実施したところ、SIIS の発展普及において重要なコンポーネントとなるものが以下の 7 点である。

- ・疫学的サーベイランス
- ・人材管理
- ・サービス提供

¹⁶ 国立統計局 :

<http://170.238.108.229/index.php/catalog/69#:~:text=El%20Censo%20de%20Poblaci%C3%B3n%20y,o%20no%20con%20fines%20habitacionales.>

- ・ワクチン
- ・資源・物資
- ・医薬品
- ・人口動態

疫学的サーベイランスを担うサブシステムは「アラート・レスポンス・サブシステム」である。本システムでは規定されたフォーマットに則り各保健医療機関から以下 29 の疾患についての週間報告を行うことが義務付けられている（表 6）。

表 6 SIIS にて報告が義務付けられる疾患リスト（Unidad de Vigilancia de la Salud より）

| 報告が義務付けられている疾患 | | | |
|----------------|--|-----|----------|
| 1. | ジフテリア | 16. | 弛緩麻痺 |
| 2. | 百日咳 | 17. | HIV/AIDS |
| 3. | 破傷風 | 18. | 水痘 |
| 4. | 結核 | 19. | 髄膜炎 |
| 5. | 侵襲性インフルエンザ菌感染症（Enfermedades invasivas por Hib） | 20. | デング熱 |
| 6. | B 型肝炎 | 21. | ヒト狂犬病 |
| 7. | 風疹 | 22. | 肺炎・気管支炎 |
| 8. | 先天性風疹症候群 | 23. | ペスト |
| 9. | 流行性耳下腺炎（Parotiditis） | 24. | 黄熱病 |
| 10. | 新生児破傷風 | 25. | 殺虫剤中毒 |
| 11. | ポリオ | 26. | 動物咬傷 |
| 12. | 麻疹 | 27. | 蛇の咬傷 |
| 13. | 血液を伴わない下痢 | 28. | 乳幼児死亡 |
| 14. | 赤痢 | 29. | 妊産婦脂肪 |
| 15. | コレラ | | |

一次及び二次の保健医療機関において上記のリストに該当する疾患患者を発見した際には（実際には症状ベースでの診断であり、確定診断は県中央部の病院・検査室でしか行えない）フォーマット（図 13）に患者情報を記載し、県レベルの保健地域（Región Sanitaria）に週次報告する（保健地域は各県に 1 地域、加えて首都圏であるサンペドロスーラ県及びテグシガルパ県は 2 ヶ所ずつ設置されている）。同フォーマットには患者名やマイナンバー、診断名等の情報が含まれる。フォーマットは紙ベースで運用されており、保健地域への報告方法は標準化されていない。キーインフォーマントへの聞き取りによれば、実際にはエクセルファイル形式や写真データを SNS のチャット等を通じて共有されることも多く、その業務効率や質の低さが伺える。

表 7 医薬品関連の情報システム

| システム | 詳細 | 課題 |
|----------|---|------------------------------------|
| SALMI | 一次レベルにおける医薬品等の管理。複雑な技術やスキルなしで、医薬品の供給状況を管理可能。リアルタイムでの相互監視は不可 | PC 等の端末を有さない施設では利用が難しく、ほぼ普及していない状況 |
| FARMATUL | 二次レベルにおける院内医薬品管理システム | 普及は進んでいる。利用方法は標準化されていない |
| ACM | 中央レベルでの医薬品調達、供給を管理 | 配送のリアルタイムでの監視は不可 |

人口動態に関する情報については国立統計局（Insstituto Nacional de Estadística :INE）が主に収集を行っている。出生や死亡に関する報告についてはデジタル化が進んできているものの、自治体毎に動態をリアルタイムで閲覧できるようなシステムは開発されていない。キーインフォーマントへのヒアリングによれば、人口動態調査のカバー率は非常に低く、死亡報告が 35%以上過少したり、欠落データが 70%を超過したりする場合等も多いとのことである。また、報告を義務化する法令等の整備もされておらず、ガバナンスが弱いため適切な情報収集ができていないという課題もある。

その他、保健医療情報システムに関する課題を以下の表 8 に整理する。

表 8 保健医療情報システムの課題

| 課題 | 詳細 |
|-----------------|--|
| ハードの整備不足 | <ul style="list-style-type: none"> 多くの一次レベルの保健医療施設にて PC やタブレット端末等のデバイスが整備されていない 整備されている場合は寄付やプロジェクトによる購入の場合が多い ハード面の整備状況についての報告書等が存在しない |
| 分断した情報システム | <ul style="list-style-type: none"> プロジェクトが実施されるごとに個別の情報システムが開発されるため、分断化が進んでいる 医薬品における分断されたシステムを統合するため、市民社会団体である公正社会協会（Asociación para una Sociedad Justa : ASJ）によりプロジェクトが開始された |
| サービス提供に関わる情報の不足 | <ul style="list-style-type: none"> 二次レベルにおける利用可能な病床数、特定地域での疾患の流行、各レベルにおける診療件数、入院患者数、地域毎の疾患傾向等の情報が集約されていない |
| 人材の育成不足 | <ul style="list-style-type: none"> PC やタブレット端末の取り扱いを徹底することに対し、職員からの反対がある システム利用に対する人材の能力が低い |

2.5 保健医療サービスの供給体制

① インフラについて

2014年の報告¹⁸によると、保健省系列の保健医療施設数は、全国で計1,716である。そのうち、国立及び地区・地域病院（二次レベル）が32件あるが、これらのほとんどの病院は1980年代以前に建設されたものであり、新しい設備を備えた病院は都市部に数件のみと非常に限られている。さらに近年では2004年にテグシガルパにてマリア病院（Hospital María）建設されたものの、運営予算が確保できず、2014年まで稼働できないという事態に陥った¹⁹。同レベルの病院群は基礎病院（15施設）、総合病院（7施設）、特別病院（9施設）及び研究所病院（instituto）（1施設）に分類されている。また、一次レベルにあたる保健センター・保健ポストは、合計で1,606件ある。

その他、ホンジュラス社会保障局（Instituto Hondureño de Seguridad Social :IHSS）のサービスについては、2病院、7クリニック、歯科センター、リハビリセンター2施設が都市部に運営されているのみと非常に限られている。民間部門では、医療センターや診療所、薬局等を合わせて、計1,131施設が存在する²⁰。これらには、営利組織のみならず、NGOやNPOを含めた非営利団体により運営される病院108施設と外来820施設が含まれる。営利組織の中には、高精度な検査室や画像診断サービスを提供している施設もある。



図 14 ホンジュラスにおける保健医療施設カテゴリ²¹

また、ホンジュラスにおける保健医療施設のレベル定義及び一次レベルにおける施設タイプについて、図 14・表 9 に記載する。

¹⁸CONADEH:Primer Informe Especial sobre Aspectos del Servicio Público de Salud en Honduras

¹⁹CESPAD:Salud en Honduras: sin camas, médicos, enfermeras, equipo, medicinas

²⁰ Carmenate-Milián L:Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto

²¹ 保健省：Plan estratégico institucional 2018 - 2022

表9 一次レベルにおける施設タイプ及び機能²²

| タイプ | 名称 | 配置・機能 |
|------|--|--|
| タイプ1 | プライマリーヘルスケア・ユニット (Unidad de Atención Primaria de Salud : UAPS) | 一般医、看護助手 ヘルスプロモーター /300世帯 |
| タイプ2 | 総合保健センター (Centro Integral de Salud : CIS) | タイプ1に加えて看護師、歯科医 |
| タイプ3 | ポリクリニック (Policlinico) | タイプ2に加えて小児科、産婦人科、内科。検査室、超音波機器、X線撮影機器を有する。低リスク分娩や患者の様態安定等の短期滞在用病床あり |

これらの医療機関により、保健医療サービスは提供されているが、病院によって、病床や検査・治療機器不足、その他、インフラの破損、整備不足等があり、完全に活用できる状態ではない。2018年に行われた調査によれば²³、調査対象となった30カ所以上の病院のうち、約2割の救命病棟で必要な医療機器が一部しか機能していない状況であった。同調査では医療機器以外にも、空調機器やキッチン、ボイラー機器等も品質基準を下回るものが含まれ、病床が破損している等の状況も報告している(図15)。また、多くの保健センターは停電時の代替電源を有さないため、災害時等の安全が確保されていない。



図15 状態の悪い病床の様子³¹

前述の状況に加えて、2020年11月に中米・カリブ諸国で猛威をふるったハリケーンETA及びIOTAの影響も大きい。エル・パライス県、グラシアスアディオス県、コルテス県、チョルテカ県及びサンタバルバラ県での被害が多く報告されており、全保健医療施設の40%以上が損傷を受けている(図16)。被害詳細としては、電量供給の損傷、水道

²² 保健省 : Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar

²³ Comisionado nacional de los Derechos Humanos : Aspectos Basicos del Servicio Publico y Goce del Derecho Humano a la Salud, Por los Habitantes de Honduras, 2018

の損傷、通信回線、医療機器の損傷等が挙げられる（図 17、18、19 及び 20）。

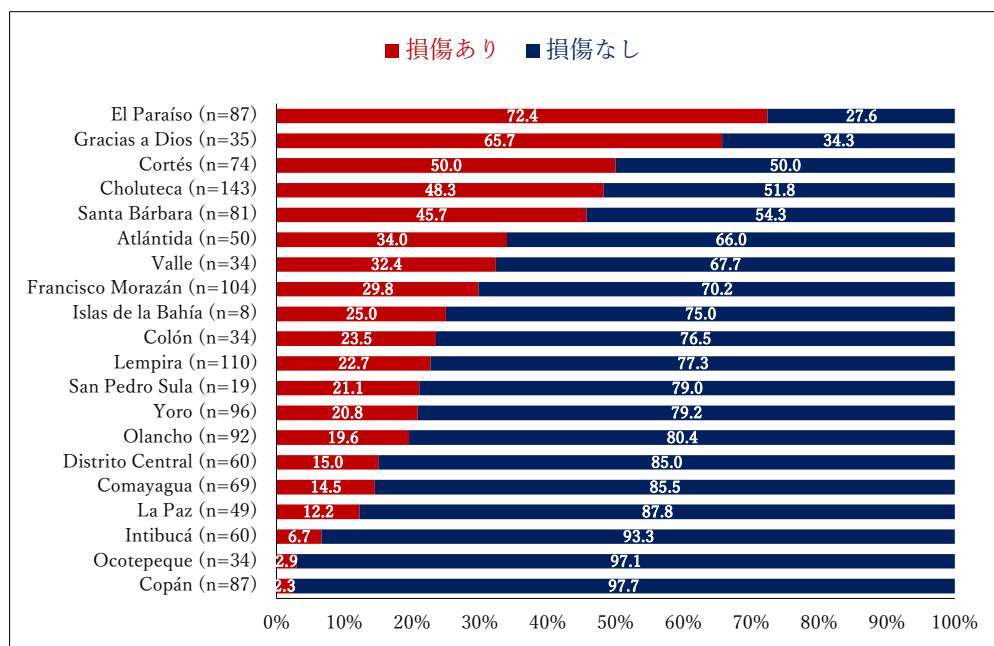


図 16 保健医療施設の損傷状況（県別）²⁴

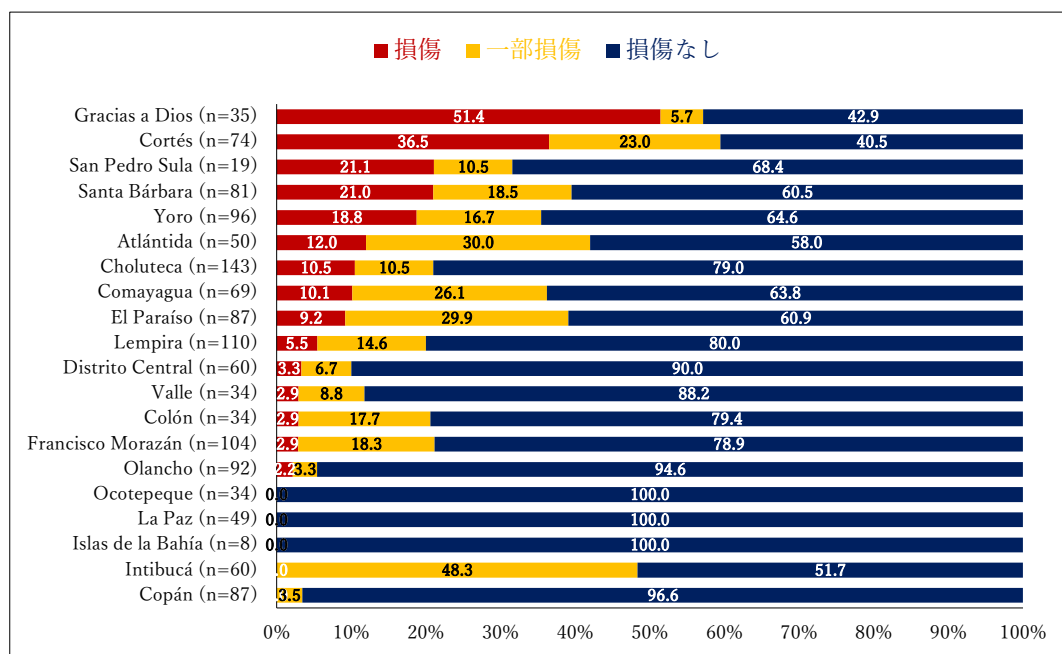


図 17 保健医療施設における電量供給の損傷³²

²⁴DGRISS: Informe de valoración de daños en Establecimientos de Salud del Primer y Segundo Nivel de Atención, noviembre, 2020

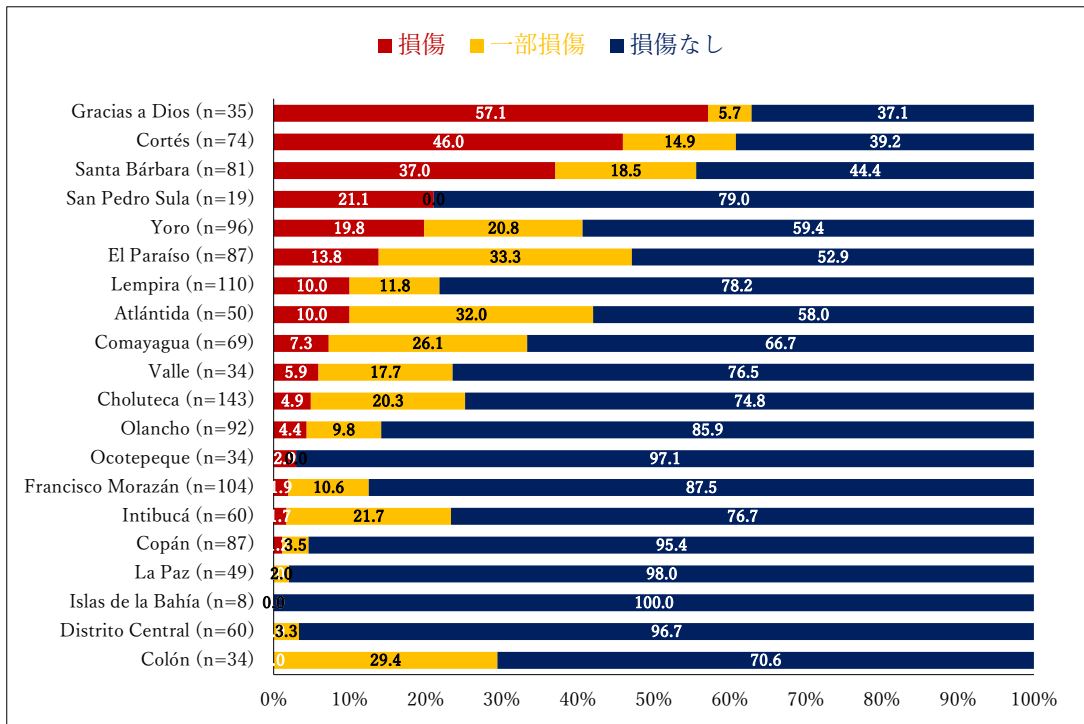


図 18 保健医療施設における水道の損傷³²

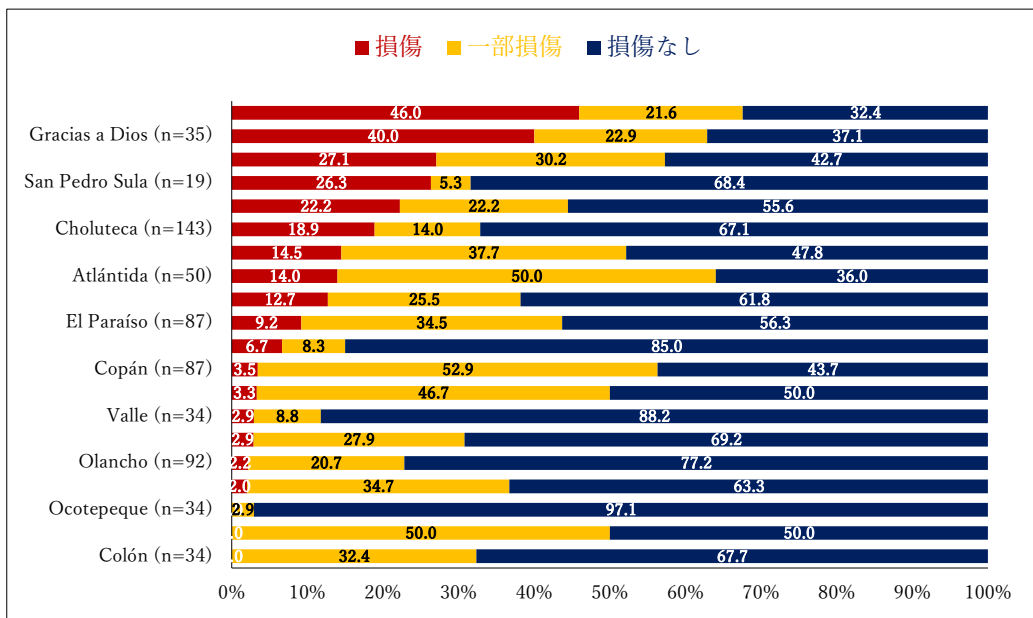


図 19 保健医療施設における通信回線の損傷³²

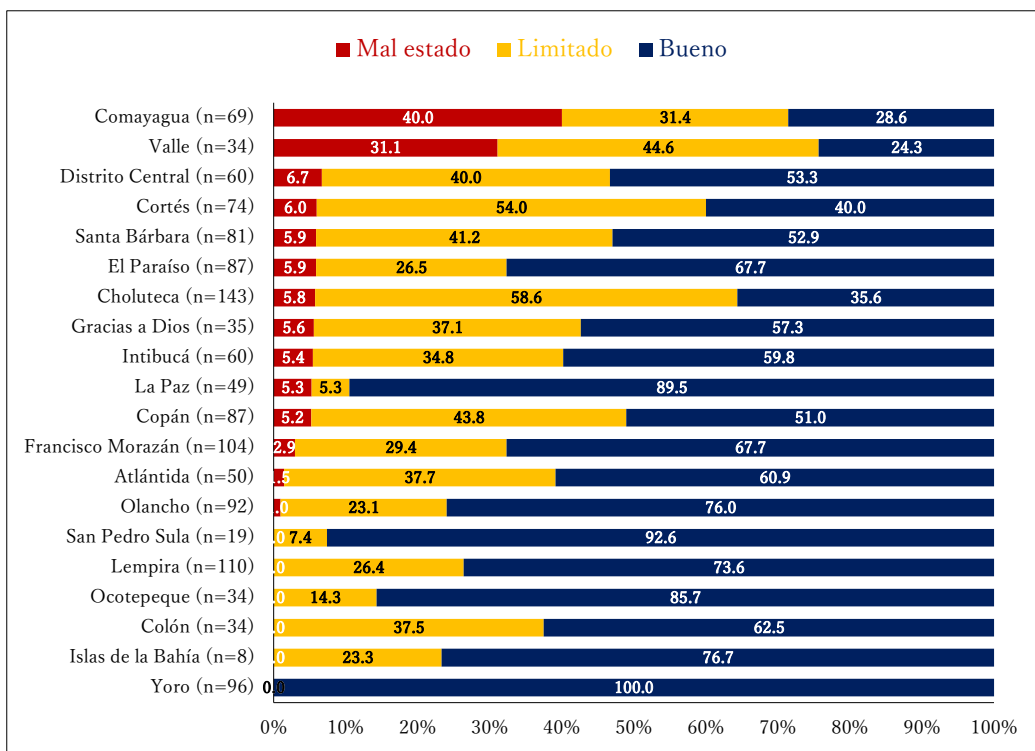


図 20 保健医療施設における医療機器の損傷³²

また、保健医療施設そのものの以外に、そこに至るまでの道路等といったアクセスも被害を受けている。バヒア県及びオコテペケ県以外の全ての国内地域において半数近い割合で被害が報告されている（図 21）。

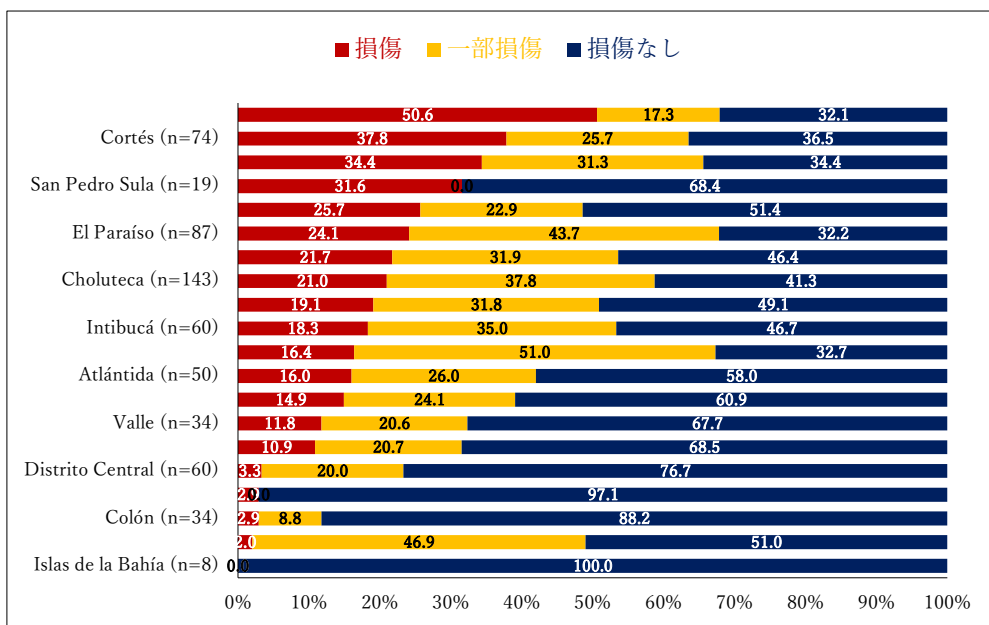


図 21 保健医療施設へのアクセスの損傷³²

二次レベルでは 32 の主要病院が存在すると前述したが、本ハリケーンによってそのうちの基礎病院の被害が特に大きく、15 病院中 6 病院が被害を受けたと報告されている（表 10）。ヨロ県の Santa Bárbara 病院及び Manuel de Jesús Subirana 病院は水道が破損し利用ができず、ヨロ県及びインティブカ県では電力供給が不安定な状況である。15 の基礎病院には合計 46 の手術室が整備されているが、本被害により 16 室が被害を受け機能停止状態となっている。これは全手術のうち 35%が制限されていることにあたる。

キーインフォーマントへのヒアリングによれば、前述の状況を受け、PAHO により 11 の一次レベル保健医療施設の改築が予定されているとのことである（コルテス県、ヨロ県、グラシアスアディオス県、コロロン県）。

表 10 倒壊の危険性がある基礎病院³²

| 病院名 | 所在地 |
|--------------------------|--------------------|
| Aníbal Murillo | Olanchito, Yoro |
| Juan Manuel Gálvez | Gracias, Lempira |
| Manuel De Jesus Subirana | Yoro, Yoro |
| Santa Barbara | Santa Bárbara |
| Santo Hermano Pedro | Catacamas, Olancho |
| Roatán | Islas de la Bahía |

② 保健医療人材について

一方、保健医療人材に関する課題もホンジュラスにおける UHC 達成への大きな障壁となっている。2015 年において登録されている医師数は 10,995 名である一方で²⁵、保健省にて勤務している医師数は、表 11 のように非常に限られている。これは、医師のうちの多くは非就労もしくは民間セクターへ流出しているためと指摘されている。また、医師の専門性の高さはレベル毎に異なる傾向をとっている。全一般総合医のうち一次レベルに勤務するのは 61.9%、二次レベルには 38%である一方、専門医は一次レベルでは 7.7%の配置となっている。

表 11 医師数（保健省勤務）と地域別分布²⁶

| 保健地域 | 一般総合医師数 | 専門医数 | 小計 |
|------------|---------|------|----|
| ATLÁNTIDA | 39 | 2 | 41 |
| COLÓN | 13 | 0 | 13 |
| COMAYAGUA | 50 | 4 | 54 |
| COPÁN | 64 | 2 | 66 |
| CORTÉS | 41 | 9 | 50 |
| CHOLUTECA | 59 | 2 | 61 |
| EL PARAÍSO | 18 | 0 | 18 |

²⁵ Carmenate L, Herrera A, Ramos D. Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto. Acta Reum. 2016;4(1):1-10.

²⁶ 保健省：Anuario Estadístico en Salud 2018

| | | | |
|---------------------|------------|-----------|------------|
| FRANCISCO MORAZÁN | 35 | 0 | 35 |
| GRACIAS A DIOS | 49 | 2 | 51 |
| INTIBUCÁ | 21 | 0 | 21 |
| ISLAS DE LA BAHÍA | 10 | 0 | 10 |
| LA PAZ | 18 | 1 | 19 |
| LEMPIRA | 27 | 1 | 28 |
| OCOTEPEQUE | 18 | 0 | 18 |
| OLANCHO | 44 | 3 | 47 |
| SANTA BÁRBARA | 19 | 0 | 19 |
| VALLE | 27 | 0 | 27 |
| YORO | 27 | 2 | 29 |
| METROPOLITANA M.D.C | 136 | 29 | 165 |
| METROPOLITANA S.P.S | 39 | 3 | 42 |
| NIVEL CENTRAL | 39 | 38 | 77 |
| 合計 | 793 | 98 | 891 |

同様に保健省系列の施設に登録されている看護師数と分布は以下の表 12 の通りである。看護師は比較的二次レベル施設に勤務しておりその割合は 64.2%となっている。一方看護助手は一次レベルに 42.1%、二次レベルに 57.8%に分配されている。

表 12 看護師数（保健省勤務）と地域別分布³⁴

| 保健地域 | 看護師 | 看護助手 | 小計 |
|---------------------|------------|--------------|--------------|
| ATLÁNTIDA | 46 | 101 | 147 |
| COLÓN | 14 | 81 | 95 |
| COMAYAGUA | 35 | 174 | 209 |
| COPÁN | 35 | 159 | 194 |
| CORTÉS | 38 | 114 | 152 |
| CHOLUTECA | 30 | 213 | 243 |
| EL PARAÍSO | 19 | 127 | 146 |
| FRANCISCO MORAZÁN | 20 | 142 | 162 |
| GRACIAS A DIOS | 8 | 85 | 93 |
| INTIBUCÁ | 9 | 88 | 97 |
| ISLAS DE LA BAHÍA | 8 | 24 | 32 |
| LA PAZ | 11 | 90 | 101 |
| LEMPIRA | 15 | 122 | 137 |
| OCOTEPEQUE | 12 | 65 | 77 |
| OLANCHO | 26 | 205 | 231 |
| SANTA BÁRBARA | 15 | 98 | 113 |
| VALLE | 14 | 100 | 114 |
| YORO | 17 | 99 | 116 |
| METROPOLITANA M.D.C | 63 | 303 | 366 |
| METROPOLITANA S.P.S | 18 | 71 | 89 |
| NIVEL CENTRAL | 44 | 9 | 53 |
| 合計 | 497 | 2,470 | 2,967 |

WHO が提案している医療従事者の必要数を算出する指標に基づいて、ホンジュラスにおける医療従事者の不足度を分析する。以下の表 13 では、保健省系列の施設に登録されている医師、看護師及び助産師の合計数を基に算出した数値を示す。本指標における医療従事者の目標値は 23 名/人口 10,000 あたりであるが、国内全体での数値は半数以下の 11.45 名となっており、不足が顕著であることがわかる。

表 13 エリア別の医療従事者分布³⁴

| 保健地域 | 人口 | 10,000人あたりの 医療従事者数 |
|-------------------|------------------|-----------------------|
| Atlántida | 471,575 | 11.43 |
| Colón | 335,233 | 10.05 |
| Comayagua | 541,711 | 8.03 |
| Copán | 400,947 | 12.32 |
| Cortés | 1,718,880 | 11.19 |
| Choluteca | 464,372 | 11.26 |
| El Paraíso | 480,700 | 6.26 |
| Francisco Morazán | 1,625,664 | 17.83 |
| Gracias a Dios | 100,304 | 21.24 |
| Intibucá | 255,658 | 9.50 |
| Islas de la Bahía | 71,296 | 17.11 |
| La Paz | 217,204 | 10.91 |
| Lempira | 351,652 | 8.36 |
| Ocotepeque | 159,816 | 14.58 |
| Olancho | 562,626 | 8.00 |
| Santa Bárbara | 455,891 | 5.90 |
| Valle | 185,227 | 15.12 |
| Yoro | 613,473 | 8.61 |
| 合計 | 9,012,229 | 11.45 |

医師及び看護師以外の医療従事者の職種別数と地域分布について以下の表 14 に示す。全国的にアシスタント職や事務職の人員が多く、適切な教育を受けている医療従事者数が非常に少ないことがわかる。経年的に比較すると、人件費の総額は増加しているものの、実際には管理職等の雇用が増えており、对患者へサービス提供が行える人材は相対的には増えていないということが指摘されている²⁷。

表 14 その他の医療従事者数（保健省勤務）と地域別分布³⁴

| エリア | 歯科医 | 心理士 | 社会福祉士 | 技師 | アシスタント | 事務職 | TOTAL |
|-------------------|-----|-----|-------|----|--------|-----|-------|
| ATLÁNTIDA | 10 | 2 | 0 | 0 | 24 | 42 | 160 |
| COLÓN | 5 | 0 | 0 | 0 | 8 | 4 | 47 |
| COMAYAGUA | 11 | 2 | 1 | 0 | 48 | 68 | 198 |
| COPÁN | 12 | 2 | 1 | 0 | 36 | 67 | 176 |
| CORTÉS | 9 | 0 | 1 | 0 | 38 | 62 | 206 |
| CHOLUTECA | 15 | 1 | 1 | 2 | 27 | 91 | 300 |
| EL PARAÍSO | 4 | 0 | 1 | 0 | 15 | 21 | 95 |
| FRANCISCO MORAZÁN | 6 | 1 | 0 | 0 | 23 | 54 | 131 |
| GRACIAS A DIOS | 1 | 1 | 0 | 0 | 7 | 22 | 52 |
| INTIBUCÁ | 5 | 0 | 0 | 0 | 6 | 7 | 34 |

²⁷ IDB : La Eficiencia del Gasto Público en Educación y Salud en Honduras, 2003 - 2013

| | | | | | | | |
|----------------------|------------|-----------|-----------|----------|------------|--------------|-------------|
| ISLAS DE LA BAHÍA | 2 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1 | 13 |
| LA PAZ | 4 | 0 | 1 | 0 | 12 | 14 | 53 |
| LEMPIRA | 2 | 0 | 0 | 0 | 10 | 11 | 35 |
| OCOTEPE QUE | 5 | 0 | 0 | 0 | 13 | 18 | 50 |
| OLANCHO | 6 | 1 | 0 | 0 | 42 | 59 | 241 |
| SANTA BÁRBARA | 6 | 0 | 0 | 0 | 17 | 20 | 78 |
| VALLE | 9 | 0 | 0 | 0 | 12 | 34 | 110 |
| YORO | 9 | 0 | 0 | 0 | 14 | 24 | 109 |
| METROPO LITANA M.D.C | 52 | 9 | 31 | 0 | 152 | 180 | 704 |
| METROPO LITANA S.P.S | 11 | 2 | 0 | 0 | 24 | 47 | 136 |
| NIVEL CENTRAL | 5 | 5 | 10 | 0 | 124 | 590 | 857 |
| 合計 | 189 | 26 | 47 | 2 | 659 | 1,436 | 3785 |

また、雇用されている医療従事者の労働条件にも課題が存在する。非正規雇用の問題である。正式な統計情報は出ていないが、キーインフォーマントへのヒアリングによれば、その割合は非常に大きいものになっている。同国における非正規雇用医療従事者は、その雇用期間の短さや低い賃金、さらに IHSS の保障対象外になるなど、インセンティブが小さい状態となっている²⁸。加えて、正規雇用における採用過程は中央集権的であり、正規雇用は数年に一度全国統一で行われるのみである。応募要件は非常に厳しく、さらには業務経験やコネクションを持たない新卒専門職等はなかなか就職ができない状況を生んでいる。それらの要因により、都市部や民間セクターへと医療従事者が流出している。

③ 遠隔医療の推進

前述した人材及び保健医療施設の国内格差是正への取り組みとして、遠隔医療に対するニーズも高まっている。キーインフォーマントへのヒアリングによれば、遠隔医療に関する具体的な法律はまだ存在しないものの、デジタルヘルス戦略を通じた医療サービスネットワークの強化を目的としたアクションを展開するための取り組みが進んできている。本日まで最も進展しているイニシアチブの一つが teleSAN²⁹であり、保健省、ホンジュラス国立自治大学、PAHO/WHO、IDB、EU 等の協調のもとパイロットプログラムを実施している。2021年1月までの1年間で、一次レベル 27 保健医療施設と二次レベル 10 病院において 300 回の遠隔診療（二次レベルへのデータ共有及び診断、治療方針の決定）を行って

²⁸ SICA : Acceso a la salud de los trabajadores que laboran en la economía informal y de sus familias

²⁹ UNAH : <https://fcm.unah.edu.hn/telesan/>

いる。

2.6 主要保健医療サービスの利用状況

麻疹の予防接種率は、1990年から2015年の間に8.9%増大し、98.0%となっている。また、適正医療者による出産介助の割合は、72.0%（2015年）、4回以上の産前健診率は89%（2019年）である。施設出産の割合は2005年-2006年から2011年-2012年の間に67%から83%へ上昇しているが、こちらも地域によって偏りがあり、農村部ではいまだに60%台の場合も多くみられる（図22）。

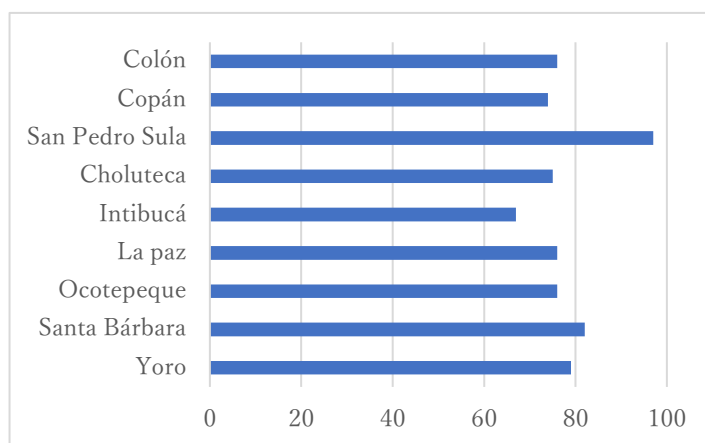


図22 施設出産率の割合（県別/一部抜粋）³⁰

その他、NCDの診断、検査や治療のためのユニットのカバー率について述べる。内部疾患の早期発見に用いられる簡易CTであるトモグラフィーの配置数は人口100万人あたり2.1台、さらにはがん治療等に用いられる放射線装置は人口100万人に対し0.7台と非常に限定的であり、中米各国の中で3番目に低い数字である。また、乳がん診断に用いられるマンモグラフィー機器に関しては50~69歳女性100万人あたり50.9台であり、これはエルサルバドルに次ぐ不足状況である（図23、24）。

³⁰ CEPAL : Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2011-2012

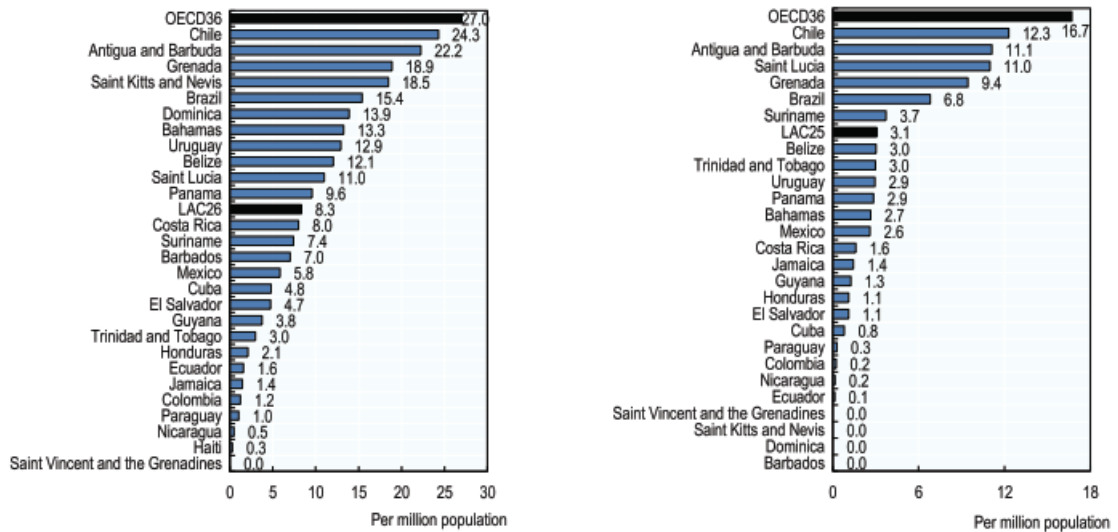


図 23 トモグラフィ配置数（左）、MRI 配置数（右）（人口 100 万人あたり）²⁰

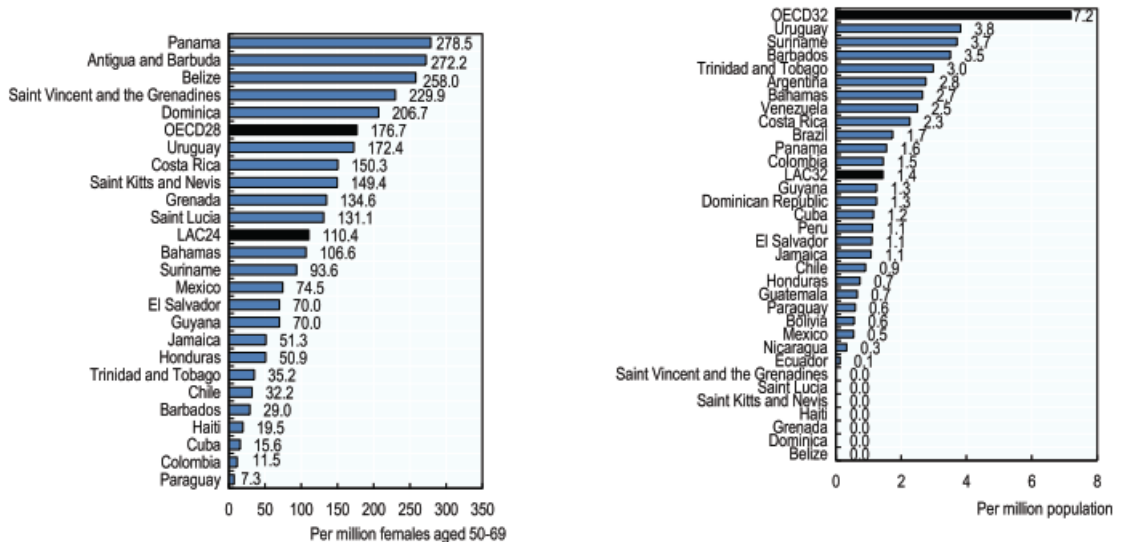


図 24 マンモグラフィ配置数（左）、放射線装置配置数（右）（人口 100 万人あたり ※マンモグラフィは 50-69 歳の女性人口）²⁰

また、感染症等の確定検査についてもその機能は制限されている。「2.9 ドナーの支援実績」で後述する保健サーベイランス国立研究所建設プロジェクトでは、全国検査ネットワークのトップリファレンスラボである同研究所の建設・機材調達を行っている。同研究所の検査室は各国立病院内に点在しており、施設間の連携不足や機能分散、機材の不足による質の低下が指摘されている³¹。

なお、UHCに関わる SDG 指標 3.8.1 「サービスカバレッジ指数」では、図 25 に示す通り、

³¹ https://www2.jica.go.jp/ja/evaluation/pdf/2016_1660400_1_s.pdf

リプロダクティブヘルス・母子保健分野でも上記に挙げた指数以外に「肺炎の予防と早期発見」があり、感染症対策の分野においては、「2.1 保健・人口の概要」の中で示した結核感染の他に HIV エイズ治療や基礎衛生整備等があり、また、NCD 分野やサービス能力とアクセスの分野にも各種の指数が特定されている。

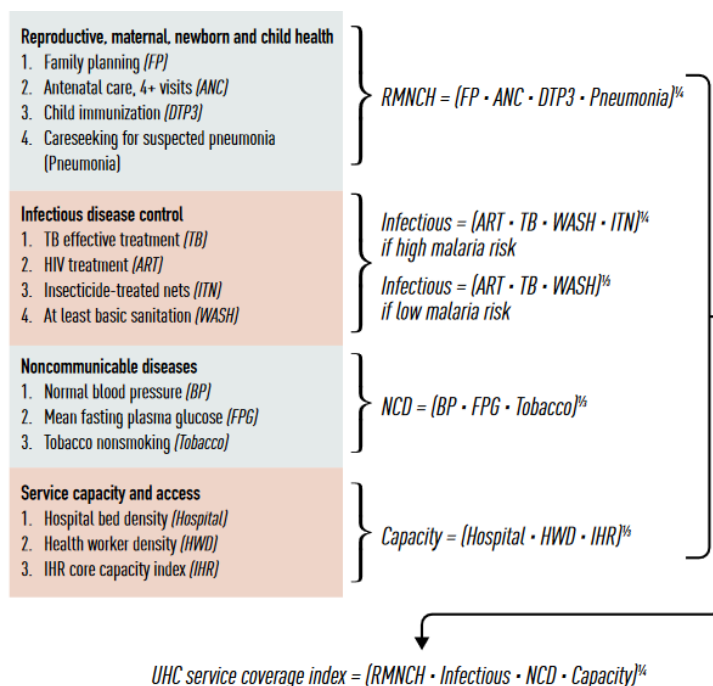


図 25 UHC サービスカバレッジ指数³²

WHO の 2019 年のモニタリング報告書⁴⁰によれば、上記の SDG 指標 3.8.1 「サービスカバレッジ指数」によるホンジュラスの測定値は 65 となっている。同国においては、中でもサービスキャパシティとアクセス（病院へのアクセス及び保健人材）の指標が低値であり、サービスカバレッジ指数全体に影響を与えていることが伺える（表 15）。同中米地域ではエルサルバドルで 76、グアテマラで 55、なお日本は 80 以上と発表されている。

表 15 ホンジュラスにおける SDG 指標 3.8.1 の下位項目⁴⁰

| | 生殖、母性、新生児、及び小児に関する保健サービス | | | | 感染症 | | | | NCD | | | サービスキャパシティとアクセス | | | |
|----|--------------------------|----|----|----|-----|----|---|----|-----|----|----|-----------------|----|----|--|
| 指標 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | |
| 数値 | 78 | 89 | 89 | 64 | 70 | 50 | - | 81 | 96 | 57 | 79 | 36 | 36 | 70 | |

2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況

①NCD に関わる規制・法整備等の流れ

³² WHO : Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 MONITORING REPORT

ホンジュラスにおいて、「2.1 保健・人口の概況」でも示したように、NCD による死亡が主たる死因の多くを占めているが、同国においては感染性疾患や母子保健の優先順位が高く、NCD は主な研究・介入の対象とはなっていなかった。2012 年頃より国内外の情勢を受け、NCD に関わる政策や動きが複数発生した。

まず、2012 年より保健省が中心となり「ホンジュラス：糖尿病との闘いプロジェクト (Honduras: Luchando contra la Diabetes)」を発足した。本プロジェクトは国際糖尿病財団 (Fundación Mundial de Diabetes) から資金援助を受け、PAHO/WHO、INCAP 等の技術協力のもと活動を実施した (~2016 年)。2016 年には同プロジェクトにおいて、「健康管理者のための身体活動ガイドライン (Guía de Actividad Física para facilitadores de Salud)」、「健康管理者のための食品ガイドライン (Guía de Alimentación para Facilitadores de Salud)」、「成人 2 型糖尿病患者の外来管理ガイドライン (Guía de Práctica Clínica para el Manejo Ambulatorio del adulto con Diabetes Mellitus Tipo)」及び「2 型糖尿病ガイドラインライン (Guía para Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2)」等を作成している。

また、2013 年より PAHO が取り組んできた「非感染性疾患の予防とコントロールのための行動計画 2013-2019 (Plan de Acción para la Prevención y el control de las enfermedades no transmisibles)」を受け、ホンジュラスでは 2015 年に技術委員会 (Comisión Técnica de Coordinación Interinstitucional) が創設された。同委員会は「非感染性疾患の予防とコントロールのための国家戦略計画 2018-2022 (Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles)」を発表している。本計画は前述した PAHO の行動計画とほぼ同様の内容となっている。

さらに、2015 年からは大統領府のイニシアチブにより「Honduras Actívate」というヘルスプロモーションが展開された。これは、住民の運動習慣定着のためのプログラムを導入し、週に一度の様々な運動イベントを開催するというものである (2020 年以降は新型コロナウイルスの感染拡大により中断)。同プログラムの一環として 2016 年には「Honduras Actívate センター (Centro de Atención integral para una vida Mejor “Honduras Actívate”)」がサンフェリペ病院内にパイロット的に設立された。本センターでは、糖尿病や高血圧、肥満患者への包括的・専門的ケアを提供することが目的となっている。本プロジェクトは大統領が NCD に罹患したことがきっかけとなって始まった大統領府主導のものであるが、保健省や他機関を巻き込んだ政策立案等を伴わないため、非常に不安定なものとなっており、今後継続的に展開されるのかは不明瞭である。

上記のように、NCD 対策に関わる様々な活動が 2010 年代に入り展開してきているが、NCD のコントロールに関する対応を明記した法令は整備がされていない状況である。

②NCD の現状

前述の計画やガイドライン等によれば、糖尿病をはじめとした NCD の治療及びコントロールはレベル問わずすべての保健医療施設で行われることが推奨されている。一次レベルの保健医療施設では、月に一度糖尿病・高血圧等の NCD 患者の日（Club de Diab tes etc.）が設定されており、同施設で管理する NCD 患者のフォローアップ、生活指導等を実施している。さらに、家庭保健チーム（「3.5 医療保険制度の関連政策」に後述）によるアウトリーチ活動は NCD 早期発見、予防において重要な戦略の柱である。

2018 年に保健省系列施設にて行われた高血圧、糖尿病、がん（優先度の高いがん 5 種：胃がん、肺がん、乳がん、前立腺がん、子宮頸がん）それぞれに対する一次及び二次レベルにて行われたケア数（予防や治療等を含む包括的サービス）を以下の図 26 に示す。高血圧治療においては二次レベルにて循環器系合併症に対するフォローアップのニーズが増しており、糖尿病においては慢性腎疾患等のフォローアップや治療が必要な件数が増加している⁴²。また、子宮頸がんの早期発見のためのキャンペーンが 2018 年に実施され、同年に 188,837 件のスクリーニングテストが実施された。

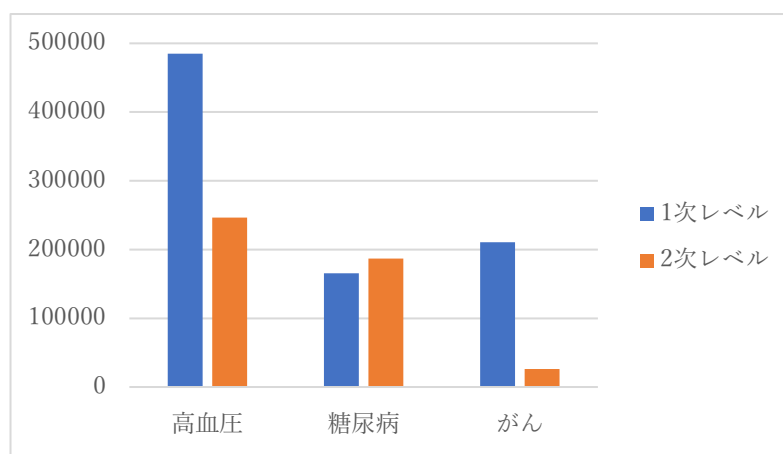


図 26 2018 年の保健省系列施設にて提供されたケア数（疾患別）³³

一方、糖尿病治療において重要になる機関が国立糖尿病研究所（Insutituto Nacional del Diab tico :INADI）である。INADI は保健省とは完全に独立した糖尿病疾患のための研究、予防、診断、治療等の包括的な活動を行うことを目的に 2013 年に設立され、独自の予算を持ちながら運営を行っている。

INADI キーインフォーマントからの情報によれば、同施設の診療数は平均 190 人/日、4,000 人/月であり、糖尿病に加え合併症（心血管のリスク因子、高血圧、低血糖、甲状腺機能低下症等）をもつ患者に限定し治療を提供している。患者の居住地は所在地である Francisco Moraz n 県に集中している（図 27）。INADI の調査によれば、糖尿病患者が月に支出する治療関連費は 5,000~6,000 レンピーラとなっている。なお、国民一人当たりの平均

33 保健省：INFORME N  042-2019-FEP-SESAL

所得は月額約 3,600 レンピーラであることから³⁴、この支出が非常に高額であることがわかる。

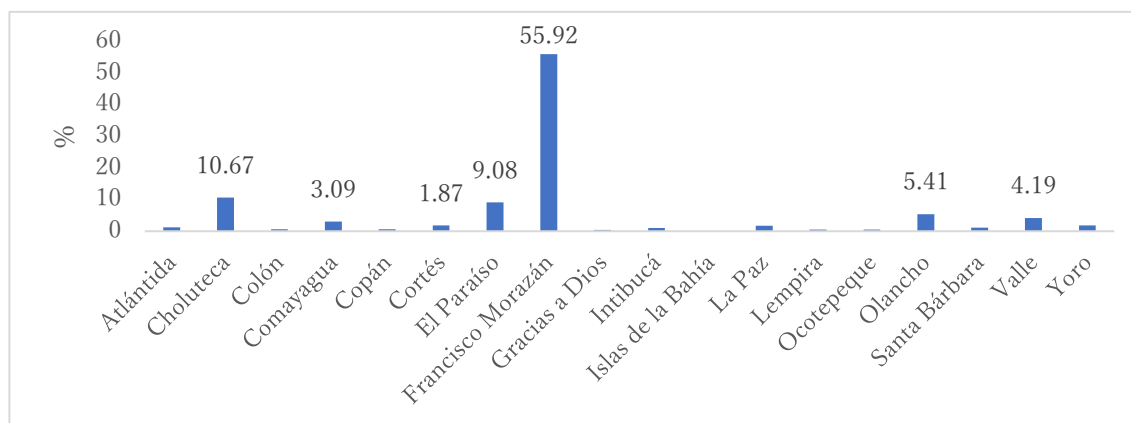


図 27 INADI 総患者における県別割合 (キーインフォーマントへのヒアリングより)

③NCD 対策の課題

NCD 対策における課題を整理する上で、独立した情報システムを持ち管理が行われている INADI の情報を参考にすることが全体像の把握に役立つ。以下、INADI において確認され、保健省系列施設でも適応されるであろう NCD 対策の課題、及び全国レベルでの課題について述べる。

まず INADI キーインフォーマントへのヒアリングから見えた同施設の課題を以下の表 16 に整理する。

表 16 INADI における課題

| 課 題 | 詳 細 |
|--------------|---|
| インフラ 人材 | <ul style="list-style-type: none"> ・診療や健康増進活動のためのスペースが不足している ・アメリカ糖尿病協会 (Asociación Americana de la Diabetes) が推奨する専門職が不在である (内分泌専門医、リハビリテーション医、老年病専門医等) ・患者数に対しサービス提供を行うためのスタッフ数が不足している |
| 予防とプロモーション戦略 | <ul style="list-style-type: none"> ・エビデンスに基づく教育、予防アプローチを行うために重要な調査や測定、モニタリングのための戦略が不足 |
| 情報アクセス | <ul style="list-style-type: none"> ・INADI 内のデータに対しすべてのユニットからアクセスすることができない→現在デジタル化している |
| ラボラトリー | <ul style="list-style-type: none"> 十分な機材がなく迅速な検査が行えない→OPEC 国際開発基金の資金援助を受け PAHO より寄贈、2019 年 8 月より稼働 (血糖値検査、便検査、尿検査、腎機能検査、肝機能検査等) |

³⁴ INE : LXI ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES DE PROPÓSITOS MÚLTIPLES – EPHPM – JUNIO 2019

次に、全国レベルにおける NCD 対策に関する課題について述べる。INADI において確認された課題と同様に、以下の表 17 に整理する課題が存在する。

表 17 NCD 対策におけるホンジュラスの課題

| 課 題 | 詳 細 |
|-------------------|--|
| 人材育成・強化 | <ul style="list-style-type: none"> ・ NCD や合併症予防のための生活習慣改善に対するプロモーション活動や指導を展開できる人材能力が不足 ・アウトリーチ活動を行うための家庭保健チーム（詳細後述）の不足 |
| インフラ・ラボラトリー強化 | <ul style="list-style-type: none"> ・一次レベルにて NCD を診断、モニタリングするための診断設備がない（生理学検査等） |
| モニタリング及び情報システムの強化 | <ul style="list-style-type: none"> ・作成されている計画やガイドラインの順守状況に関する情報が存在しない ・ NCD に関する包括的な情報を管理するための国家レベルの情報システムが存在しない |

上記表 17 に記載した課題の中で注目度が高いものがモニタリング及び情報システムの強化である。現在全国レベルでの NCD 患者情報を収集する手段は各保健医療施設からの診療報告である（「2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況」に前述）。同報告のみでは NCD に関連する健康決定要因や合併症の進行状況等適切なモニタリングを行うことが難しい。

さらに前述した計画やガイドライン等においても、その後のモニタリングが実施されておらず、実際にどの程度それらに準拠しているのかは把握できていない。また設定している指標もあくまで活動内容に着目しているものが多く、活動が実際疫学的にどのような影響を与えているかについては十分な情報収集ができていない（表 18）。

表 18 主な NCD 関連の計画・ガイドラインにおける指標

| 引用先 | 指 標 |
|--------------------------------------|---|
| 非感染性疾患の予防とコントロールのための国家戦略計画 2018-2022 | <ul style="list-style-type: none"> • 学校内での食品販売に規制を設けている教育施設数 • 青少年の低活動率 • 18 歳以上の成人の低活動率 • 全国レベルで実施された情報・コミュニケーション及び教育戦略 • 公的・民間セクター双方における主要な NCD に対するジェネリック医薬品を含む高品質・安全・安価な医薬品の提供 • 標準化されたガイドラインライン、規格やプロトコル数 • 18 歳以上の高血糖・糖尿病の有病率 • 18 歳以上の過体重・肥満の有病率 • NCD サーベイランスシステム評価数 |

| | |
|--------------------------------|--|
| 成人 2 型糖尿病 患者の外来管理ガ イドライン | <ul style="list-style-type: none"> • NCD 及びそのリスクファクターに対して実施された調査数 • 外来管理ガイドラインを導入している保健医療施設において、初めて糖尿病 2 型と診断された 18 歳以上の患者 • 糖尿病 2 型の診断を受けており、1 年間に 2 回 HbA1c 検査を受けている患者 • 糖尿病 2 型の診断を受けており、前回検査で足部チェックを受けている患者 • 糖尿病 2 型の診断を受けており、メトホルミンを含む経口血糖降下剤治療を受けている患者 |
| 外来診療報告書 | <ul style="list-style-type: none"> • 年齢 • 性別 • 居住地 • 診断条件 • 紹介/逆紹介 |
| INADI | <ul style="list-style-type: none"> • 年間で実施された検査の数 • 健康増進活動の数 • 空腹時、食後の血糖値 • HbA1c |

そのような状況を鑑み、現在 PAHO により「糖尿病治療のための健康情報システムの開発プロジェクト」が計画されている。保健省キーインフォーマントへのヒアリングによれば、同プロジェクトは PAHO からの技術協力をもとに実施される予定であるが、資金調達に難航しているとの状況である。

④高齢化対策の現状

一方、高齢化に対する対策についてはまだ積極的な動きがみられていない。国家保健計画 2021 では、ホンジュラスの人口動態が中南米・カリブ諸国と同様な傾向となると予想し、早急な対策の必要性について述べている。先進諸国同様、加齢にともない NCD の罹患率はさらに上昇していくと考えられるが、保健分野における高齢者対対策の法令はいまだに整備されていない状況である。

2.8 医薬品調達・供給

医療機器や医薬品に関するホンジュラス市場は輸入に大きく依存しており、主要なサプライヤーは米国（市場の 40%以上を占める）、ドイツ、および日本となっている。製薬セクターでは、トップサプライヤーには米国、メキシコ、グアテマラが含まれる。ホンジュラスの流通市場は適度に細分化されており、約 65 社が医療製品や医療機器を販売し、製薬

会社は約 30 社程度である。これらの多くは、中小企業が占めている³⁵。

実際の医薬品の調達・供給に関しては、保健省は 2014 年に「医薬品と医療物品の供給に関するマスタープラン（Plan Maestro de Aseguramiento de Medicamentos e Insumos de Salud : PMAIS）」を立案した。これは保健医療施設における衣料品と医療物品の供給を改善することを目的としている。その後国家ガイドラインが制定され、2015 年版国家必須医薬品リスト（Listado Nacional de Medicamentos Esenciales 2015）、その後 2018-2020 年版が更新されている。

医薬品は全国レベルで一括調達されており、医薬品・医療用品ロジスティクスユニット（Unidad Logistica de Medicamentos e Insumos : ULMI）による管轄となっている。ULMI は他にも、サプライヤーの監視、医薬品等のライセンス認証等も行っている。この調達プロセスの質の向上のため、国連プロジェクトサービス機関（UNPOS）による支援のもと、技術支援が行われた³⁶。

しかしながら、実際には医薬品及び医療物品は頻繁に欠品になることが報告されている。2015 年の調査によると³⁷、全国の 3 次レベルの病院を含めた保健医療施設におけるの医薬品の不足は平均 10%、医療物品の不足は平均 20%に上る。さらにいくつかの病院においては約 50%程度が欠品・不足しているなど深刻度が大きい。特に慢性疾患のコントロールや治療、終末期治療にまつわる医薬品等が少ない供給になる傾向があり、約 4 割の患者が必要な医薬品をひとつも受け取れなかったことがあると報告している。

2.9 ドナーの支援実績

以下に、ホンジュラスの保健医療分野における米州開発銀行（IDB: Inter-American Development Bank）、世界銀行グループ（World Bank Groupe）、PAHO/WHO、台湾政府、世界の医療団、欧州連合、Global links、中米経済統合銀行（Central American Bank for Economic Integration : CABEI）、日本政府の支援実績を示す（表 19）。

表 19 ホンジュラスに対する各ドナーの支援実績

| ドナー名 | 案件名 | スキーム | 協力額 | 協力期間 |
|------|--|---------|-----------|----------------------------|
| JICA | エル・パライス州パド・アンチョ市における栄養改善に向けた家庭菜園普及プロジェクト | 草の根技術協力 | 54,000 千円 | 2017 年 8 月～ 2019 年 12 月 |
| | 「国家保健モデル」に基づくプライマリーヘル | 技術協力 | 3.4 億円 | 2013 年 4 月～ 2018 年 4 月 |

³⁵ OPS Honduras :

https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1066:medicamentos&Itemid=226

³⁶ 保健省 : <http://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/k2/item/904-salud-y-unops-garantizan-compra-de-medicamentos-de-calidad-a-bajos-precios>

³⁷ Comisionado nacional del derechos humanos : Aspectos Basicos del Servicio Publico y Goce del Derecho Humano a la Salud, Por los Habitantes de Honduras

| | | | | |
|------------|---|-----------------------|-------------------|----------------------------|
| | スクエア体制強化プロジェクト | | | |
| | エル・パライズン県南部3市における母と子のプライマリーヘルスクエア向上プロジェクト | 草の根技術協力 | 50,000 千円 | 2014 年 8 月～ 2016 年 10 月 |
| | オランチョ県思春期リプロダクティブヘルス強化プロジェクト | 技術協力 | 3.8 億円 | 2008 年 6 月～ 2012 年 5 月 |
| | 第 7 保健地域リプロダクティブヘルス向上プロジェクト | 技術協力 | 696,000 千円 | 2000 年 4 月～ 2005 年 3 月 |
| IDB | Improving Early Detection and Timely Access to Rehabilitation Services for Children 0-5 years old | Technical Cooperation | USD 222,280 | 2020 年 10 月～ |
| | Telehealth to Mitigate Coronavirus and Improve Health Care Access in Honduras | Technical Cooperation | USD2,300,000 | 2020 年 4 月～ |
| | Support for the Transformation of the Public Health System | Technical Cooperation | USD 250,000 | 2019 年 10 月～ |
| | Support for the preparation of the National Health Benefits Plan (PNBS) in Honduras | Technical Cooperation | USD 200,000 | 2019 年 6 月～ |
| | Design and Implementation of the Management and Financing Model for Tegucigalpa Trauma Hospital | Technical Cooperation | USD 250,000 | 2019 年 6 月～ |
| | HONDURAS-Regional Malaria Elimination Initiative (RMEI) in Mesoamerica and Dominican Republic | Investment Grants | USD 11,141,686 | 2019 年 5 月～ |
| | Comprehensive strengthening of Tegucigalpa's trauma and emergency care network | Loan Operation | USD 53,820,000 | 2018 年 12 月～ |
| | Program to improve the management and quality of maternal-neonatal health services | Loan Operation | USD 69,000,000 | 2018 年 10 月～ |
| | Support for the Implementation of the Integrated Human Resources Management and Control System of the SESAL | Technical Cooperation | USD 250,000 | 2018 年 6 月～ |
| | Program to Support Health Sector Reform | Loan Operation | USD 50,000,000 | 2017 年 4 月～ 2020 年 12 月 |
| World Bank | Social Protection Integration | | USD 30.00 million | 2019 年 4 月～ |
| | Health System Reform Project | | USD 27.10 million | 2002 年 5 月～ 2010 年 5 月 |
| | Nutrition and Health Project | | USD 25.00 million | 1993 年 1 月～ |

| | | | | |
|----------------|--|-----------------------|-------------------|----------------------|
| | | | | 2001年6月 |
| PAHO/WHO | PAHO/WHO と共同で実施される USAID のアンブレラグラントで、以下の側面に焦点を当てている - 伝染病 - 母子保健 - 健康の決定要因 - 健康システム - NCD | Technical Cooperation | > USD 500,000 | 2016年10月～ 2021年9月 |
| | Integrated Health Systems in Latin America and the Caribbean (IHSLAC) | Technical Cooperation | >USD 500,000. | 2017-2019年 |
| 台湾政府 | Project to improve efficiency in Hospital Management of Health Informatics in Honduras | Technical Cooperation | USD 685,964 | 2021年4月～ |
| 世界の医療団 スペイン | Strengthening the public health system in the face of Covid-19 in the departments of Francisco Morazán and Cortés, Honduras | Technical Cooperation | 513,900.00 Euros | 2021年～ |
| 欧州連合 | Improve nutrition and health conditions in children under 5 years of age by strengthening the integrated health information system | Technical Cooperation | | |
| | Sector reform in Food and Nutrition Security | Technical Cooperation | USD 11,976,840.21 | 2021年～ |
| Global Links | 保健省に対する組織間協定（物資、医療機器、オフィス用品等の寄付） | 無償 | USD 710,000 | 2018～2021年 |
| CABEI | ガブリエラ・アルバラド基礎病院とサンタ・テレサ総合病院の分娩室の設備 | 無償 | USD 1,000,000 | 2021年～ |

日本政府の対ホンジュラスの援助総額は、前述の通りであるが、保健医療分野における2019年度までの技術協力の累計支援額は7,530百万円、無償資金協力の累計支援総額は、10,944百万円である。また、社会福祉分野においても、技術協力で、2019年度までに累計総額589百万規模の支援を実施している³⁸。ホンジュラスに対する援助の基本方針（大目標）は、「地方活性化施策を中核とした、持続的な社会経済開発への支援」であり、重点分野（中目標）は、「地方開発」、「防災対策」となっている³⁹。

なお、世界銀行グループとのパートナーシップである日本開発政策・人材育成基金（PHRD: Policy and Human Resources Development）によるホンジュラスで実施中の案件はない⁴⁰。

また、その他保健システムの強化やカバレッジの拡大を主目的とする4つの案件概要につ

³⁸ JICA : <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

³⁹ 外務省：対ホンジュラス共和国 国別援助方針

⁴⁰ World Bank : <https://www.worldbank.org/ja/country/japan/brief/policy-and-human-resources-development-fund>

いて以下表 20 に詳細を記載する。

表 20 UHC にかかる案件詳細

| | | |
|---|-------------------------|--|
| 「国家保健モデル」に基づくプライマリーヘルスケア体制強化プロジェクト | JICA 2013年4月～2018年4月 | <ul style="list-style-type: none"> ・技術協力 ・PHC 強化のため家庭保健チームの育成を実施 ・妊婦検診時の携帯型超音波を用いた検査導入 ・エル・パライス県、レンピーラ県が優先地域 ・研修教材、ガイドラインラインの作成 ・県職員におけるマネジメント強化 |
| 保健医療サービスの地方分権的管理・供給強化プログラム (Programa de Fortalecimiento de la Gestión y Oferta Descentralizada de los Servicios de Salud : GESALUD) | IDB 2010～ | <ul style="list-style-type: none"> ・2700 万 USD の融資案件 ・母子保健に関連する保健医療サービスの質とカバレッジの拡大 ・分権化の推進 ・ラ・パス、インティブカ、コパン、レンピーラ、グラシアスアディオス、オランチョ、オコテペケ、サンタバルバラ、コルテス県が優先地域 ・貧困指数の高い地区でのプライマリーヘルスケアの強化を行う |
| 保健医療サービスへのアクセスと質の向上のためのプログラムと保健ネットワーク (Programa de Mejoramiento del Acceso y Calidad de Servicios y Redes de Salud) | IDB 2015～ | <ul style="list-style-type: none"> ・5,000 万 USD の融資案件 ・保健省の実行能力の強化 ・最も脆弱な農村部におけるリソース・医薬品を確保するため、地方分権型管理モデルを導入 ・目標：妊産婦死亡率を 25%、新生児死亡率を 15%削減する |
| 保健サーベイランス国立研究所建設プロジェクト | JICA 2016～ | <ul style="list-style-type: none"> ・無償案件 ・首都に位置する保健サーベイランス国立研究所再建設 (4 施設を統合) ・国内トップレファラルラボ ・感染症を中心とした保健サーベイランスの強化 |

2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ

① 情報システムの整備

保健医療セクターにおける課題を迅速に分析し、適切な施策を実施するために重要な情報システムにおいて、中央・ローカルエリア双方にて課題が大きい。一次レベルにおいてはハードの不足や人材育成において、中央レベルでは情報システムの分断や適切なサービス提供に関わる情報、NCD 等重要な疾患についての情報の欠如等が挙げられる。

② インフラの劣化・未整備・破損

国内すべての保健レベルにおいて、インフラの劣化や未整備が顕著である。首都に位置するトップレファラルの施設であっても 1980 年代以前のものであるなど、深刻なハード面の問題を抱えている。さらには設備・機器の損傷など、適切なサービス・検査を行えないような状況が、全国レベルで報告されている。そこに加え、昨年と同国を襲ったハリケーン被害によってさらに多くの保健医療施設が致命的なダメージを負っている状況である。

③ 人材不足

プライマリーヘルスケアの強化、UHC の達成にあたり、保健医療人材の不足及びその質について大きな課題がある。公的セクターでの適切な雇用が不足し、医療従事者の都市部及び民間セクターへの流出が進むことで、国民が受けられる保健医療サービスに一層の格差が生じている。雇用機会の拡大・確保を通して農村部を中心とした保健医療サービスの強化を図る必要がある。

④ 予防的アプローチの推進

疾病構造の変化は急速に進んでおり、NCD の蔓延が顕著となっている。しかしながらそれらの疾患への治療・診断及び予防といった包括的な対応、サーベイランス・モニタリングの実施は不十分である。要因として診断、生活指導を十分に行うための人材の質・量の不足、一次レベル、特に市レベルにおけるラボラトリーの不足、そして全国レベルでのモニタリング実施及び情報システムの欠如が挙げられる。

さらに、JICA は現在同国において「保健サーベイランス国立研究所建設プロジェクト」を実施中であるが、二次レベルにおけるより迅速・高精度・そしてカバー率の高い診断及び検査を行うための拠点として、ハードのみならず人材の強化も必要性が高い。

3 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

ホンジュラスの保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズとして、以下に、財政の一般情報、主要保健財政指標、保健省予算、診察料、医療保険制度の関連政策、公的医療保障制度、民間医療保険の概要、及び保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズについて報告する。

3.1 財政の一般情報

2020年12月に発表された2021年の国家予算は、288,871.1百万レンピーラ⁴¹（11,892.5百万ドル）であった。本予算では、社会保障、教育、人材育成、保健医療人材の育成、中小企業の再建、交通インフラの再建と建設、と6つの優先課題を掲げている。

政府支出に関しては、2020年は7579.40百万レンピーラ/四半期であり、これは、2022年には7340.00百万レンピーラ/四半期になる、と予想されている⁴²。また、政府支出のGDP比を見ると、直近3年間は13%台を推移し、2019年には13.49%であった⁴³。公債のGDP比

⁴¹ 大統領府：<https://presidencia.gob.hn/index.php/sala-de-prensa/8663-presupuesto-2021-prioriza-reconstruccion-y-reactivacion-economica>

⁴² TRADING ECONOMICS：<https://tradingeconomics.com/honduras/government-spending>

⁴³

https://www.theglobaleconomy.com/Guatemala/government_size/#:~:text=Guatemala%3A%20Government%20spending%20as%20percent,from%202019%20is%2011.07%20percent.

については2012年以降40%台で推移しており、2019年には44.05%であった⁴⁴。

また、公共投資については、国内からの投資額率は平均して55%、外部資金は45%を占めている（表21）。そのうち89%が外部信用資金で、米州開発銀行、世界銀行、中米経済統合銀行などの多国間機関と、二国間機関で構成されている。

表 21 公的投資額（資金源別※100万レンピーラ）⁴⁵

| | 国内資金 | 外部信用資金 | 外部からの寄付 | その他 | 外部資金計 | 合計 |
|------|----------|----------|---------|-------|----------|----------|
| 2014 | 10,370.5 | 6,925.6 | 946.8 | 1.3 | 7,873.7 | 18,244.2 |
| 2015 | 9,590.3 | 7,486.6 | 1,297.0 | 31.6 | 8,815.2 | 18,405.5 |
| 2016 | 12,377.8 | 9,067.4 | 1,092.0 | 102.9 | 10,262.3 | 22,640.1 |
| 2017 | 12,973.8 | 10,712.7 | 785.6 | 85.9 | 11,584.2 | 24,558.0 |
| 2018 | 11,544.3 | 7,886.7 | 1,045.5 | 97.9 | 9,030.1 | 20,574.4 |
| 2019 | 9,818.3 | 7,231.9 | 927.8 | 37.6 | 8,197.3 | 18,015.6 |

3.2 主要保健財政指標

ホンジュラスにおける総保健支出は、40,390百万レンピーラ（2018）であり⁴⁶、GDP比は7.05%となっている⁴⁷。図28に示す通り、総保健支出の財源別内訳は、国の一般歳出（Government Transfer）が28.08%、公的医療保険（Social health insurance contribution）が12.18%、国民自己負担（Out-of-pocket spending）が51.21%となっている。その他民間医療保険（Voluntary health insurance contributions）が4.75%、そして外部援助（External aid）が3.04%である。このことから、同国における保健支出において、国民の自己負担が非常に高い割合を占めていることがわかる。

また、2018年のホンジュラス国民1人あたりの保健支出は176.2米ドルであり、10年前の2008年における68.5米ドルと比較すると約2.5倍に増大している。

⁴⁴ <https://tradingeconomics.com/honduras/government-debt-to-gdp>

⁴⁵ 財務省: <https://www.sefin.gob.hn/ciclo-de-inversion-publica/>

⁴⁶ <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

⁴⁷ <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=HN>

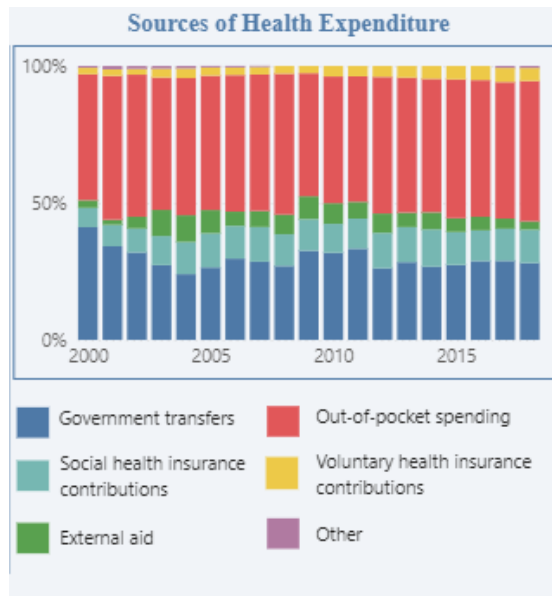


図 28 ホンジュラスにおける総保健支出の財源別内訳図⁴⁸

3.3 保健省（Secretaria de Salud : SESAL）予算

2020年度は15,880百万レンピーラ、2021年は18,218百万レンピーラ（全体予算の約6.3%）と新型コロナ対策のために増額傾向である⁴⁹。

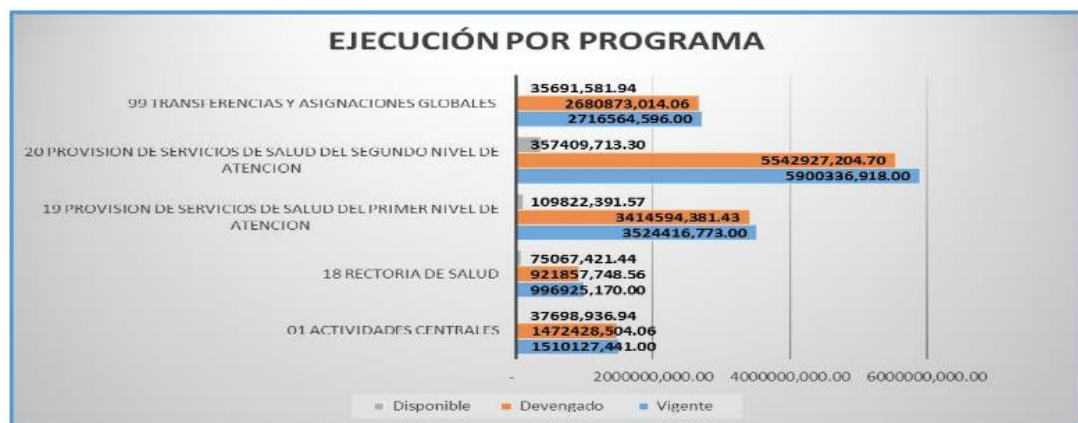


図 29 2019年の保健省予算執行状況（プログラム別）⁵⁰

予算の実際の執行状況は図 29 の通りである。また、二次レベルの保健医療サービスにおける具体的な予算内訳は対人サービス（社員給与等の支払い）65%、非対人サービス（光熱費、家賃、オフィス等の保守整備代、インターネット等）13%、資材・消耗品購入（文

⁴⁸ https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

⁴⁹ Tribunal superior de cuentas : <https://www.tsc.gob.hn/biblioteca/index.php/component/tags/tag/presupuesto-gral>

⁵⁰ 保健省 : MEMORIA INSTITUCIONAL AÑO 2019

房具、食品、衣料用酸素や試薬、手術用品、清掃用品等) 7%、機材購入 (医療機器、検査機器、コンピューターや電気製品等) 1%、そして送金関係 (ボーナスや特定スタッフの人員費) が 14% となっている⁶⁰。

3.4 診察料

ホンジュラス保健省系列の医療機関における診察料は回収料金 (Cuota de recuperación) によって規定されている。保健医療施設毎、サービス毎に金額が定められており、加えて個人の収入等により異なる自己負担金が発生する (図 30)⁵¹。農村部では 1 米ドル、都市部では最大 20 米ドルの範囲で治療を受けることが可能となっている。

| Servicios Prestados | Días Hábiles | Cuota de Recuperación por Servicios Prestados de Forma Presencial | Cuota de Recuperación por Servicios Prestados en Línea |
|---|--------------|---|--|
| Registro Nuevo y Renovación de Productos Naturales Medicinales de Uso Humano, Suplementos Nutricionales, y Productos Galénicos, Productos sin Clasificación y Plaguicidas de Uso Doméstico y de Uso Profesional | 45 | 1/2 Salario Mínimo Promedio | 1/3 Salario Mínimo Promedio |
| | 30 | 1 Salario Mínimo Promedio | 1/2 Salario Mínimo Promedio |
| | 15 | 2 Salarios Mínimo Promedio | 1 ½ Salario Mínimo Promedio |

図 30 回収料金の例

3.5 医療保険制度の関連政策

国家保健モデル (Modelo Nacional de Salud : MNS)

本モデルは、保健省が発行する政治的及び戦略的ツールであり、ホンジュラス共和国憲法や保健法、Visión del País や Plan Plan Nacional de salud 2010-2014 等に含まれる内容に基づいている。国家目標「2038 年までに、ホンジュラスは、国民全体の需要を満たす健康システムの基礎を築き、その持続可能性と質を高めるため、実質的な努力を展開する」に従い、その達成を目指すため、健康を生活基盤と見なし、いかなる差別もない、質の高い保健医療サービスへの全人口のアクセスを保障するとしている。また、この国民健康モデルの開発にあたって、普遍性、公平性、継続性、包括性、有効性及び社会的効率性、質、国民と国家の共同責任、連帯、多文化の原則が定められている。

本モデルでは、以下 4 つのアプローチが横断的に行われる。

⁵¹ 保健省 : ACUERDO No. 1578-2019

表 22 国家保健モデルの横断的アプローチ

| | |
|-------------|--|
| リスク管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・世帯や地域コミュニティ、及び環境に関する危険因子・保護因子の継続的なモニタリング及び分析 ・各危険因子をコントロールするための対策立案 ・保健省等の国家機関が中心となるだけでなく、各世帯や地域コミュニティが積極的にサーベイランスに協力・参加することが必要 |
| プライマリーヘルスケア | <ul style="list-style-type: none"> ・全てのレベルの医療保健サービスにおいて、自己責任と自己決定は重要な要素である ・各地域の世帯や個人の健康問題への積極的な参加促進 ・有効的かつコミュニティにとって受け入れやすいアプローチの採用 |
| 男女平等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ジェンダーによる保健医療サービスへのアクセスを制限する障壁や、異なるニーズ、潜在的なジェンダーの不平等などを特定し、排除する ・個人、世帯、コミュニティにおける両性のセルフケアに対するエンパワーメントや参加の促進 |
| 質の高いマネジメント | <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルスケアのアクションや介入の有無ではなく、受益者である住民の健康状態や満足度といった点から保健医療サービスの質を評価・マネジメントする |

本モデルの中で医療保険制度と大きく関わっているのが、保健医療サービスの管理・実施に対する地方分権化（Descentralización）である。これは、「1.3 国家開発計画」にも示したように国家としての重要政策の一つとして、保健領域でも推進されている。MNS では、地方分権化を進め、自治体レベルでのより効率的なサービス提供のために、統合保健サービスネットワーク（RISS）を導入している。

ホンジュラスでは、従来様々なアクターが保健医療サービスを独自に提供しているが、それらサービスの提供施設は同地域に集中し、最貧困層からのアクセスや、サービスの重複については管理されていなかった。これを改善するためのネットワークが RISS である。本ネットワークは、保健省や IHSS 等の公的セクターのみならず、民間セクターの一次・二次保健医療サービス提供機関を統合し、エリア内の住民が重複や不足のないサービスを受けられることを可能とすることが目的である。

RISS はマイクロネットワーク（Micro Red de Servicios de Salud）の集合体で構成されており、マイクロネットワークは保健基本エリア（Área Básica de Salud）を管理している。保健基本エリアは行政上の地区で分類されているわけではなく、人口動態や交通アクセス等を考慮し、エリア内での移動が容易に行われるように制定されている。

さらに、RISS を展開する上で重要な役割をもつのが家庭保健チーム（Equipo de Salud Familiar : ESFAM）である。家庭保健チームは一次レベルでのプライマリーヘルスケアを担い、コミュニティにおいて住民と保健医療サービスをつなぐ窓口のような機能を持つ。同チームは以下の表 23 のような人員で構成されている。2019 年の時点で、国内 16 の保健地域において 413 の家庭保健チームが形成されている（表 24）。

表 23 家庭保健チームの職種構成⁵²

| チーム | 職種構成 | 配置数/人口比 |
|--|------------------------------------|--|
| 都市部家庭保健チーム (Equipo de Salud urbano) | ・医師 ・看護師 ・看護助手 ・ヘルスプロモーター | 1,201~2,000 世帯 (6,001~10,000 人) ※ヘルスプロモーターは 300 世帯毎 |
| 農村部家庭保健チーム (Equipo de Salud rural) | ・医師 ・看護助手 ・ヘルスプロモーター | 600-1,200 世帯 (3,000^6,000 人) ※ヘルスプロモーターは 300 世帯毎 |

表 24 家庭保健チームの配置 (2021 年、キーインフォーマントへのヒアリングによる)

| 保健地域 | 分権化 | 非分権化 | 計 |
|-------------------|------------|-----------|------------|
| Choluteca | 15 | 0 | 15 |
| Colón | 5 | 0 | 5 |
| Comayagua | 7 | 6 | 13 |
| Copán | 40 | 0 | 40 |
| El Paraíso | 12 | 0 | 12 |
| Francisco Morazán | 8 | 0 | 8 |
| Gracias a Dios | 6 | 2 | 8 |
| Intibucá | 59 | 0 | 59 |
| Islas de la Bahía | 0 | 1 | 1 |
| La Paz | 23 | 0 | 23 |
| Lempira | 114 | 0 | 114 |
| Ocotepeque | 3 | 3 | 6 |
| Olancho | 33 | 0 | 33 |
| Santa Bárbara | 26 | 0 | 26 |
| Valle | 9 | 12 | 21 |
| Yoro | 29 | 0 | 29 |
| TOTAL | 389 | 24 | 413 |

家庭保健チームはコミュニティにて以下の表 25 に示す業務を実施する。

表 25 家庭保健チームの業務 (一部) ⁶²

| 業 務 | 概 要 |
|-----------------------|---|
| 診療業務 | ・保健医療施設での診療 ・訪問診療 |
| 公衆衛生における業務 | ・コミュニティと協働する健康状況分析 (Análisis de Situación de Salud : ASIS) の実施 ・地域コミュニティ・各種団体とともにコミュニティ開発計画 (Plan de Desarrollo Comunitario) の作成、実施を担当 ・保健省により定められた活動の実施 ・学校等での健康教育の実施 |
| 教育・研究業務 | ・トレーニング等への参加 ・コミュニティリーダー等への研修作成 |
| コミュニティ参加業務 管理・評価業務 | ・住民の社会参加、コミュニティ参加の促進 ・SIGSA に関する情報の収集、患者のモニタリング |

RISS 導入当初は USAID による資金援助によって展開がなされていた。全国 298 のコミュ

⁵² 保健省 : Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar

ニティのうち貧困指数に基づいて 104 地域が優先地域として選択され、同援助が終了する 2019 年までにそのうちの 90.38%にあたる 94 地域が分権化された。それらのコミュニティは以下の表 26 にある 15 の保健地域にわかれ、人口カバー数は 1.57 百万人に上る。

表 26 分権化が実施された市を有する保健地域 (キーインフォーマントへのヒアリングによる)

| 保健地域名 |
|-------------------|
| Choluteca |
| Colón |
| Comayagua |
| Copán |
| El Paraíso |
| Francisco Morazán |
| Gracias a Dios |
| Intibucá |
| Lempira |
| La Paz |
| Ocotepeque |
| Olancho |
| Santa Bárbara |
| Valle |
| Yoro |

さらに、IDB のメソアメリカ保健プログラムは、母子保健プロジェクトにおいて 8 つの保健地域及び 19 のコミュニティにおいて、地方分権化を進めた (表 27)。

表 27 IDB により分権化された地域 (キーインフォーマントへのヒアリングによる)

| No. | 保健地域 | 人口 (2019) | 市 |
|-----|-----------|-----------|---|
| 1 | Intibucá | 27,000 | San Antonio, Magdalena, Santa Lucía, Concepción |
| 2 | Choluteca | 28,121 | Concepción de María |
| 3 | Choluteca | 33,412 | San Marcos de Colón, Duyure |
| 4 | Olancho | 31,643 | Dulce Nombre de Culmí |
| 5 | La Paz | 17,351 | Santiago de Puringla |
| 6 | Lempira | 36,054 | Tomalá, Guarita, Valladolid, Cololaca, Tambla, San Juan Guarita |
| 7 | Copan | 62,338 | Copan Ruinas, Santa Rita, Cabañas, San Jerónimo |
| 8 | Copan | 62,338 | Copan Ruinas, Santa Rita, Cabañas, San Jerónimo |
| 計 | 6 | 271,257 | 19 |

これらのプロジェクトが終了後、分権化の進展は実質停止状態である。また、RISS を展開及び維持するにあたっての必要経費も当初の調査以降なされておらず、適切な予算立案の目途がたっていない。

3.6 公的医療保障制度

ホンジュラスの医療保障制度は、公共部門と民間部門で構成されている。公共部門には、保健省 (Secretaria de salud : SESAL) とホンジュラス社会保障局 (Instituto Hondureño de Seguridad Social : IHSS) がある。保健省は、保険料の徴収は行わず、全国にある病院や保健センター等へ医師や看護師を派遣しているが、全人口の 50~60%しか定期的にそれらの

サービスを利用していない。IHSS では 12%の人口（保険料を納めている特定の労働者）をカバーしている。一方、推定 17%、150 万人以上の住民は、医療保健サービスへのアクセスを所有していないと報告されている⁵³。

前述した IHSS は、他の中南米各国と同様に公的医療保険として大きな役割を担うべき組織である。一方で、その非効率なガバナンスや汚職の蔓延が度々問題となっている。2014 年には財政管理の改善を目的として、IHSS に対し法的介入が開始されるなど、非常に厳しい運営状況となっている。

3.7 民間医療保険の概要

2011-2012 年に実施された国民人口統計・保健調査（Encuesta nacional de Demografía y Salud）によると、民間の保健医療サービスを受けているのは全人口の約 10%程度である。

「3.5 医療保険制度の関連政策」に前述した RISS においては、民間保健医療サービス提供者を含めたネットワークとすることが目標として掲げられている。現状は法令の整備が進展せず、民間セクターの統合の目途がたっていない状況である。

3.8 医療費等による家計破綻・困窮化

「2.6 主要保健医療サービスの利用状況」に記載した UHC 達成のための指標である SDG 指標 3.8.1「サービスカバレッジ指標」とは別にもう一つ設定されているのは、SDG 指標 3.8.2「家計破綻・困窮化」である。WHO の 2019 年モニタリング報告書⁵⁴によれば、世帯総支出額（もしくは総収入）の 10%以上を医療支出として出費している世帯の割合は、ホンジュラスでは 1.1%であり、エルサルバドル 1.7%、グアテマラ 1.4%、日本は同閾値で 4.4%となっている。これをみると医療費による家計への負担は相対的に低いことがわかる。しかしながら SDG 指標 3.8.1「サービスカバレッジ指標」を見るに、これは保健医療サービスへのアクセスの悪さが影響しているものと考察できる。一方で医療費全体に対する out-of-pocket の割合をみると、50%以上が住民個人の支出であると報告されており、保健省も医療費にかかる自己負担の割合を軽減することを目標として掲げている⁵⁵。

医療費における自己負担額を減らすにあたり、重要になるのが医薬品の購入費である。

「2.8 医薬品調達・供給」に前述したように、本来保健省系列等の公的機関において処方される医薬品は無償なのに対し、実際には医薬品切れ等によって住民が民間薬局等から医薬品を購入せざるを得ない場合が多い。医薬品の市場価格については 2013 年に制定された一般医薬品法（Ley General de Medicamento）59 条において、国際価格参照システム⁵⁶を基準に規定されている。ジェネリック医薬品等は先発医薬品の 30~50%安く規定されているが、

⁵³ 民主主義のための研究センター: Salud en Honduras: sin camas, médicos, enfermeras, equipo, medicinas.

⁵⁴ WHO : Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 MONITORING REPORT

⁵⁵ ホンジュラス保健省 : Plan Nacional de Salud 21

⁵⁶ Rovira Forns, Joan: Precios de medicamentos :cómo se establecen y cuáles son sus sistemas de control

実際の購入にかかる支出を見ると、その影響は非常に大きいことがわかる。

2011年のデータによれば⁵⁷、医療関連支出の3割を占める医薬品購入費のうち、7割以上が一般家庭から支出されている（図31）。これは、多くの医薬品が公的機関を通してではなく住民により直接薬局から購入されていることを示す。

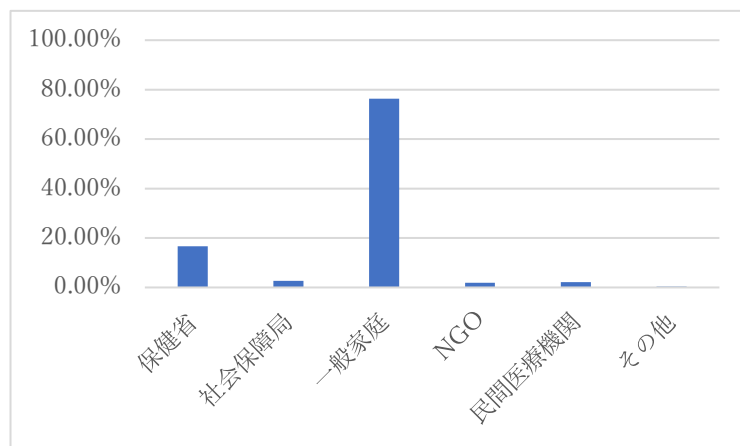


図31 ホンジュラスにおける医薬品購入元⁶⁹

2008年のデータでは、世帯の支払い能力の40%以上を医薬品に支出している割合は全世界の13.3%であり、同時期に実施された中米地域のニカラグア（5.3%）と比較し大きくなっていた⁵⁸。本発表のような調査は2008年以降同国では実施されていない。

3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ

① RISSの展開

本章で述べたように、ホンジュラスにおけるユニバーサルカバレッジ達成にむけて非常に重要なポイントとなっているのがRISS及び家庭保健チームの展開である。それにあたり、下記3点が喫緊の課題となる。

1. 予算の確保
2. 保健省を中心とした運営体制の確立
3. 人材の確保・強化

RISSは当初よりUSAIDからの融資により展開されているため、USAIDからの融資が途切れた場合、その存続自体が危ぶまれる。この点は、プライマリーヘルスケアの強化を目的として家庭保健チームのトレーニングを行った「国家保健モデル」に基づくプライマ

⁵⁷ 保健省：Estudio de gasto y financiamiento en salud, 2011

⁵⁸ WHO：EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RAZONES DE EFICIENCIA PARA LA EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

リーヘルスケア体制強化プロジェクト（2013）」（プロジェクト実施期間中に RISS が導入されている）の報告書においても指摘されている。RISS の実施地域において医療サービスに対する質が向上しているという報告もあり、その有効性自体は評価されている。家庭保健モデルとして勤務を行う医療従事者の確保・強化のためにも、さらに RISS の面的展開を行っていくためにも、継続的な実施予算の確保が課題である。しかし、RISS の維持に必要な費用は長らく調査が行われておらず、予算規模の見込みが十分に立てられないのが現状である。

また、RISS は MNS に参加する公的セクター、さらには民間セクターをも統合することを目標としている一方で、実際には IHSS が運営する保健医療施設に対しての監督権についても法案で決定できていない状況である。RISS のさらなる強化には、予算だけでなく政策面での改善も重要である。

④ 公的機関による医薬品の提供

住民の医療費による困窮化を防ぐために、医薬品への出費を軽減することが重要である。特に NCD 等の長期的に影響を与える疾患に罹患した場合、コントロールや合併症予防のために継続的な服薬の必要が生じる。現在医薬品の多くは住民が直接民間薬局等で購入していることから、今後 NCD が蔓延していくことでより医薬品への出費が増大することが懸念される。

4 協力の可能性（案）

「2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ」並びに「3.9 保健医療財政及び保健保障制度の課題とニーズ」に報告した内容を中心に、以下に、現時点での今後の JICA 協力の可能性の検討結果を示す。

4.1 協力優先度の高いニーズ

1～3 章までの情報を基に、協力ニーズ、考える支援実施領域、及びその優先度について以下の表 28 に記載する。

表 28 協力ニーズ及びその優先度

| ニーズ | 協力の可能性のある領域 | 優先度 |
|---------|--------------------|---|
| インフラの建設 | ・保健ポスト等の新規建築/改築/補修 | 非常に高い 特に基礎病院や保健センター/ポストにおいてハリケーン被害が大きい。PAHO による支援もあるが 11 施設のための改築に留まっている |

| | | |
|----------------|---|--|
| 保健医療人材強化 | ・ 医療従事者の雇用に関連する法律立案の支援 | やや高い すでに高等教育を受けている医療従事者は存在する一方で、雇用にあたるまでのハードルが非常に高い |
| 情報システムの品質向上 | ・ 一次レベルにおけるハード面の整備 ・ 統合された情報システムの構築 | やや高い 情報システムの統合については多くのドナーが支援を実施している |
| 予防アプローチの推進 | ・ NCD のサーベイランス実施及び情報システム強化 ・ 疾患の早期診断能力の向上 ・ ヘルスプロモーションの推進 ・ 保健医療人材の NCD 対応能力強化 | 高い 医療負担の軽減や増大予防のために重要 |
| RISS の強化 | ・ RISS 実施における予算調査 ・ RISS 未展開地域における保健医療人材の強化育成 | 高い その他のニーズと組み合わせる |
| 医薬品における自己負担の軽減 | ・ 医薬品の市場価格やそれにおける自己負担の状況についての調査実施 | 高い 医療負担の軽減のために重要 |

前章で述べたように、ホンジュラスにおいては人材確保、農村部での医療カバー率を向上させることが緊急の課題である。それにあたり、RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud) の展開、それによる農村地域でのプライマリーヘルスケア強化が UHC 達成のための焦点となる。特に、母子保健や感染症対策に加えて、NCD 対策に着目した取り組みの必要性が高まっている。同国に対する日本の協力経験を十分に活かすことも考慮しつつ、以下に4つの協力案件の可能性を提示する。

- 【1】 RISS の展開
- 【2】 家庭保健チームによる NCD 対策強化
- 【3】 保健サーベイランス強化
- 【4】 一次レベル保健医療施設の改築
- 【5】 NCD に関する情報システムの構築

上記の協力案件の概要は以下の表 29 のとおり。

表 29 協力案件 (案) の内容

| |
|---|
| <p>【1】 RISS の展開</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 目的：RISS の持続的な全国レベルでの展開 ・ 被益者：RISS 非実施の農村地域住民 ・ 対象：保健省、保健地域の RISS 担当官 ・ コンポーネント：保健リソース調査、機材整備、人材確保 ・ 活動内容：RISS の優先地域全土への展開及び維持のために、適切な予算調達を行うことが重要である。そこで、RISS がすでに展開されている複数の地域を対象として、保健リソース調査を実施する。【2】に記載する RISS 関連案件との協調により効率的な情報収集が可能。必要な人材数や |
|---|

| |
|--|
| <p>機材の充足状況、サービス提供状況等から、地域特性毎に RISS 導入に必要な経費を分析する。対象地域の選定は保健省とともに行う。また、RISS 案件に関わるドナーとして USAID や BID への聞き取り、協調も重要となる。現地調査期間は 1 か月以内を想定。調査結果は保健省及び他ドナーに共有され、今後の有償資金協力等につなげることを目的とする。</p> |
| <p>【2】 家庭保健チームによる NCD 対策強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 被益者：農村地域住民 対象：保健省、県・市レベルの担当者、家庭保健チーム等の医療従事者 コンポーネント：人材育成（NCD 対策、老年医学）、予算管理・調達、機材の整備 内容：パイロット地域を選定し、同地域において家庭保健チーム及び一次レベルの保健医療施設スタッフへの研修モデルを開発する（NCD を中心とする）。研修には早期評価や予防のための住民指導、コミュニティ活動及びモニタリングが含まれる。投入としては、PHC 担当、NCD 担当、モニタリング・評価担当等が想定される。（同国にて実施予定のプロジェクト「ホンジュラス国保健サービスネットワーク（RISS）を通じた保健サービスデリバリー強化プロジェクト」に相当） |
| <p>【3】 保健サーベイランス強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 被益者：ホンジュラスにおいて感染症等に罹患し検査を受ける患者 対象：保健サーベイランス国立研究所職員 コンポーネント：人材育成（検査技術の向上、機材の整備・管理） 内容：保健サーベイランス国立研究所は現在建設案件が進行中である。同研究所では全国 100 以上の検査ネットワークのトップレファレンスラボとして、迅速かつ安全な検査が実施できるよう、機材やインフラ整備を実施している。今後、大きく変化する疾病構造に対応するための幅広い正確な検査を実施していくため、人材の能力強化が欠かせない。そこで、同研究所の検査技師を講師として全国の技師に対して機器の取り扱いや検査方法についての定期的な研修を開催する。主たる活動は以下が想定される。 <ul style="list-style-type: none"> ①各レベルで勤務する検査技師の人数や技術レベルに関するベースライン調査の実施 ②検査技師に対する研修内容の開発 ③保健省が定める検査技師の育成過程に同研修を取り入れる <p>⑤ 各レベルで勤務する検査技師の人数や技術レベルに関するベースライン調査の実施</p> |
| <p>【4】 一次レベル保健医療施設の改築・改修</p> <ul style="list-style-type: none"> 被益者：農村地域にて保健センターや保健ポスト等を利用する住民 対象：農村地域かつハリケーン被害の大きい 5 県における保健センター及び保健ポスト コンポーネント：インフラ整備、機材整備 内容：ハリケーン被害が大きい一 次レベルの保健医療施設の改修を実施。対象施設選定のための事前調査が必要 |
| <p>【5】 NCD に関する情報システムの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> 被益者：NCD に罹患する住民 対象：保健省 コンポーネント：モニタリング強化、情報システム構築 内容：保健省が PAHO の技術支援のもと実施する予定の「糖尿病治療のための健康情報システムの開発プロジェクト」に対する資金協力。予算規模については不明 |

同協立案について、DAC 評価の 5 項目をもとにその重要性について検討する。結果は以下表 30 のとおり。

表 30 案件（案）の 5 項目評価

| |
|---|
| <p>【1】 RISS の展開</p> <ul style="list-style-type: none"> 妥当性：ホンジュラスにおいて UHC 達成のための柱である RISS のさらなる展開に重要 有効性：調査の結果、RISS の実施に必要な予算が把握できることにより、さらなる地域へ展開が可能 効率性：現在公示中の技術協力プロジェクト、または他ドナーによる RISS 案件等と連携することにより、C/P との協調や効率的な情報収集が可能 |
|---|

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> インパクト：借款案件の形成に寄与 持続性：本調査結果が他ドナーによって活用され、RISS 展開に持続的に寄与できる |
| <p>【2】 家庭保健チームによる NCD 対策強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 妥当性：NCD の有病率や影響は大きく、戦略計画等が作成されているものの、対策は遅れている 有効性：同国で行われた技術協力プロジェクトにおいても、家庭保健チームへの能力強化により住民の保健指標を改善させている 効率性：新型コロナウイルスの感染拡大により計画通りの十分な専門家や人材投入、現地での活動が行えるか不透明な部分あり インパクト：NCD 改善により医療費の削減や健康寿命の延長が期待できる。類似案件と協調することにより、政策提言や法整備の促進が可能 持続性：研修を制度化するなど、必要経費の確保が重要 |
| <p>【3】 保健サーベイランス強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 妥当性：現行の「保健サーベイランス国立研究所建設プロジェクト」の成果を活かし、疾患の早期発見に貢献することが可能 有効性：同国の検査水準向上に寄与 効率性：ハード面の建設を JICA が実施しているため、建設状況に合わせた適切なタイミングでのインプットが可能 インパクト：検査技師研修の規定、法整備の促進が可能 持続性：研修を制度化するなど、必要経費の確保が重要 |
| <p>【4】 一次レベル保健医療施設の改築・改修</p> <ul style="list-style-type: none"> 妥当性：インフラ再強化は喫緊の課題である 有効性：適切な事前調査により、より保健ニーズの高い地域への介入が可能 効率性：さらなる災害の発生等に留意 インパクト：再建設された保健医療施設を拠点として RISS や家庭保健チームの展開を促進することが可能 持続性：人材再配置を行うことで、持続的にプライマリーヘルスケアの強化に貢献可能 |
| <p>【5】 NCD に関する情報システムの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> 妥当性：機関別戦略計画にも示されており、喫緊の課題のひとつである 有効性：すでに計画は立案されており、予算調達に難航している状況のプロジェクトへの支援である 効率性：同国で長期間にわたり NCD 対策支援を実施している PAHO の技術協力のもと実施される インパクト：情報システムの構築により、エビデンスに基づいた効果的な予防アプローチやモニタリングを実施することが可能 持続性：システム運用・維持にあたる人材育成及び確保が重要 |

4.2 協力スキーム

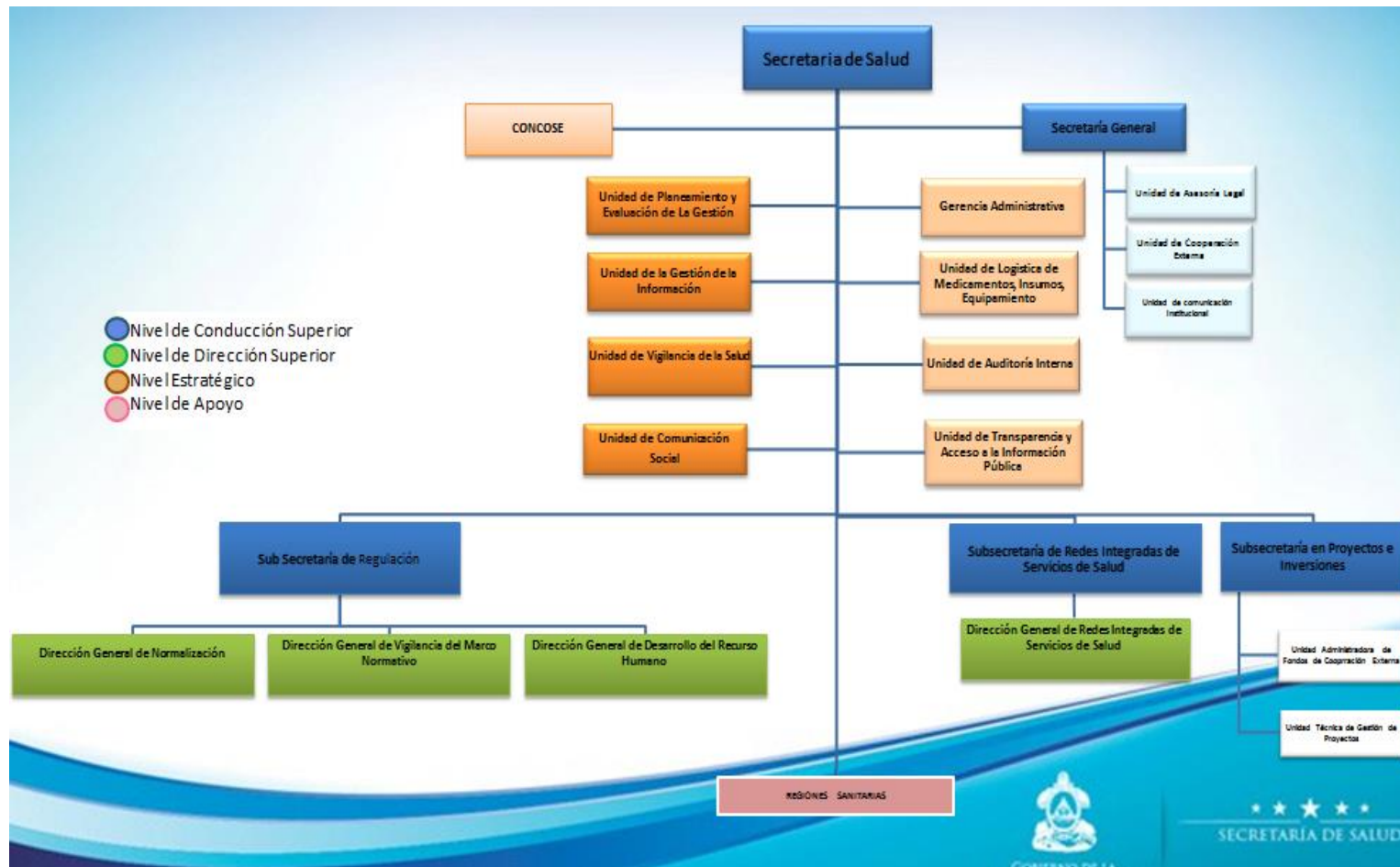
以下に前項で述べた各案件（案）におけるスキームの可能性について記載する。

表 31 各案件（案）スキーム

| 候補案件 | 協力スキーム等 |
|---------------------|--|
| RISS の展開 | 事前：詳細計画ミッションの派遣、 全体実施：調査案件 分離・分割の可能性：有償資金協力（調査専門家派遣の可能性もあり） |
| 家庭保健チームによる NCD 対策強化 | 事前：詳細計画ミッションの派遣 全体実施：技術協力 分離・分割の可能性：NCD 検査・診断用の携帯用医療機器等の提供、現行プロジェクトと協働する JICA 海外協力隊の派遣 |
| 保健サーベイランス強化 | 事前：詳細計画ミッションの派遣 全体実施：技術協力 分離・分割の可能性：JICA 海外協力隊の派遣（職種は臨床検査を |

| | |
|-----------------------|---|
| | 想定。研究所内のスタッフへの指導) |
| 一次レベル保健医療施設の 改築・改修 | 事前：詳細計画ミッションの派遣、保健リソース（インフラ）の 現状調査 全体実施：無償資金協力/有償資金協力 |
| NCDに関する情報システム の構築 | 事前：詳細計画ミッションの派遣、PAHO との連携 全体実施：有償資金協力 |

添付資料



出典：Plan Estratégico Institucional 2018-2022

第6章 ブラジル

目次

| | |
|---|------------|
| 1. 基礎情報 | 199 |
| 1.1 一般情報 | 199 |
| 1.2 政治・経済状況 | 199 |
| 1.3 国家開発計画 | 200 |
| 1.4 日本との外交・経済関係 | 200 |
| 2. 保健セクターの概況 | 200 |
| 2.1 保健・人口の概要 | 201 |
| 2.2 保健医療政策 | 204 |
| 2.3 保健医療行政機関 | 206 |
| 2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況 | 208 |
| 2.5 保健医療サービス供給体制 | 210 |
| 2.6 保健医療サービス利用状況 | 213 |
| 2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況 | 214 |
| 2.8 医薬品調達・供給 | 218 |
| 2.9 保健医療分野ドナー状況 | 218 |
| 2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ | 221 |
| 3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 222 |
| 3.1 財政の一般情報 | 222 |
| 3.2 主要保健財政指標 | 223 |
| 3.3 保健省予算 | 224 |
| 3.4 診察料 | 226 |
| 3.5 医療保障制度の関連政策 | 226 |
| 3.6 公的医療保障制度 | 227 |
| 3.7 民間医療保険の概要 | 229 |
| 3.8 医療費等による家計破綻・困窮化 | 230 |
| 3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ | 230 |
| 4. 協力の可能性（案） | 230 |
| 4.1 協力優先度の高いニーズ | 231 |
| 4.2 協力学キーム | 234 |

図表目次

| | | |
|------|---|-----|
| 表 1 | 主な課題別保健医療政策・戦略..... | 205 |
| 表 2 | 国際的調査等の実施状況..... | 208 |
| 表 3 | 地域別医療施設数..... | 211 |
| 表 4 | 一次～三次医療施設概要..... | 212 |
| 表 5 | 保健省が規定する NCD に関する主なプライマリ・ヘルスケア・サービス | 216 |
| 表 6 | IDB プロジェクト..... | 219 |
| 表 7 | World Bank Groupe プロジェクト..... | 220 |
| 表 8 | 2021 年度歳入..... | 222 |
| 表 9 | 2021 年度歳出..... | 223 |
| 表 10 | 保健省予算のトレンド..... | 225 |
| 表 11 | 主な民間医療保険と特徴..... | 229 |
| 表 12 | 候補協力案件の内容..... | 231 |
| 表 13 | ブラジル北東部ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ支援プログラム | 233 |
| 表 14 | 協力候補案件の 5 項目評価..... | 234 |
| 表 15 | 候補案件における協カスキーム等..... | 234 |
| | | |
| 図 1 | ブラジル地図..... | 199 |
| 図 2 | 1999 年及び 2019 年の人口ピラミッド..... | 201 |
| 図 3 | 2039 年の人口ピラミッド..... | 202 |
| 図 4 | 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合..... | 203 |
| 図 5 | ブラジルにおける障害調整生命年 (DALY) | 203 |
| 図 6 | 喫煙率および肥満率の推移..... | 204 |
| 図 7 | ブラジルの保健行政機関..... | 207 |
| 図 8 | ブラジル保健省組織図..... | 208 |
| 図 9 | UHC サービスカバレッジ指数..... | 213 |
| 図 10 | 2019 年の全国保健調査による健康格差：地域別..... | 214 |
| 図 11 | 総保健支出の財源別内訳..... | 224 |

1. 基礎情報¹

以下に、一般情報、政治・経済状況、国家開発計画及び日本との外交・経済関係を示す。

1.1 一般情報

ブラジルの人口は、約 2 億 1104 万人であり、経済規模は GDP1.84 兆米ドルである(世銀、2019 年)²。ブラジルは、豊かな土地、水、太陽等に加え、鉱物資源・石油等の戦略資源も有し、種々の面で恵まれた状況にある。他方、人口の 8 割以上が各地の都市部に在住し、急速に都市化が進んだことにより、生活環境や衛生状態の悪化、交通渋滞、自然災害への脆弱性など、様々な問題を抱えている。また、



図1 ブラジル地図

都市部と地方部における所得格差（豊かな南東部に対し、北部、中西部、北東部における低い生活水準）、貧富の差に基づく教育格差等も喫緊の課題である。なお、コロナ渦の影響により、2020 年第二四半期に GDP-9.7%の下降を記録し、2020 年の経済成長率は-5.8%³と予想され、過去最大の景気後退となる見込みである⁴。また、一人当たり GNI は 9,130 米ドル (2019 年)²であるものの、国民の 19.9%が 1 日 5.50 米ドル未満で生活しており、そのうち 930 万人が 1 日 1.90 米ドル未満で生活する極度の貧困層となっている(国民の 4.4%⁵)。

1.2 政治・経済状況⁶

ブラジルの政治形態は連邦共和制であり、それぞれ任期 8 年の上院（4 年ごとに 3 分の 1 又は 2 を改選）と 4 年の下院の二院制の議会制度となっている。現在の元首は、2019 年 1 月に就任したジャイル・メシアス・ボルソナロ大統領であり、2023 年までの任期となっている。

主要産業は、製造業、鉱業（鉄鉱石）、農牧業（砂糖、オレンジ、コーヒー、大豆等）の 3 本柱である。また、失業率は 11.9%となっている（2020 年 1 から 3 月の 3 か月平均、ブラジル地理統計院）。インフォーマル労働者は国民の 45.0%（2015 年）にあたる⁷。

¹ 地図データ：<https://www.openstreetmap.org/>

² World Development Indicator (World Bank)：<https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>

³ IMF Country Information：<https://www.imf.org/en/Countries>

⁴ 世銀ブラジル事務所 HP：<https://www.worldbank.org/en/country/brazil/overview>

⁵ World Development Indicator (World Bank)：

https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=BRA

⁶ 外務省：<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/>

⁷ International Labor Organization (2020) Statistics on the informal economy
<https://ilostat.ilo.org/topics/informality/>

ブラジルに進出している本邦企業は、699社と報告されている⁸。なお、2018年10月時点の在留邦人は51,307人で、日系人は推計約200万人である。

1.3 国家開発計画⁹

ブラジルの国家開発計画に相当する（PPA: Plano Plurianual）は、2020年から2023年までの4か年計画である。重点目標は、社会経済開発に係る5つの柱と防衛戦略から成る。

PPAでは、社会経済開発の分野で「制度」、「社会」、「環境」、「経済」、「インフラ」の5つの重点目標を立てている。「社会」において、①社会的不平等の是正、②質の高い教育の推進とアクセス向上、③優れた保健サービスの提供、④市民権の強化、⑤幼児期に対する保護の5つの重点課題が挙げられており、保健医療分野は社会面に含まれる。

保健医療分野は、①プライマリ・ヘルスケア、②専門ケア、③科学技術開発、④保健システム管理・組織化、⑤健康サーベイランス、⑥医薬品支援、⑦先住民族の健康支援が具体的なプログラムとして挙げられている。

1.4. 日本との外交・経済関係¹⁰

1895年11月、修好通商航海条約調印をもって外交関係樹立するとともに、ブラジル移住は1908年の笠戸丸を持って開始した。海外で最大の日系社会（約200万人）、活発な要人往来等、伝統的に強い友好関係を有する。加えて、2014年以降は、二国間関係を戦略的グローバル・パートナーシップと位置づけ、治安、防災、刑事司法、環境、教育等の幅広い分野で二国間関係が進展している。ブラジルにおける対日貿易では、ブラジルからの輸出は、鉄鉱石、肉類、農産物、非鉄金属、化学製品等で54.3億円規模である。一方、輸入は、自動車部品、二輪車部品、工具、事務機器等で総額40.9億円である。また、ブラジルと日本は、2017年に未発効ではあるが税関相互支援協定を締結し、さらに、2018年には観光覚書を締結している。

ブラジルに対する日本の援助実績は、2017年度までの累計で、有償資金協力が4,163.59億円、無償資金協力が43.2億円、技術協力実績がJICA実績ベースで1,176.45億円となっている。日本とブラジルは、1984年に科学技術協定を取り交わし、宇宙、海洋科学等の分野で協力実績を有する。

2. 保健セクターの概況

ブラジルの保健セクターの概況として、以下に、保健・人口の概要、保健医療政策、保健行政機関、保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況、保健医療サービスの供給体制、保健医療サービスの利用状況、疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況、医薬品

⁸ 外務省（2018）海外在留邦人数調査統計（令和元年版 2018年10月）：

https://www.mofa.go.jp/mofaj/ecm/ec/page22_003410.html

⁹ Ministério da Economia, Plano Plurianual 2020-2023 : <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa>

¹⁰ 外務省 : <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/>

調達・供給、ドナーの支援実績、及びUHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズについて示す。

2.1 保健・人口の概要

図 1 に示す通り、人口は 1999 年の 172 百万から 2019 年には 211 百万に増加しており、その増加率は 20 年間で 23% である。同期間の世界平均成長率 27% よりは低いものの、着実に増加を辿っている。しかし、その人口ピラミッドの形状は、釣鐘型からつぼ型へと変わってきている。総人口に占める 15 歳から 65 歳未満までの成人の割合を比較すると、64.4% (1999 年) から 69.7% (2019 年) に増加しており、人口ボーナス期に入っていることが分かる。

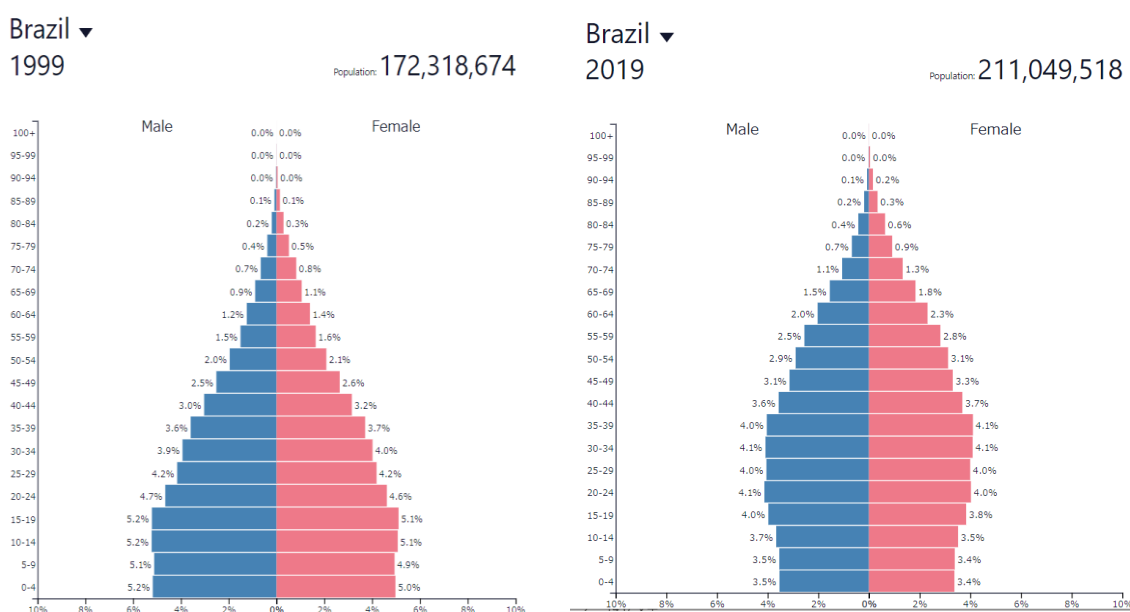


図 2 1999 年及び 2019 年の人口ピラミッド
(出典：年齢別人口 <https://www.populationpyramid.net/>)

一方、2039 年の人口ピラミッド (予測) を見ると、総人口は増加しているものの、より中央部が厚いつぼ型に変化している。65 歳以上の高齢者は、2019 年の総人口比 9.1% となり、中南米・カリブ諸国の中では、一足早く高齢化社会(65 歳以上の人口が全体の 7% から 14% 未満)に突入し、更に 2039 年には 17.3% まで増加、高齢社会(同 14% 以上 21% 未満)を迎えることが予測されている。また、合計特殊出生率は 2019 年の 2.9 から 2018 年には 1.7 へと減少している¹¹。10 歳未満児の人口に関しても、総人口比 13.8% (2019 年) から 10.4% (2039 年) まで低下し、急激に少子化が進むことが予測される。

¹¹ World Bank (2021) Fertility rate, total (births per woman) – Brazil, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=BR>

Brazil ▼
2039

Population: 228,794,863

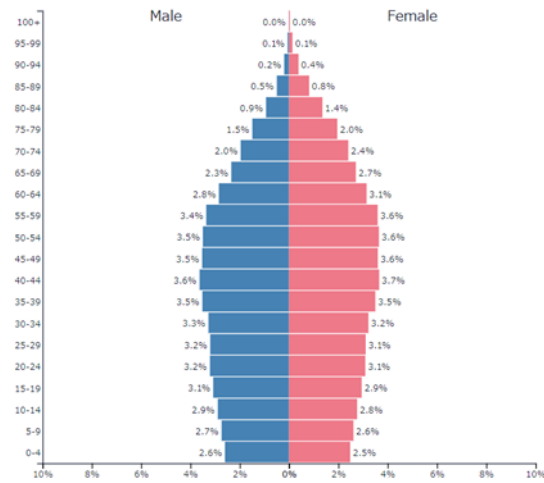


図 3 2039年の人口ピラミッド

保健状況に関しては、国民全体の死因のうち、循環器疾患(28%)、がん(16%)、外傷(13%)、呼吸器疾患(11%)が上位を占めるなど、疾病構造は既に非感染性疾患(NCD)が中心であると言える¹²。図3は、国際疾病分類に沿って死亡を大きくNCD(図3の青色)・感染性疾患・母子・栄養(赤色)・外傷(緑色)の3つのグループに分けたときの経年比較である。1990年において総死亡の割合はNCD60%、感染性疾患・母子・栄養26%、外傷14%とすでに大半がNCDによる死亡となっているが、2019年時点では、順に76%、12%、12%となり、NCDによる死亡割合がより拡大していることが分かる。

¹² Pan American Health Organization & World Health Organization (2017) Health in the Americas 2017, Brazil : <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=4246>

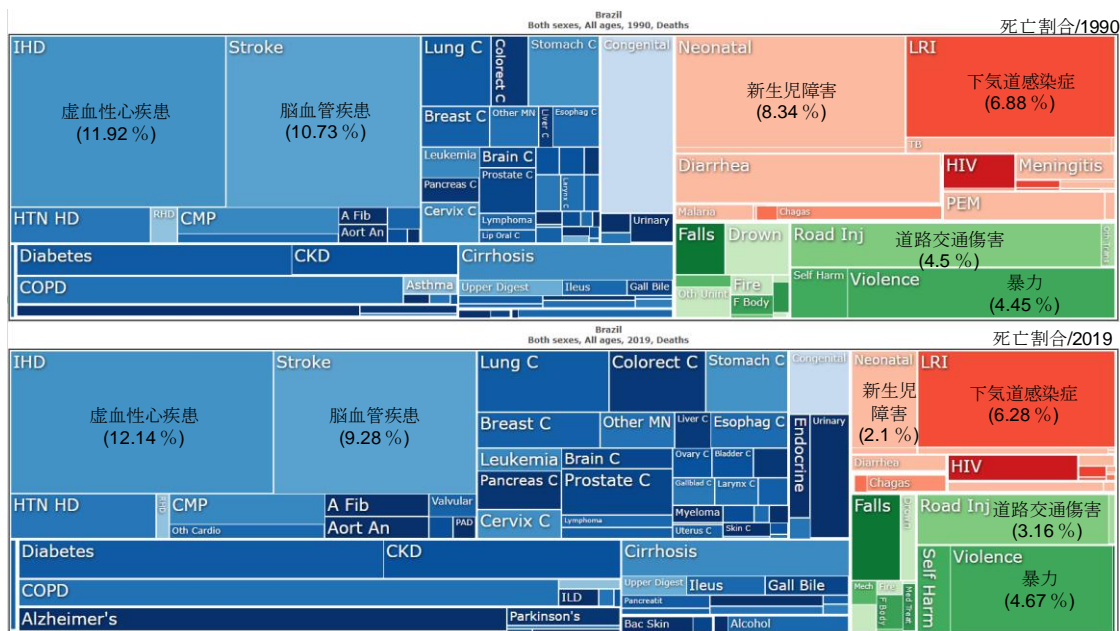


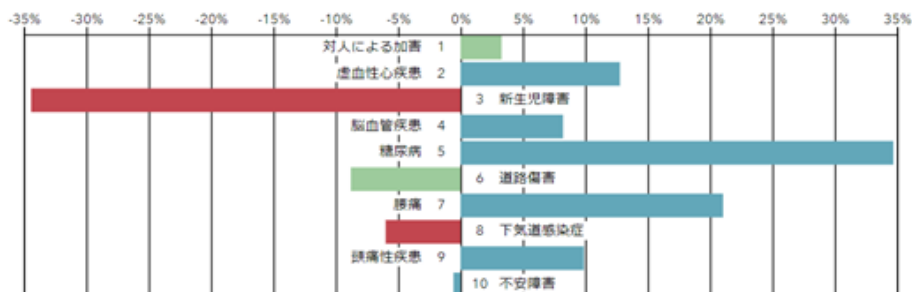
図 4 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合

(Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD compare. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>)

また、図 4 に示す通り障害調整生命年 (DALY: Disability-Adjusted Life Year) で見ても、2009 年から 2019 年の 10 年間で感染性疾患・母子・栄養 (図 4 の赤色) は減少傾向にあるものの、NCD (青色) は増加傾向にある。例えば、過去 10 年間で新生児死亡は 30%以上、下気道感染症は 5%以上減少している一方、糖尿病や虚血性心疾患はそれぞれ 10%、30%以上増加している。

死亡・障害を合わせて最も多い死因は？

- 感染性・母体・新生児・栄養疾患
- 非感染性疾患
- 傷害



2019年の死亡・障害原因 (DALY) 上位10位と2009年~2019年の変化率 (全年齢合計)

関連文献を参照: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

図 5 ブラジルにおける障害調整生命年 (DALY)

(出典: Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profile-Brazil. <http://www.healthdata.org/brazil>)

NCD のリスクファクターに関しては、2000 年と比較し 2015 年における喫煙率は男女ともに減少傾向にあるものの、肥満の割合は男女ともに増加している。

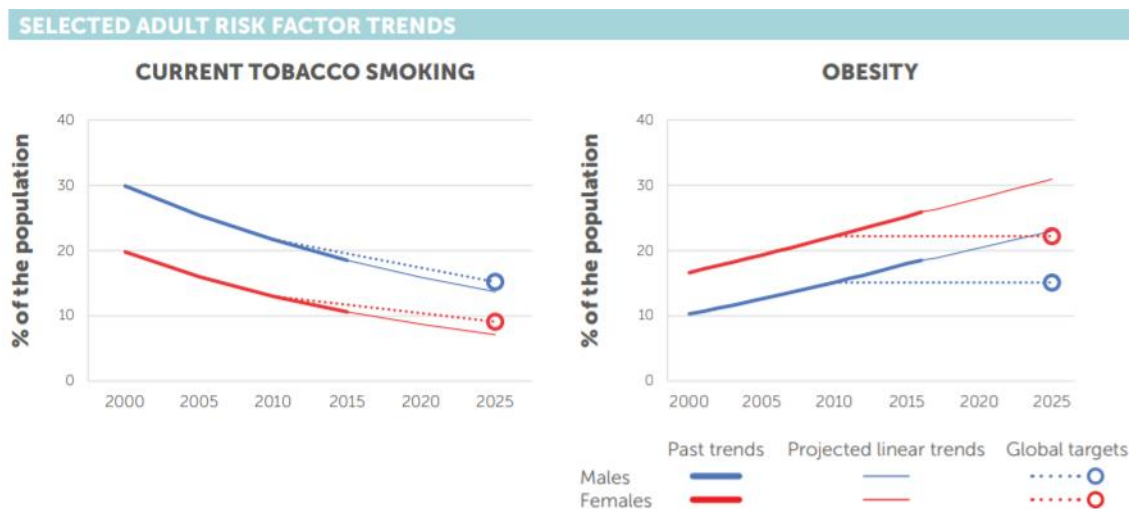


図 6 喫煙率および肥満率の推移

(出典： Noncommunicable diseases country profiles 2018 : https://www.who.int/nmh/countries/2018/bra_en.pdf?ua=1)

一方、感染性疾患は減少しつつあり、例えば対人口 10 万人当たりの結核罹患率は 84.0 人 (1990 年) から 35.9 人 (2013 年)、結核による死亡率は 5.4 人 (1990 年) から、2.2 人 (2013 年) までに減少している。また、母子保健指標でみると、乳幼児死亡率は対出生千人当たり 51.4 人(1990 年)から 14.1 人 (2013 年) まで減少¹²、DALY における新生児期の障害も 2009 年と比較して 2019 年には 35% 近く減少している¹³。

2.2 保健医療政策

ブラジル保健省は、2020 年に「国家保健計画 (Plano Nacional de Saúde 2020-2023)」を策定し、15 の国家健康政策と 7 つの目標の下に、93 の指標を設定、7 つのプロジェクトを計画している¹⁴。7 つの目標は、以下の通りである。

- ① プライマリ・ヘルスケアに関する行動とサービスの拡大を総合的かつ計画的に推進する。
- ② アクセスの改善と地域における不平等の軽減を目的とした、専門医療サービスの提供拡大を推進する。
- ③ 予防可能な疾患の発生を減少させ、制御する。
- ④ 科学的知識の普及を促進し、公平、平等、効果的かつ持続可能な方法で、国民の医療技術へのアクセスを促進する。
- ⑤ 安全性、有効性を備えた医薬品を戦略的に供給し、国民の医薬品へのアクセスを保障し、医薬品の合理的な使用を促進する。

¹³ Institute for Health Metrics and Evaluation (n.d.) Country Profile-Brazil. <http://www.healthdata.org/brazil>

¹⁴ Ministério da Saúde (2020) Plano Nacional de Saúde 2020-2023 : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

- ⑥ 先住民の健康の保護、促進、回復を強化する。
- ⑦ 公平で質の高い医薬品及び保健サービスへのアクセスを保証するため、SUS（後述）の管理を改善する。

ブラジルにおける主な課題別保健医療政策・戦略は、表1の通りである。

表1 主な課題別保健医療政策・戦略

| 保健医療政策・戦略名称 | 概要 |
|--|---|
| 国家プライマリケア政策 2012 (Política Nacional de Atenção Básica) ¹⁵ | ヘルスケアネットワーク (RAS: Rede de Atenção à Saúde) の活用によるプライマリケアの促進 |
| Saúde na Hora ¹⁶ | ファミリー・ヘルス・ユニット (USF) とベーシック・ヘルス・ユニット (UBS) の利用促進 |
| 女性と子どものための包括的ヘルスケア戦略 ¹⁷ | 安全かつ人間的な妊娠、出産、産後および子の成長と発達の権利を尊重 |
| 高齢者のための国家保健政策 (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa) ¹⁸ | 60 歳以上の人々への包括的な医療を確保 |
| NCD 行動計画: 2011-2022 (Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022) ¹⁹ | NCD による 70 歳未満の早すぎる死を年間 2% 減少させることを目標に掲げる |
| 慢性疾患および非感染性疾患に立ち向かうための戦略的行動計画 (2021-2030 年) (Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030) ²⁰ | NCD 罹患率や死亡率の減少のため 177 の戦略的アクションを設定 |
| ブラジルデジタルヘルスに係る計画・行動・モニタリング評価戦略 2019-2023 (Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2019-2023) ²¹ | デジタルヘルスの推進 |

¹⁵ Ministério da Saúde (n.d.) Políticas, Política Nacional de Atenção Básica
<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE40A>

¹⁶ Ministério da Saúde (n.d.) Saúde na Hora <https://aps.saude.gov.br/ape/saudehora>

¹⁷ Ministério da Saúde (2016) Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança
<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/19/2-a-Rede-Cegonha.pdf>

¹⁸ Ministério da Saúde (2006) PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006
http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

¹⁹ PAHO (2014) Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-action-Plan-Brazil.pdf>

²⁰ Ministério da Saúde (2020) Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030
<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Plano-DANT-vers--o-Consulta-p--blica.pdf>

²¹ Ministério da Saúde (n.d.) Saúde Digital : O que é a Saúde Digital?
<https://saudedigital.saude.gov.br/a-estrategia-brasileira/>

| 保健医療政策・戦略名称 | 概要 |
|---|------------|
| ブラジルデジタルヘルス戦略 2020-2028 (Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028) ²¹ | デジタルヘルスの推進 |

ブラジルでは 1988 年に健康を享受することは国民の権利であるとされ、「統一保健医療システム (Sistema Único de Saúde: SUS)」に基づき全国民が保健医療サービスにアクセスできるような取り組みや、社会的弱者を対象としたキャッシュトランスファープログラム「Bolsa Família」等が実施されてきた²²。同時に、プライマリ・ヘルスケアの概念に基づき策定された「Estratégia de Saúde da Família」は、SUS と合わせ、ユニバーサルアクセスの向上、包括的ケアの促進、医療サービスの質の改善に貢献してきた²²。しかし、同国の政治的かつ経済的危機の煽りを受け、緊縮財政を強いる現政権の影響で、SUS 及び Estratégia de Saúde da Família への予算は十分確保されなくなり、保健医療サービスへのユニバーサルアクセスが危ぶまれている、との指摘もある²² (詳細は 3 章を参照のこと)。

2.3 保健医療行政機関

ブラジルの保健行政は、①連邦保健省、②州保健局、③市保健局の 3 つのレベルに分かれ、それぞれ政府予算が割り振られている¹²。以下に、ブラジルの保健行政機関の図を示す。保健省は、国家保健政策の策定や地域保健サービスのファイナンス、SUS の全体コーディネート、州は、高額医薬品の提供を含む戦略的プログラムの実施や SUS 地域の保健サービスの事前承認、市は、直接的な保健サービスの提供や医薬品リストの作成を担っている²³。

²² Azevedo e Silva, G., Giovanella, L., de Camargo, KR. (2020) “Brazil’s national health care system at risk for losing its universal character”, *Am J Public Health*. 110(6), 811–812. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7204477/>(accessed on January 8, 2021)

²³ Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., and Wharton, G. (eds.) (2020) *International Profiles of Health Care Systems*, The Commonwealth Fund, Available from <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles> (Accessed on 15 January 2020)

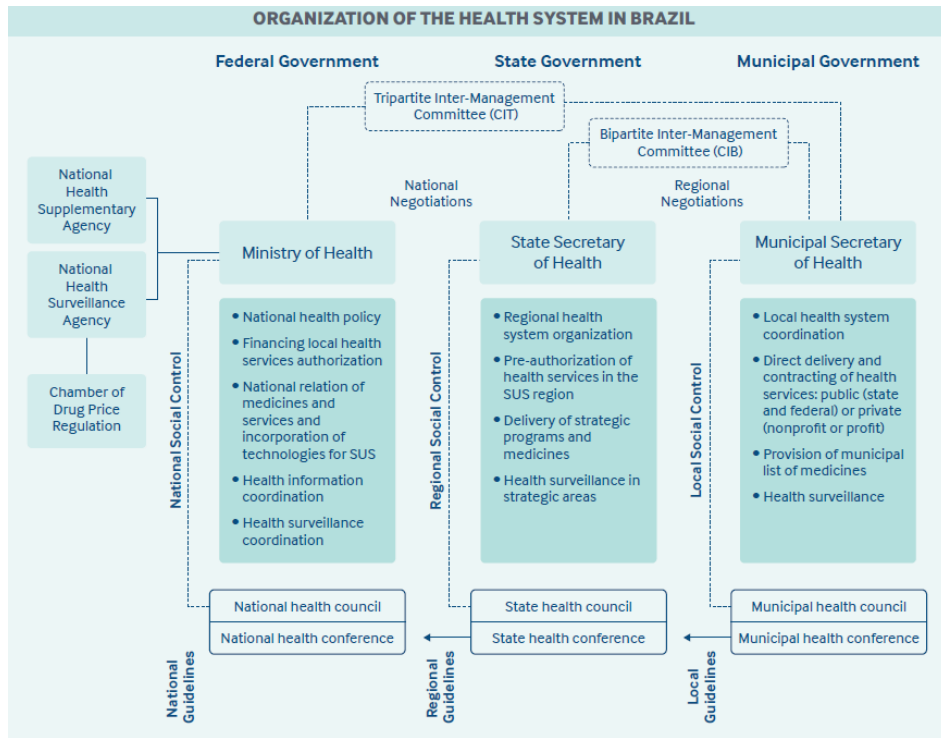
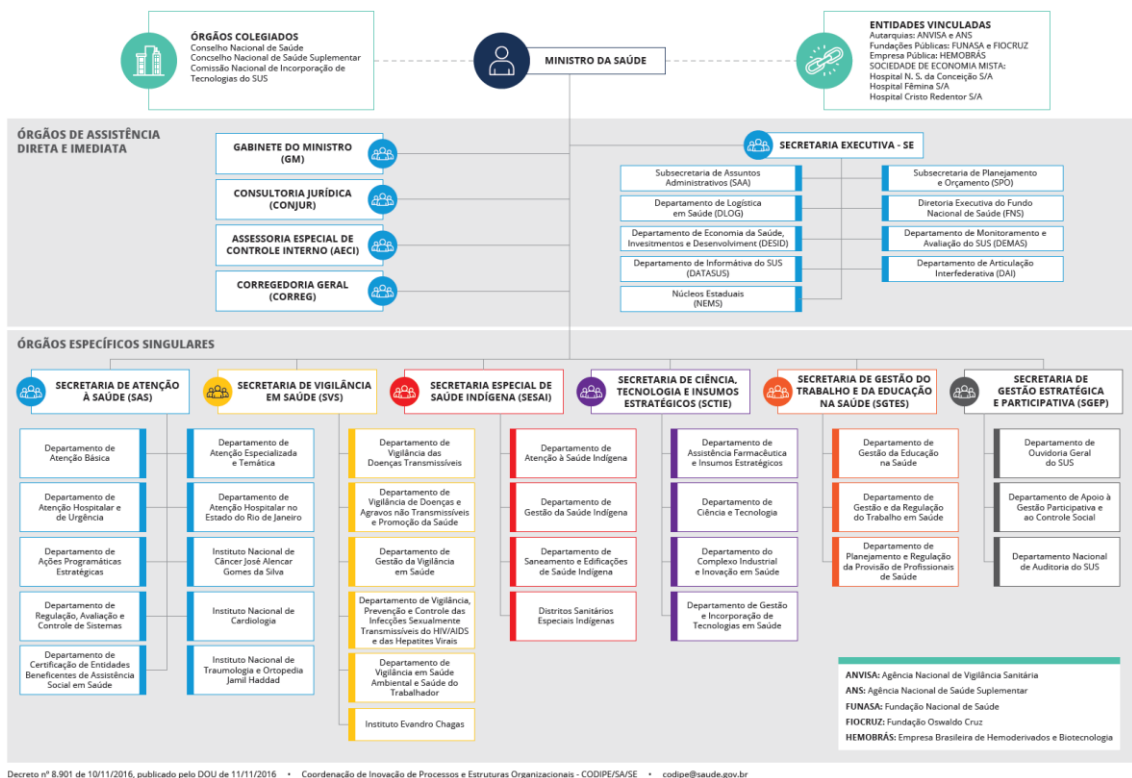


図 7 ブラジルの保健行政機関

(出典：International Profiles of Health Care Systems 2020)

保健省内の組織図は、図 7 の通りである。保健大臣の下、4 つの事務局と特別事務局が設置されており、更に健康監視局(Secretaria de Atenção à Saúde: SAS)、健康支援局 (Secretaria de Vigilância em Saúde: SVS)、先住民健康特別局 (Secretaria Especial de Saúde Indígena: SESAI)、科学技術戦略的インプット局 (Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos: SCTIE)、労使健康教育局 (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGTES)、戦略的参加型管理局 (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: SGEP)が設置されている。



Decreto nº 8.901 de 10/11/2016, publicado pelo DOU de 11/11/2016 • Coordenação de Inovação de Processos e Estruturas Organizacionais - CODIPE/SA/SE • codipe@saude.gov.br

図 8 ブラジル保健省組織図

(出典：保健省 <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/06/Estrutura-Organizacional-MS.pdf>)

2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況

表 2 に示す通り、ブラジルにおいて、国際機関が支援する保健医療等に関する調査の多くが 1970-1990 年代を最後に長らく行われていない。

表 2 国際的調査等の実施状況

| 調査名 | 実施及び支援・協力機関 | 実施年 | 実施内容 |
|---|--|--------|---|
| 人口保健調査 (DHS: Demographic Health Survey) | ・ Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM | 1986 年 | 出生記録、世帯記録、身長・体重スコア (WHO 児童成長基準)、個人記録、子供の記録、世帯員の記録、裕福度等。 |
| | ・ Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International Inc. | 1991 年 | |
| | | 1996 年 | |
| リプロダクティブヘルス調査 (RHS: Reproductive Health Survey) | ・ Brazilian Society for Family Welfare (BEMFAM) | 1978 年 | 避妊具の使用率、産前産後ケアの実施率、熟練した医療従事者による出産、帝王切開による出産、1 歳児の BCG 接種率、1 歳児の |
| | ・ Westinghouse Health Systems, Inc. | 1979 年 | |
| | | 1980 年 | |
| | | 1981 年 | |
| | | 1982 年 | |

| 調査名 | 実施及び支援・協力機関 | 実施年 | 実施内容 |
|---|---|-------------------|--|
| | ・ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) | (地域別) | DTP3 接種率、母乳育児の開始率、1 歳児の完全予防接種率、1 歳児の麻疹接種率、1 歳児のポリオ接種率等。 |
| 生活水準指標調査 (LSMS: Living Standards Measurement Study) | ・ Brazilian Geographical and Statistical institute (IBGE) ・ World Bank | 1996 年- 1997 年 | 世界銀行の代表的な家計調査プログラムであり、国の家計調査システムの強化と、開発政策に役立つマイクロデータの質の向上を目的としている。 |
| 複数指数クラスター調査 (MICS: Multiple Indicator Cluster Survey) | 未実施 | | 避妊具の普及率、満足した家族計画の需要、産前ケアの普及率、熟練した医療従事者による出産、帝王切開による出産、1 歳児の BCG 接種率、下痢で経口補水塩療法を受けた 5 歳未満の子供、1 歳児の DTP3 接種率、母乳育児の早期開始、1 歳児のポリオ接種率等。 |
| STEP 調査(STEPwise Approach to Surveillance) | 未実施 | | WHO によって開発された、NCD の危険因子の状況を国レベルで把握する調査方法。 |
| 地区保健医療情報システム 2 (DHIS2: District Health Information System2) | 未実施 | | 保健情報の収集、伝達、分析、レポートなど保健情報を活用するためのプラットフォーム。 |

出所：各機関の情報をもとに調査団作成

ブラジル政府は、2013 年、2019 年に「全国保健調査 (Pesquisa Nacional de Saúde)」を実施しており、国の保健医療システムの機能状態 (保健機関利用指標)、国民の健康状態 (国民による健康自己評価、血液検査、尿検査)、NCD (高血圧、糖尿病、うつ病) とその関連リスク要因 (喫煙、アルコール摂取状況、身体活動、食習慣) のモニタリングを行っている²⁴。

また、保健情報システムの開発にも力を入れており、死亡率(SIM)、生児出生 (SINASC)、

²⁴ 国立健康・栄養研究所 (2020) 「ブラジル」

https://www.nibiohn.go.jp/eiken/kenkounippon21/download_files/foreign/foreign_brazil.pdf

入院(SIH)、法定伝染病 (SINAN)、保健施設登録 (CNES)に関する情報を政府が収集・管理するシステムとなっている¹²。一方、国レベルでの電子健康記録 (EHR)を整備する上で課題となっているのは、州と市、また各医療機関の間で、それぞれ異なる医療情報システムを利用していることである²³。例えば42,600のプライマリケア施設のうち、約19,000が何らかのEHRを使っているものの、保健省のEHRを使っているのは約半数に過ぎず、残り半数は、病院独自のシステムを使っているとされる²³。

保健省は、医療サービスの利用状況のモニタリングと医療サービスの効率的な提供を目指し、1990年代から国民1人1人に割り振られた番号に紐づく国家健康カードの導入を進めているほか、近年ではSUS内の多くの情報を統一して管理するためのe-SUSソフトウェアの導入を始めている²³。

2.5 保健医療サービス供給体制

表3に示す通り、2021年5月時点において、全国に348,768の保健医療施設が存在する²⁵。そのうち、地域のプライマリ・ヘルスを担う主な施設としては、SUSの入り口となる保健所/ベーシック・ヘルス・ユニット (Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde) が全国に38,943、より簡易な施設としてヘルスポスト (Posto de Saúde) が8,955存在する。全体として、人口の多い南東部に多くの保健医療施設が存在するものの、プライマリ・ヘルスケアを担う施設は北東部に多く、保健医療サービス提供体制において、地域間の片寄りがあることが分かる。また、2019年時点において三次医療施設に該当する病院は全国に6,736施設(病床数409,170床、1,000人あたり病床数1.9床)あり、うち公的施設は36%、民間施設は64%である²⁶。一次～三次医療施設の名称および提供されているサービスは表4の通り。

²⁵ Ministério da Saúde (n.d.) DATASUS

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>

²⁶ Fitch Solutions 「Worldwide Medical Devices Market Factbook 2019」、経済産業省 (2020) 医療国際展開カントリーレポート 新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報 ブラジル編より引用

https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryoudownloadfiles/pdf/countryreport_Brazil.pdf

表 3 地域別医療施設数

| 地域 | 保健医療施設数 (2021年5月現在) | | | |
|-----|---------------------|--------------------------------|---|---------------|
| | 全体 | 緊急ケア・ユニット (UPA) (二次医療施設) | 保健所/ベーシック・ヘルス・ユニット (UBS) (一次医療施設) | ヘルスポスト |
| 北部 | 17,983 (5.2%) | 83 (6.0%) | 3,100 (8.0%) | 1,188 (13.3%) |
| 北東部 | 69,706 (20.0%) | 296 (21.5%) | 14,800 (38.0%) | 3,733 (41.7%) |
| 南東部 | 154,355 (44.3%) | 615 (44.6%) | 12,572 (32.3%) | 1,821 (20.3%) |
| 南部 | 78,314 (22.5%) | 271 (19.7%) | 5,494 (14.1%) | 1,807 (20.2%) |
| 中西部 | 28,410 (8.1%) | 114 (8.3%) | 2,977 (7.6%) | 406 (4.5%) |
| 総計 | 348,768 (100%) | 1,379 (100%) | 38,943 (100%) | 8,955 (100%) |

※ヘルスポストはプライマリ・ヘルスケアを提供し国民に幅広く利用されているが、保健省により正式に登録されている施設ではない

※「全体」とは、病院といった三次医療施設の他に、緊急ケア・ユニットや保健所/ベーシック・ヘルス・ユニット、ヘルスポストには該当しない他の一次・二次医療施設の数も含む全ての保健医療施設の数である

出典：ブラジル保健省 Data SUS を元に調査団にて作成

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

表 4 一次～三次医療施設概要

| レベル | 主な施設名称 | 提供サービス |
|--------|---|---|
| 一次医療施設 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 保健所/ベーシック・ヘルス・ユニット Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde (UBS) <ul style="list-style-type: none"> ● UBS I : 家族保健チームを1つ以上有する ● UBS II: 同2つ以上 ● UBS III : 同3つ以上 ● UBS IV : 同4つ以上 ■ Agente Comunitário de Saúde (ACS) ■ Equipe de Saúde da Família (ESF) ■ Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) | <ul style="list-style-type: none"> ■ UBSはSUSの入り口となる施設で、予防、健康増進、予後管理を担う ■ 具体的には、総合診療医への相談、(簡易な)治療、予防接種、産前ケア、歯科治療、高血圧や糖尿病の患者のモニタリングなど |
| 二次医療施設 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 緊急ケア・ユニット Unidade de Pronto Atendimento (UPA) <ul style="list-style-type: none"> ● UPA Porte I <ul style="list-style-type: none"> ✓ 病床数5-8床 ✓ 最大150人の患者/日 ✓ 住民5-10万人に1つ ● UPA Porte II <ul style="list-style-type: none"> ✓ 病床数9-12床 ✓ 最大300人の患者/日 ✓ 住民10-20万人に1つ ● UPA Porte III <ul style="list-style-type: none"> ✓ 病床数13-20床 ✓ 最大450人の患者/日 ✓ 住民20-30万人に1つ | <ul style="list-style-type: none"> ■ 小児科、循環器科、神経科、整形外科、精神科、産科、婦人科、腎臓科等にて専門ケアを提供 ■ 24時間365日対応し、骨折、外傷、心筋梗塞、脳卒中などの治療を行う ■ X線、心電図、検査ラボ等が備わっており、二次医療施設で治療を受けた97%は(三次にリファーされることなく)二次医療施設内で治療を終える |
| 三次医療施設 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 病院 <ul style="list-style-type: none"> ● 小規模病院 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 病床数50床 ● 中規模病院 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 病床数51-150床 ● 大規模病院 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 病床数151-500床 ● 超大規模病院 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 病床数501床以上 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 総合病院、専門病院、救急病院、教育・研究を担う病院等がある |

出典：Cenario dos Hospitais no Brazil 2019 を元に調査団にて作成

<https://www.fbh.com.br/publicacoes-fbh/>

保健人材に関しては、全国に451,777人(人口1,000人当たり2.18人、2018年時点)の医師がおり、うち63%が専門医、37%が総合診療医である²³。都市と地方間の医師の偏在が問題となっており、例えば、人口500,000人以上の市では、人口230人当たり1人の医師がいる一方、人口5,000人未満の市では、人口3,000人当たり1人の医師となっている²²。これら医師不足を解決するため、ブラジル政府は医師の教育を強化する国家政策を掲げ、特にプライマリケアを担う医師の育成にも力を入れている。例えば、保健省は医師養成プログラム(Programa Mais Médicos)にて、プライマリケアのニーズの高い市3,785市において医学部の設置等を支援し、新たに14,462名の医師を育成、その結果医師不足に悩む市を半減さ

せることに成功したという²⁷。

近年では、私立医学部の新設が相次いでおり、2017年時点では国内に公立・私立含め289の医学部が存在する²³。医師国家試験がないブラジルでは、医学部（6年制）卒業後、医療倫理や医療実務の監督を担う連邦医師評議会（Conselho Federal Medicina）に登録を行うことで医療行為が可能となる²⁸。一方、看護師は5年間の学士過程で学んだ後、地域看護協会（Coren）に登録し年会費を支払うことで正式登録され、医療行為が認められる。

プライマリケアにおける特徴的な医療提供体制として、Estratégia de Saúde da Família の枠組みにおいて、医師1名、看護師1名、看護助手1名、コミュニティ・ヘルス・ワーカー12名を1チーム（家族保健チーム）とし、2,000～4,000人の住民に対して家庭訪問をベースとしたプライマリケアを提供しているほか、地域によっては、歯科医、歯科助手、栄養士、心理士、ソーシャルワーカー、薬剤師、言語聴覚士等も住民に医療サービスを提供している²³。

2.6 保健医療サービス利用状況

UHCに関わるSDG指標3.8.1「サービスカバレッジ指数」に関して、図8に示す通り、リプロダクティブヘルス・母子保健、感染症、NCDおよびサービス能力・アクセス分野において各種指数が特定されている。ブラジルのスコアは79となっており、日本（83）や米国（84）には若干劣るものの、中国（79）、ロシア（74）、ペルー（77）、チリ（70）、中高所得国全体の平均値（77）と比較するとほぼ同水準、または良好なスコアとなっている²⁹。

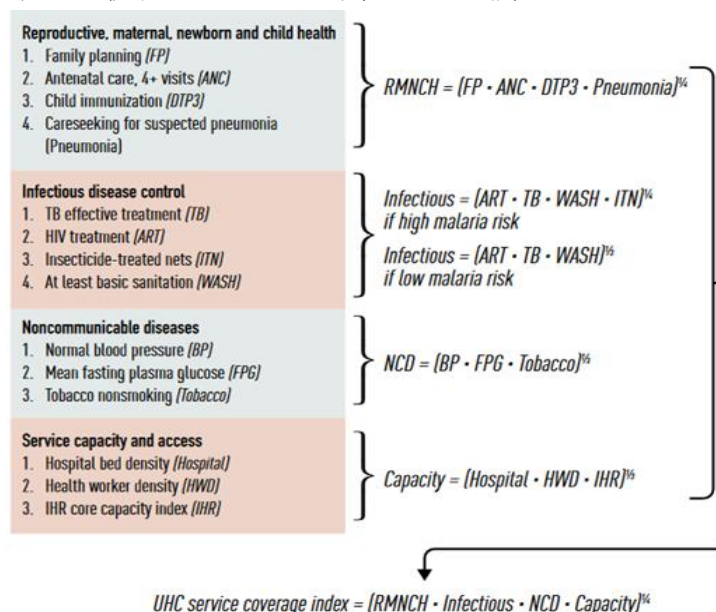


図9 UHC サービスカバレッジ指数

(出典： https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf)

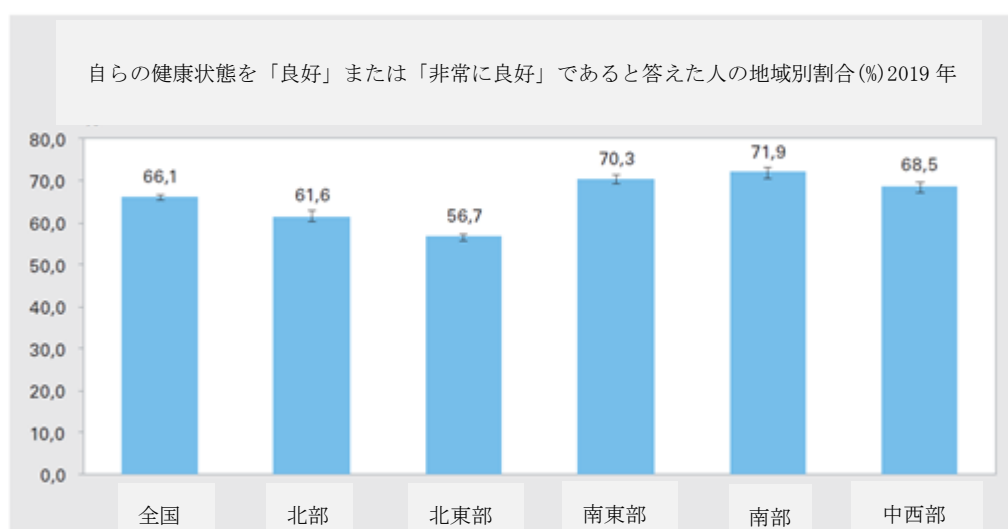
²⁷ L.M.P. Santos, A.M. Costa, and S.N. Girardi (2015) “Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde,” *Ciência & Saúde Coletiva* 20, 3547–52

²⁸ 損保ジャパン日本興亜総合研究所（2015）「ブラジルの健康保険制度— 統一医療システム SUS と民間健康保険 SHI —」： <http://www.sompo-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt66-3.pdf>

²⁹ WHO (2019) Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf

国全体で見ると、保健医療サービスの利用状況は概ね改善傾向にある、WHOによると、出生時の新生児破傷風予防接種率は1990年の63%から2019年には94%へ、4回以上の産前健診受診率は79%（2000年）から92%（2018年）へ、HIV陽性者の抗レトロウイルス療法想定カバー率は25%（2000年）から69%（2019年）へとそれぞれ上昇している³⁰。結核の有効治療率を2000年及び2017年時点で比較すると、どちらも62%と横ばいとなっている³⁰。

一方、ブラジル国内の健康格差は顕著であり、大きな課題と言えよう。例えば2019年の全国保健調査（Pesquisa Nacional de Saúde）によると、自らの健康状態を「良好」または「非常に良好」と答えた人の割合は、南部地方の住民72%に対し北東部の住民は57%、白人71%に対し黒人は63%、高等教育機関を卒業した人84%に対し義務教育を修了していない人は48%である³¹。保健医療サービスの利用状況にも格差が見られ、例えば全国平均では18歳以上の6%が「血糖値を測る血液検査を受けたことがない」と回答しているものの、農村部ではその2倍以上の13%が受けたことがないと回答している。また、保健省が実施したNCDに関する調査Vigitel 2019においても、自らの健康状態を否定的に評価する成人の割合は、北東部アラゴアス州の州都であるマセイオで最も高かった（6.4%）³²。



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

図 10 2019年の全国保健調査による健康格差：地域別

（出典：Brazilian Institute of Geography and Statistics 2020）

2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況

「2.1.保健・人口の概要」で示した通り、疾病構造はNCDが中心となってきており、2013

³⁰ WHO (2021) The Global Health Observatory, Brazil :

<https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/GHO/brazil?countryProfileId>

³¹ Brazilian Institute of Geography and Statistics (2020) Pesquisa Nacional de Saúde 2019, Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal :

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>

³² Ministério da Saúde (2019) VIGITEL BRASIL 2019 Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

年の全国保健調査（Pesquisa Nacional de Saúde）によると、成人人口の39%（男性33%、女性45%）が1つ以上のNCD³³を抱えているとされ、その中でも多いのが高血圧（全成人人口の21%）、脊椎疾患（19%）、うつ病（8%）、関節炎（6%）、糖尿病（6%）である³¹。これらNCDの状況は年を追うごとに深刻さを増し、6年後の2019年に実施された同調査によると、高血圧は24%、脊椎疾患22%、うつ病10%、糖尿病8%と、2013年と比較しても割合は少しずつ増えている³¹。また、教育水準と健康格差についても、高校を卒業している人の糖尿病有病率は5%である一方、初等教育を受けていない人の有病率は13%と顕著な格差がある³¹。

医療サービスの整備状況は、増加するNCDを踏まえた体制へと変化しつつあり一定の成果を挙げているものの、課題も残されている。保健省が2020年に策定した「慢性疾患および非感染性疾患に立ち向かうための戦略的行動計画（2021-2030年）」では、以下の通りNCD対策における4つの提言が示されている²⁰。①NCD分野における医療従事者への継続的な教育のためのイニシアチブの開発、②NCD対策はプライマリ・ヘルスケアを構成する一要素との認識の下、NCD対策や予防を目的とした医療サービスの強化、③ヘルスセクター以外の公的機関や民間セクターを含む、マルチセクターによるパートナーシップ構築、④ヘルスデータベースの活用に関するスキルと能力の開発。

具体的には、一次医療施設であるベーシック・ヘルス・ユニット（UBS）において、糖尿病や高血圧患者の定期的なフォローアップを行っている³⁴。保健省は、表5に示す通り、NCDに関する多岐に渡るプライマリ・ヘルスケア・サービスを規定している。しかし、実際にこれら全てのサービスが提供されているかどうかは、本調査において確認できなかった。

³³ 高血圧、脊椎疾患、高コレステロール、うつ病、関節炎・リウマチ、糖尿病、喘息、心臓疾患、労働による筋骨格系障害、癌、脳血管障害、腎不全等。

³⁴ Cenário dos Hospitais no Brasil 2019 <https://www.fbh.com.br/publicacoes-fbh/>

表 5 保健省が規定する NCD に関する主なプライマリ・ヘルスケア・サービス

| 疾患 | 保健医療サービス内容 | 特記事項 |
|--------------|---|--|
| 結腸・直腸 新生物 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 50～75歳の人を対象としたスクリーニング | <ul style="list-style-type: none"> ■ ブラジル人のがん死亡率を分析したところ、結腸・直腸がんが最も頻度の高い5つの原発部位の一つであることが判明 ■ 良性病変である腺腫性ポリープから10～15年かけて進展していくため、発見可能な前臨床期間が非常に長いのが特徴 |
| 糖尿病 | <ul style="list-style-type: none"> ■ スクリーニング ■ 管理・フォローアップ | <ul style="list-style-type: none"> ■ 無症候性であっても、過体重 (BMI>25kg/m²) かつ、例えば以下のような危険因子を持つ成人はスクリーニングを推奨 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 親に糖尿病患者がいる ✓ 既往歴がある ✓ 高血圧症 (140/90mmHg以上または降圧剤の使用) |
| 心血管疾患 | <ul style="list-style-type: none"> ■ スクリーニング: 心血管リスクの層別化のためのスコアの実現を目指した、グローバル心血管リスク (GCMR) スクリーニング ■ 管理・フォローアップ | <ul style="list-style-type: none"> ■ 年齢、性別、心血管症状の臨床歴に基づき、動脈硬化の症状に焦点を当てた身体検査、血圧測定等のスクリーニング ■ 40歳以上、またはリスク指標が確定していない人に対しては、コレステロール値や空腹時血糖値を測定 ■ アテローム性動脈硬化症、胸痛、心不全、動悸、慢性不整脈等を持つ人の管理とフォローアップ |
| 内分泌疾患 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 管理・フォローアップ | <ul style="list-style-type: none"> ■ 甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症等 |
| 消火器疾患 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 管理 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 逆流性胃食道炎、腸内環境の変化、胃腸炎等 |
| 呼吸器系疾患 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 管理 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 喘息、COPD、慢性咳嗽、閉塞性睡眠時無呼吸症候群等 |
| 神経系疾患 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 管理 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 頭痛、認知症候群、手根管症候群、てんかん、脳卒中、パーキンソン病、めまい、顔面神経麻痺等 |
| 精神疾患 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 管理 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 精神障害、うつ病、不安神経症・強迫性障害、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、物質使用障害 (アルコール、タバコおよび違法薬物)、注意欠陥・多動性障害等 (ADHD) |
| 禁煙外来 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 予防 ■ カウンセリング ■ 治療 | <ul style="list-style-type: none"> ■ N/A |

出典：Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2020 を元に調査団にて作成
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf

女性特有のがんに関して、保健省は 25 歳から 64 歳の全ての女性に対し毎年（過去に 2 回陰性が続いた場合は 3 年に 1 回）の子宮頸がん検診を、50 歳から 69 歳までの女性には 2 年に 1 回のマンモグラフィ検診の受診を推奨している。しかし、検診受診率には地域差があり、例えば子宮頸がん検診受診率が最も低い州都は、いずれも北東部にあるパライバ州都ジョアン・ペソア (66.7%)、アラゴアス州都マセイオ (67.7%)、セルジペ州都アラカジュ (69.5%) であった³²。

一方、保健省は 2012 年よりリハビリを受ける長期療養者用病床への財政支援を行っているが、慢性疾患患者用の病床は、全病床数のわずか 2.5% (2015 年時点) に留まっている²³。また、症状が軽い患者に対しては、SUS 内において在宅医療サービスも提供されているが、2019 年時点で、在宅医療チームは全国に 241 市 831 チームしかない²³。精神疾患に関しても、2001 年より、病院等での入院治療からコミュニティまたは在宅でのケアにシフトしてきており、治療や心理社会的リハビリを提供する心理社会的ケアセンターも整備され

つつあるものの²³、うつ病と診断された患者のうち、過去1年間に何らかの治療を受けた人は53%、心理療法を受けた人は19%に留まっている³¹。

また、2017年のNCD（心血管疾患、慢性呼吸器疾患、がん、糖尿病）による死亡率（509.1/100,000人）は、1990年の死亡率（329.6/100,000人）と比較して35%減少したものの、直近の2015年から2017年の3年間では、一転して増加傾向にあるというデータもあり、NCD対策の強化が求められている³⁵。

一方、近年の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）やジカウイルス感染症の流行をはじめとする感染症対策も急務である。2021年7月16日現在のブラジルにおけるCOVID-19感染者数は19,209,729人、累計死亡者数は537,394人であり、収束の兆しは見えていない³⁶。COVID-19はブラジルの妊産婦にも深刻な影響を及ぼしており、例えば2020年2月26日から6月18日の間に978人の妊産婦・産後の女性がCOVID-19による急性呼吸窮迫症候群（ARDS）と診断され、うち124人が死亡、これはイギリス、フランス、メキシコ、アメリカ等のCOVID-19関連の妊産婦死亡と比較しても3.4倍高いという³⁷。また、COVID-19以前から妊産婦死亡率における地域間格差は課題となっており、例えば2015年の北東部の妊産婦死亡率は76（出生10万人当たり）に対して南部では44人以下であったが³⁸、COVID-19がこれらの格差に拍車をかけている可能性もある。Takemoto（2020）らの同研究によると、ARDSと診断された後に死亡した妊婦・産後の女性の割合は、地域によって差があり、例えば北東部16.1%、北部15.3%、南東部11.4%、中西部3.0%、南部0.0%であった³⁹。また、白人9.8%に対して非白人13.9%でという人種間の格差もあった。

感染症のサーベイランスや治療のためにも、的確な診断を迅速に行うことが求められており、検査を行うためのラボ数は増えているというものの、増加する検体数に対応しきれず、ラボが都市部に偏っている等の課題もある⁴⁰。

³⁵ Malta, D. C., Duncan, B. B., Schmidt, M. I., Teixeira, R., Ribeiro, A. L. P., Felisbino-Mendes, M. S., ... & Naghavi, M. (2020). "Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030", *Population Health Metrics*, 18(1), 1-14. Available from <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-020-00216-1> (Accessed on 20 January 2021)

³⁶ WHO (2021) WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard <https://covid19.who.int/>

³⁷ Takemoto, M. L., Menezes, M. D. O., Andreucci, C. B., Nakamura - Pereira, M., Amorim, M. M., Katz, L., & Knobel, R. (2020). The tragedy of COVID - 19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(1), 154-156. Available from <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.13300>(Accessed on 16 June 2021)

³⁸ Instituto de Pesquisa Economica Aplicada (2020) POLÍTICAS SOCIAIS: acompanhamento e análise 27

https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36260&Itemid=9

³⁹ ただし統計的な有意差があるかどうかは同研究では示されていない。

⁴⁰ Grotto, R. M. T., Lima, R. S., de Almeida, G. B., Ferreira, C. P., Guimarães, R. B., Pronunciate, M., ... & Fortaleza, C. M. C. B. (2020). "Increasing molecular diagnostic capacity and COVID-19 incidence in Brazil", *Epidemiology & Infection*, 148. Available from <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/increasing-molecular-diagnostic-capacity-and-covid19-incidence-in-brazil/D5FB1AC8785D28ABD4B01E023DDD421F> (Accessed on 18 May 2021)

2.8 医薬品調達・供給

2004年に策定された「国家製薬ケア政策」では、「全国必須医薬品リスト (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)」に記載されている医薬品へのユニバーサルアクセスの達成を掲げ、公的ネットワーク及び薬局等の民間ネットワークとの契約を通じた医薬品へのアクセス向上を目指す「ブラジル国民のための薬局プログラム (Programa Farmácia Popular do Brasil)」や、SUSにおける各種医療サービスとの体系的統合を目指す「医薬品サービス資格全国プログラム (Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica)」が実施されている¹²。また、医薬品価格を補助することで医薬品アクセスの向上を支援するプログラム Farmacia Popular (FP)があり、2011年には高血圧や糖尿病の治療薬を無償で提供することを目的に、保健省が製薬会社や流通業者と連携し、Saúde Não Tem Preço (SNTTP) キャンペーンを開始した⁴¹。

また、必須医薬品の全国リストは2年ごとに更新されており、最新の2020年版には、耳鼻咽喉科用薬、尖圭コンジローム外用薬、小児の結核治療薬、HIV曝露前予防内服 (PrEP) 等の37の医薬品と消毒用アルコール等2つの消耗品が含まれている⁴²。2017年には保健省が一部の医薬品の取得を一元化することを決定、現在は結核、ハンセン病、シャーガス病、マラリア、リーシュマニア症、デング熱、STD、HIV/AIDS等の治療薬は保健省が一括購入し、通知されたスケジュールに沿って各州に配布されているという⁴¹。

ワクチンに関しては国産化が進み、同国で使用されるワクチンの約96%はブラジル国内で生産されており、より持続可能かつ在庫切れを起こさないシステムとなっている¹²。COVID-19ワクチンについても、ブランタン研究所がワクチン原液を含め完全国産ワクチンである「ブランバック」を開発しており、2021年下半年には国内接種を開始する予定であるという⁴³。一方課題として、輸入された医薬品に関し、有害事象が発生した際に海外メーカーが責任を負わないことや、使用期限を過ぎた製品の交換契約ができない等の課題も指摘されている⁴¹。

2.9 保健医療分野ドナー状況

ブラジルにおける保健医療分野の米州開発銀行 (IDB: Inter-American Development Bank)、世界銀行グループ (World Bank Group)、日本政府、中国政府、韓国政府の支援実績を以下に示す。

米州開発銀行 (IDB) により現在計画中、及び実施中の保健医療プロジェクトは、下表の通りである。

⁴¹ Orçamento Temático de Medicamentos (OTMED) (2019) Avaliação das execuções financeiras do Ministério da Saúde com medicamentos de 2008 a 2018 <https://www.inesc.org.br/acoes/acesso-a-medicamentos/>

⁴² DII Brasil (2020) <https://diibrasil.org.br/renome-2020/>

⁴³ JETRO (2021) ブラジルが自国で新型コロナワクチンを開発 <https://www.jetro.go.jp/biznews/2021/03/358eeb07f43f7fc0.html>

表 6 IDB プロジェクト

| 分野 | プロジェクト名 | 金額 (米ドル) |
|--------|---|------------------|
| 感染症 | ブラジルにおける COVID-19 課題への統合的対応のための政府コミュニティ支援 Support to Government Communities of Practice for an Integrated Response to COVID-19 Challenges in Brazil | 150,000 【技協】 |
| | COVID-19 における医療セクターのオープンイノベーション Open Innovation for the Health Sector in the Fight Against COVID-19 | 870,000 【技協】 |
| | TIMPEL プロジェクト (COVID19 対応) TIMPEL | 750,000 【有償】 |
| | NeuralMed : 人工知能を使用した胸部 X 線での Covid-19 による肺変化の検出 NeuralMed: Detection of Covid-19 Pulmonary Alterations on Chest X-rays using Artificial Intelligence | 75,000 【無償】 |
| インフラ | 人工知能を備えた Laura デジタル緊急部門 (Laura Digital ED) Laura Digital Emergency Department (Laura Digital ED) with Artificial Intelligence (AI) | 128,000 【技協】 |
| | Allm : 脳卒中治療のための既存デジタルヘルスソリューションを活用した、COVID-19 対応強化のための国境を越えた遠隔医療 Allm: Cross-border Telemedicine to Strengthen Responses to COVID-19 with an Existing Digital Health Solution for Stroke Care | 150,000 【無償】 |
| ヘルシステム | Paraíba ヘルスネットワークのケアモデル強化プログラム Program to Strengthen the Care Model in the Paraíba Health Network | 45,197,310 【有償】 |
| | Belo Horizonte の医療サービスネットワークの近代化と品質改善 Modernization and Quality Improvement of Health Services Networks in Belo Horizonte - BetterHealth-BH | 56,000,000 【有償】 |
| | CITY OF SÃO PAULO ヘルスケアネットワークの再構築と品質認証プロジェクト CITY OF SÃO PAULO HEALTH CARE NETWORKS RESTRUCTURING AND QUALITY CERTIFICATION PROJECT AVANÇA SAÚDE SP | 100,000,000 【有償】 |
| | 社会的包摂とヘルスケアネットワークを強化するためのプログラム Program for Strengthening Social Inclusion and Healthcare Networks PROREDES Fortaleza | 65,475,000 【有償】 |
| | São Bernardo do Campo における統一医療制度の強化 Strengthening Unified Health System in São Bernardo do Campo | 80,050,000 【有償】 |
| | Salvador における統一医療制度の強化 Strengthening the Unified Health System in Salvador | 200,000,000 【有償】 |
| | São Paulo 州の健康管理の強化 Strengthening health management in the State of São Paulo | 270,000,000 【有償】 |

| | | |
|------|--|------------------|
| 人材育成 | セアラ州における専門医療の拡大と改善のためのプログラム II PROEXMAES II Program for the Expansion and Improvement of Specialized Health Care in the State of Ceará II PROEXMAES II | 123,000,000 【有償】 |
|------|--|------------------|

(出典 : <https://www.iadb.org/en/projects>)

世界銀行グループにより現在実施中の保健医療プロジェクトは、下表の通りである。

表 7 World Bank Groupe プロジェクト

| 分野 | プロジェクト名 | 金額 (US million) |
|-------------|--|-----------------|
| ヘルス システム | Salvador ソーシャルマルチセクターサービス提供プロジェクト II Salvador Social Multi-Sector Service Delivery Project II | 250.00 |
| | Salvador ソーシャルマルチセクターサービス提供プロジェクト Salvador Social Multi-Sector Service Delivery Project | 250.00 |
| | Piaui:成長と社会的包摂プロジェクト Piaui: Pillars of Growth and Social Inclusion Project | 1,133.69 |
| | Acre 社会的および経済的包摂と持続可能な開発プロジェクトへの 追加融資 Additional Finance to Acre Social and Economic Inclusion and Sustainable Development Project | 150.00 |
| | Acre 社会的および経済的包摂と持続可能な開発プロジェクト PROACRE Acre Social and Economic Inclusion and Sustainable Development Project – PROACRE | 120.00 |

(出典 : https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/projects-list?countrycode_exact=EC)

日本政府による対ブラジルの援助総額は、前述の通りであるが、保健医療分野及び社会福祉分野における 2019 年度までの技術協力の累計支援額は、それぞれ 10,730 百万円、1,946 百万円であり、無償資金協力はいずれも実施されていない⁴⁴。同国に対する援助の基本方針（大目標）は、「持続的開発の支援と互恵的協力関係の促進」であり、重点分野（中目標）は、「都市問題と環境・防災対策」、「投資環境改善」、「三角協力支援」となっている。

なお、世界銀行グループとのパートナーシップである、日本開発政策・人材育成基金（PHRD: Policy and Human Resources Development）の UHC プログラムとして、ブラジルの健全な高齢化政策策定に向けた情報提供を目指す「高齢化と保健（TF0A3058）」第 1 フェーズが 2018 年度に完了した（50 万米ドル）⁴⁵。

韓国は、ブラジルに KOICA（Korea International Cooperation Agency）事務所を設置しておらず、主だった援助は行っていない⁴⁶。

一方、中国は COVID-19 ワクチンの臨床実験や製造をブラジルで積極的に行っている。

⁴⁴ JICA : <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

⁴⁵ 世界銀行グループ&日本政府（2019）「日本開発政策・人材育成基金（PHRD）2018 年度年次報告」：
<https://www.worldbank.org/ja/country/japan/brief/policy-and-human-resources-development-fund>

⁴⁶ KOICA : http://koica.go.kr/sites/koica_en/index.do#n

2020年6月サンパウロ州において、同州の世界的に有名な生物学研究センターであるブタンタン研究所と、シノバック・バイオテックが提携しワクチンを製造すると発表している⁴⁷。ブタンタン研究所によると、2021年6月に原材料の供給が安定したことを受け、同年8月末までに1億回分のワクチンを保健省に供給する契約の締結見通しが立ったという⁴⁸。更に、中国政府は、ポストコロナを見据えた更なる協力を実施する方向で協議を進めている⁴⁹ことから、今後も中国の影響力は大きくなると考えられる。

2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ

以下に、ブラジルの UHC 達成に向けた課題を4点述べる。まず、同国における UHC 達成に大きな役割を果たしている SUS であるが、財務状況については課題も多く残されており、特に経済的に貧しい州において、財政面での課題から十分な保健医療サービスを提供できていないケースもある。連邦制の下、州ごとに独立性の高いブラジルにおいて UHC を達成するためには、特に厳しい状況下の州にて、政策借款の可能性含め保健財政の強化が必要であろう。

次に、地域間の健康格差は看過できない状況にあり、これら格差を縮めるための支援が求められている。特に経済水準の低い北東部において、2019年の全国保健調査（Pesquisa Nacional de Saúde:PNS）で自らを健康だと答える人の割合が最も低かったほか、同地域での妊産婦死亡率も高止まりしていることを鑑みると、同地域のプライマリ・ヘルスケア提供体制の強化と利用促進が求められている。

また、COVID-19 やジカウイルスをはじめとする感染症対策、特に迅速な診断法の確立やラボ人材の育成も急務である。ブラジルの COVID-19 による死者はアメリカに次いで世界で2番目に高く、感染しても十分な診断や治療を受けられぬまま亡くなる妊婦や産後の女性が、とりわけ北東部に多くいる。しかし、オズワルドクルズ財団やブタンタン研究所といった著名な生物医学研究所は大都市サンパウロに偏在している状況にある。地方、特に北東部において十分な検査・治療体制を整える必要がある。

最後に、疾病構造の変化を受け、NCD 対策は喫緊の課題である。2019年に実施された PNS によると、国民の24%が高血圧を患っており、IHME のデータでも2019年の NCD による死亡が全体の76%を占めるまでになっている。政府は NCD に対する戦略的行動計画を策定し、一次医療施設においても高血圧や糖尿病患者のモニタリングを行っているものの、今後ますます高齢化が加速する中、より一層 NCD 対策を強化する必要があるだろう。

⁴⁷ JETRO (2020) サンパウロ州政府、中国企業との提携による新型コロナウイルス感染症向けワクチン製造を発表 <https://www.jetro.go.jp/biznews/2020/06/4abf7f464c89360d.html>

⁴⁸ Instituto Butantan (2021) Imunidade completa, com 1ª e 2ª doses, “ajuda substancialmente” contra a variante delta da Covid-19, afirma Dimas Covas <https://butantan.gov.br/noticias/imunidade-completa-com-1-a-e-2-a-doses-%E2%80%9Cajuda-substancialmente%E2%80%9D-contra-a-variante-delta-da-covid-19-afirma-dimas-covas>

⁴⁹ CIDCA : http://subsites.chinadaily.com.cn/cidca/2020-11/18/c_564655.htm
http://subsites.chinadaily.com.cn/cidca/2020-09/21/c_537899.htm

3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

ブラジルの保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズとして、以下に、財政の一般情報、主要保健財政指標、保健省予算、診察料、医療保障制度の関連政策、公的医療保障制度、民間医療保険の概要、及び保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズについて報告する。

3.1 財政の一般情報

2020年8月に発表された2021年の歳入は、1兆5600億レアル、歳出は1兆5160億レアルである。連邦歳入庁が管理する徴収額は9,750億レアル、一般社会保障制度の徴収額は4,170億レアルとなっている。歳入及び歳出の内訳は下表のとおり⁵⁰。

表 8 2021年度歳入

2021年度の年間予算計画 (PLOA)

中央政府のプライマリー (基礎) 収入の推移 (Evolução das Receitas Primárias do Governo Central)

| 費用 | 2019 | | PLOA 2020 修正 | | 第3四半期平均値 | | PLDO2021 | | PLOA2021 | |
|-----------------------|-------------|------|--------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|
| | 百レアル | GDP% | 百レアル | GDP% | 百レアル | GDP% | 百レアル | GDP% | 百レアル | GDP% |
| 収入総額 | 1,635,111.0 | 22.8 | 1,637,117.1 | 21.5 | 1,456,227.3 | 20.3 | 1,671,691.3 | 20.5 | 1,560,099.2 | 20.4 |
| RFBが管理する収入 (RGPSを除く)※ | 946,035.1 | 13.2 | 1,003,055.1 | 13.2 | 891,294.5 | 12.4 | 1,041,656.5 | 12.8 | 975,002.4 | 12.7 |
| RGPS純収入 | 413,331.3 | 5.8 | 436,460.3 | 5.7 | 401,042.4 | 5.6 | 459,226.9 | 5.6 | 417,543.1 | 5.4 |
| その他 | 275,744.6 | 3.9 | 197,601.8 | 2.6 | 163,890.4 | 2.3 | 170,807.9 | 2.1 | 167,553.7 | 2.2 |
| 天然資源の開発 | 64,681.3 | 0.9 | 68,052.0 | 0.9 | 57,329.5 | 0.8 | 50,519.9 | 0.6 | 60,034.7 | 0.8 |
| 譲歩許可 | 93,281.3 | 1.3 | 21,063.1 | 0.3 | 4,748.8 | 0.1 | 5,313.5 | 0.1 | 5,240.0 | 0.1 |
| 配当金及び出資金 | 20,879.0 | 0.3 | 6,521.8 | 0.1 | 6,038.6 | 0.1 | 12,967.0 | 0.2 | 9,736.9 | 0.1 |
| 教育費拠出金 | 22,104.6 | 0.3 | 22,710.7 | 0.3 | 20,472.5 | 0.3 | 24,308.7 | 0.3 | 20,924.5 | 0.3 |

作成者：SOF/FAZENDA/MER

※一般社会保障制度 (RGPS)

⁵⁰ Ministério da Economia: Projeto de Lei Orçamentária Anual para 2021 PLOA-2021

表 9 2021 年度歳出

2021 年度の年間予算計画 (PLOA)

中央政府の主要支出の構成 (Composição das Despesas Primárias do Governo Central)

単位：百リアル

| 費用 | 2019 | | | PLOA 2020 修正 | | | 第 3 四半期平均値 | | | PLDO2021 | | | PLOA2021 | | |
|------------------------|-------------|------|-------|--------------|------|-------|-------------|------|-------|-------------|------|-------|-------------|------|-------|
| | 百リアル | GDP% | %合計 | 百リアル | GDP% | %合計 | 百リアル | GDP% | %合計 | 百リアル | GDP% | %合計 | 百リアル | GDP% | %合計 |
| 総支出 (振替を除く) | 1,441,845.0 | 20.1 | 100.0 | 1,472,533.2 | 19.3 | 100.0 | 1,982,798.1 | 27.6 | 100.0 | 1,530,091.0 | 18.8 | 100.0 | 1,516,799.9 | 19.8 | 100.0 |
| 社会保障 | 626,510.4 | 8.8 | 43.5 | 681,282.6 | 8.9 | 46.3 | 677,181.1 | 9.4 | 34.2 | 711,227.6 | 8.7 | 46.5 | 704,416.2 | 9.2 | 46.4 |
| センテンス | 18,208.0 | 0.3 | 1.3 | 20,227.8 | 0.3 | 1.4 | 20,755.4 | 0.3 | 1.0 | 21,118.0 | 0.3 | 1.4 | 22,199.3 | 0.3 | 1.5 |
| 人件費 | 313,087.3 | 4.4 | 21.7 | 328,194.9 | 4.3 | 22.3 | 324,793.0 | 4.5 | 16.4 | 337,593.7 | 4.1 | 22.1 | 337,345.4 | 4.4 | 22.2 |
| センテンス | 6,406.6 | 0.1 | 0.4 | 7,113.2 | 0.1 | 0.5 | 7,142.9 | 0.1 | 0.4 | 7,454.9 | 0.1 | 0.5 | 10,456.0 | 0.1 | 0.7 |
| LOAS/RMV (福利厚生) | 59,728.4 | 0.8 | 4.1 | 61,488.8 | 0.8 | 4.2 | 61,645.1 | 0.9 | 3.1 | 66,357.9 | 0.8 | 4.3 | 66,122.5 | 0.9 | 4.4 |
| センテンス | 1,232.1 | 0.0 | 0.1 | 1,343.1 | 0.0 | 0.1 | 1,368.5 | 0.0 | 0.1 | 1,398.1 | 0.0 | 0.1 | 1,420.2 | 0.0 | 0.1 |
| 司法判決費 | 15,477.3 | 0.2 | 1.1 | 23,931.4 | 0.3 | 1.6 | 23,485.4 | 0.3 | 1.2 | 25,096.6 | 0.3 | 1.6 | 20,646.2 | 0.3 | 1.4 |
| フロー制御費 | 142,837.1 | 2.0 | 9.9 | 150,285.2 | 2.0 | 10.2 | 143,352.6 | 2.0 | 7.2 | 149,764.1 | 1.8 | 9.8 | 154,838.5 | 2.0 | 10.2 |
| 失業保険手当 | 55,592.3 | 0.8 | 3.9 | 60,619.8 | 0.8 | 4.1 | 62,812.1 | 0.9 | 3.2 | 61,348.6 | 0.8 | 4.0 | 58,931.4 | 0.8 | 3.9 |
| Prongro 助成金・補助金 | 11,009.9 | 0.2 | 0.8 | 15,970.5 | 0.2 | 1.1 | 48,698.7 | 0.7 | 2.5 | 11,863.4 | 0.1 | 0.8 | 14,018.7 | 0.2 | 0.9 |
| Pese (緊急雇用 支援プログラム) | | | | | | | 34,000.0 | 0.5 | 1.7 | | | | | | |
| その他 | | | | | | | 14,698.7 | 0.2 | 0.7 | | | | | | |
| 必須その他 | 58,394.0 | 0.7 | 3.7 | 48,188.0 | 0.6 | 3.3 | 525,751.1 | 7.3 | 26.5 | 45,482.8 | 0.6 | 3.0 | 48,083.8 | 0.6 | 3.2 |
| 税金修正 | 12,973.9 | 0.2 | 0.9 | 15,395.9 | 0.2 | 1.0 | 15,397.7 | 0.2 | 0.8 | 18,217.2 | 0.2 | 1.2 | 16,344.5 | 0.2 | 1.1 |
| 国営企業の増資 | 44,480.6 | 0.6 | 3.1 | 3.0 | 0.0 | 0.0 | 4.0 | 0.0 | 0.0 | - | - | - | 4,000.0 | 0.1 | 0.3 |

作成者：SOF/FAZENDA/MER

新型コロナウイルス感染症拡大により、2020 年の財政状況は急激に悪化したが、2021 年は GDP の約 3%、2022 年は 2.3%、2023 年には 1.8% の赤字に数値は改善すると推定している⁵¹。また、2020 年度の連邦政府借入金も新型コロナウイルス感染症の影響により見直しを行い、未決済の公債額は 5 兆 96 億リアルである⁵²。

ブラジルの会計年度は 1 月～12 月である。

3.2 主要保健財政指標

2018 年のブラジルの総保健支出は、177,711 百万米ドル。図 10 に示す通り、総保健支出の財源別内訳は、国の一般歳出 (Government Transfer) 41.67%、公的医療保険 (Social health

⁵¹ Ministério da Economia: Governo apresenta proposta de Orçamento para 2021 ao Congresso Nacional. <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/governo-apresenta-proposta-de-orcamento-para-2021-ao-congresso-nacional>

⁵² Ministry of Economy Special Secretariat of Finance (2021) Annual Debt Report.

insurance contribution) 0%、国民自己負担 (Out-of-pocket spending) 27.51%、民間医療保険 (Voluntary health insurance contribution) 29.27%、その他 1.43%となっている。従って、政府保健支出 (Government health Spending) は、一般歳出と公的医療保険を合わせた 41.67%である。なお、2018 年の国民 1 人あたりの保健支出は 848.39 米ドルであり、10 年前の 2008 年における 694.19 米ドルから約 22%増加している。また、2017 年の政府総支出に占める保健支出は 10%である⁵³。

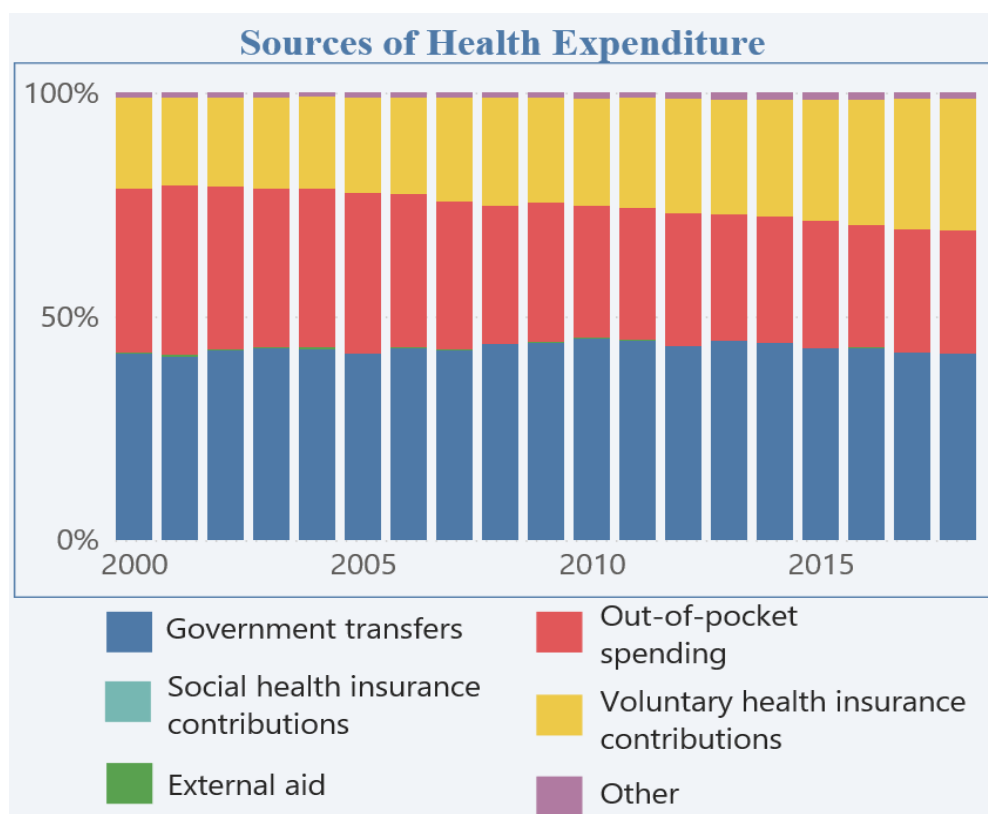


図 11 総保健支出の財源別内訳

(出典：WHO Global Health Expenditure Database: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en)

3.3 保健省予算

保健省の 2021 年度の歳出は、1,367 億 658 万リアル⁵⁴、他方、歳入については報告がない。総予算額 (1 兆 5,601 億リアル) に占める割合は約 11.4%である。

一般市民向けに予算書を平易に説明した Citizens Budget 2021 によれば、支出内訳の一部は次のとおりである：一次医療 239 億リアル、一次医療従事者向けトレーニング 28 億リアル、SUS 病院組合及び救急ケア 554 億リアル、HIV エイズの専門・必須医薬品 154 億レ

⁵³ OECD (2019) Health at a Glance 2019 – OECD Indicators. Available from <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> (Accessed on 18 January 2021)

⁵⁴ Ministério da Economia and Secretaria Especial de Fazenda (2020). Projeto de Lei Orçamentária Anual para 2021 Annual para 2021

ル、疫学・衛生・環境サーベイランス 86 億リアル⁵⁵。

なお、コロナ禍における特別な状況に対応するため、2021 年 2 月の暫定措置 No.1032 において、保健省に 28.6 億リアル⁵⁶、2021 年 3 月の暫定措置 No.1041 により 53.2 億リアル⁵⁷、2021 年 4 月の暫定措置 No.1043 により 6.9 億リアル⁵⁸、2021 年 5 月の暫定措置 No. 0148 により 55 億リアルの特別なクレジットを支出することとした⁵⁹。ただし、暫定措置はその緊急性に鑑み、大統領により発令されるものであるものの、上院、下院両方の承認を要する。

2018 年から 2021 年にかけての保健省予算のトレンドは下表のとおりである。これによると、保健省予算が 2021 年に大きく減少していることが分かる。また、SUS 管理予算も 2018 年度から 2019 年度に落ち込み 2020 年度も同じ水準に留まっている。

表 10 保健省予算のトレンド

単位：リアル

| 内訳 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| SUS 管理 | 111,153,033 | 58,506,790 | 58,506,790 | NA |
| 保健サーベイランス | 2,679,577,478 | 2,726,315,772 | 2,780,493,398 | 1,516,267,387 |
| 基礎的ケア | 23,527,959,620 | 24,670,890,999 | 24,593,337,653 | 11,578,372,107 |
| 中程度～重症の救急及び病院治療 | 50,835,778,344 | 54,927,370,846 | 52,744,007,334 | 31,875,171,525 |
| 薬物療法 | 1,960,774,391 | 1,802,237,015 | 1,821,767,206 | 905,503,301 |
| 専門ケア | 2,117,690,284 | 425,028,693 | 949,337,280 | 228,876,170 |
| 例外的財政支援 | 1,000,000,000 | NA | NA | NA |
| COVID-19 | NA | NA | 32,242,285,638 | 1,039,217,630 |

出所：連邦政府 Transparency portal⁶⁰より調査団作成

予算の流れは以下がある。

- 国家健康基金（FNS）を通じて州、連邦地区、地方自治体に配分され、これらが保健医療行政サービスの提供と SUS のカバー範囲のサービス提供への投資を行う⁶¹。
- 法律により、年間、州は税収の 15%、連邦地区および地方自治体は税収の 12%

⁵⁵ Ministério da Economia (2020). Orçamento Cidadão Projeto de Lei Orçamentária Anual para 2021

⁵⁶ [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1032.htm#:~:text=1%C2%BA%20Fica%20aberto%20cr%C3%A9dito%20extraordin%C3%A1rio,%C3%A0%20programa%C3%A7%C3%A3o%20constante%20do%20Anexo)

[2022/2021/Mpv/mpv1032.htm#:~:text=1%C2%BA%20Fica%20aberto%20cr%C3%A9dito%20extraordin%C3%A1rio,%C3%A0%20programa%C3%A7%C3%A3o%20constante%20do%20Anexo](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1032.htm#:~:text=1%C2%BA%20Fica%20aberto%20cr%C3%A9dito%20extraordin%C3%A1rio,%C3%A0%20programa%C3%A7%C3%A3o%20constante%20do%20Anexo)

⁵⁷ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1041.htm

⁵⁸ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1043.htm

⁵⁹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Mpv/mpv1048.htm

⁶⁰ <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2121>

⁶¹ <https://portalfns-antigo.saude.gov.br/sobre-o-fns>

を公衆衛生サービスに投資することが定められている。また、連邦政府の場合は、適用される金額は、前会計年度にコミットされた金次予算法の前年度に発生した GDP の名目変動に対応するパーセンテージが増加する。

3.4 診察料

SUS のもと、SUS がカバーする保健医療サービスは全国民が無料で受診できる。主な民間医療機関による料金、料金設定に係る権限は ANS が有している。公的医療システムにて保障されている強制カバー支援が民間医療機関においても保障されている。受益者の年齢層により月間の医療費は異なる。

3.5 医療保障制度の関連政策

ブラジルにおいては、1980 年代に再民主化を目指した社会運動のなかで SUS の構想が生まれた。そして、1988 年に、健康は国民の普遍的権利であり、国の責任であるとして憲法に規定され、1990 年には関連する法律が制定されて以降、導入が開始された⁶²。前述したとおり、国家保健計画（Plano Nacional de Saúde 2020-2023）の 7 つの目標の 1 つとして、SUS の管理を改善し、公平で質の高い医薬品及び保健サービスへのアクセスを保証することを謳っている。

前述のとおり、NCD のための医療サービスは、その疾病負担の増加に対応したものとなっており一定の成果を挙げているものの、医療財政への負担は大きくなってきている。家族保健チームが NCD について予防や管理を担っているが、2011 年時点で専門クリニックを家族保健プログラムに統合する動きが見られた⁶³。また、前述のとおり、ブラジルはすでに高齢化社会を迎えているが、民間保険に加入している高齢者は少ないため、SUS が大半の高齢者の健康を担うことになる。例えば、2010～2011 年の入院に要した 70 億米ドルのうち、34%にあたる 20 億米ドルが高齢者の入院によるもので⁶⁴、さらには 2019 年からの COVID-19 流行対応により、不足する SUS 予算をさらに逼迫させると考えられる。また、後述のとおり、プライマリ・ヘルスケアの質は地域によりばらつきがあり、中高所得者は民間の医療機関にかかる傾向がある。外来専門ケアについては、供給が追い付かず、長い待ち時間等の課題がある⁶⁵。このプライマリ・ヘルスケアの課題に対して、連邦政府は 2011 年より家族

⁶² Castro M. C., Massuda A., Almeida G., Menezes-Filho N. A., Andrade M. V., ... & Atun Rifat. (2019). "Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future", *The Lancet*, 1-12. Available from [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext) (Accessed on 20 January 2021)

⁶³ Schmidt M. I., Duncan B. B., e Silva G. A., Menezes A. M., Monteiro C. A., ...Menezes P. R. (2011) "Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges", *The Lancet*, 1-13. Available from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext) (Accessed on 20 January 2021)

⁶⁴ Garcez-Leme L & Leme M. (2014) "Costs of elderly health care in Brazil: challenges and strategies", *Medical Express*, 3-8. Available from https://www.researchgate.net/publication/276227613_Costs_of_elderly_health_care_in_Brazil_challenges_and_strategiesI (Accessed on 20 January 2021)

⁶⁵ サンパウロ市では保健センター受診後、複雑な治療が必要と判断されたら病院の待機リストに掲載されるが、サンパウロ市では待機リストに掲載された後、診察を受けるまでに 205 日の平均待機時間が生じていた。「ブラジルの健康保険制度 - 統一医療システム SUS と民間健康保険 SHI - 」

保健チームに対して **pay for performance** プログラムを導入している。また、外来専門ケアについては、官民パートナーシップによる取り組み等が模索されている。しかし、これにより両者の境界が不明瞭になり、リソースが民間施設に流れやすい状況を生んだ⁶⁶。これは、民間医療機関に受診できない貧困層が必要な時にサービスを受けられない、もしくは民間医療機関に受診し、家計の破綻や貧困に陥るといった状況をもたらし得る。他方、民間医療機関に受診できる層が SUS の医療サービスからシフトすれば供給が追い付かない現状が緩和される可能性もある。

社会的弱者に対しては、前述のとおりキャッシュトランスファープログラムが導入された。Single Registry に登録されている「貧困及び極貧にある世帯」が対象である。このプログラムの一部である保健省による「食糧手当プログラム (Programa Bolsa Alimentação)」は、1 人当たり世帯月収が最低賃金の半分未満の低所得世帯を対象として、0~6 歳の子どもをもつ妊婦や乳母に対して保健医療活動への参加を条件に、1 人当たり当時 15 レアルを最高 3 人 (計 45 レアル) まで支給するものである⁶⁷。2020 年のボルサ・ファミリア向けの予算は 300 億レアルに上り、約 1,350 万世帯が支給対象になっている。国庫支出を抑制するため、政権は、受給対象者の 1 人当たり収入上限額を、極貧層は従来の月収 89 レアル、貧困層は従来の月収 178 レアルから、それぞれ 100 レアルと 200 レアルに引き上げるとしている⁶⁸。

パンデミック等の非常事態の対応は、国家保護防衛政策 (Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil) に従い、保健省管轄の組織と国家保護防衛システム管轄の組織が担っている。SUS は、災害リスクマネジメントに係る調整を行うことになっている⁶⁹。

2021 年 5 月現在、コロナ患者 (成人) による SUS の ICU 病床占有率は北部地域のエーカー州とアマゾナス州、南東部のミナスジェライス州とエスピリトサント州、中西部のマットグロッソ州がアラートレベルを脱した⁷⁰。SUS により、人口の 78% に上る民間保険に加入していない人々が保健サービスへのアクセスが可能になったが、地域によりサービスカバレッジにばらつきがあり、特に 56% の人口が ICU 病床の不足している地域に居住している⁷¹。

コロナ禍における短期的な対応として、上述の暫定措置がなされているが、保健大臣の 4 度に渡る交代により、中長期的な保健財政計画の検討が困難な状況にある。

3.6 公的医療保障制度

SUS は、①一次、二次、三次レベルにおいて包括的なヘルスケアへの普遍的権利を保障していること、②連邦、州、市に権限と責任が分散化されていること、③保健医療政策の策定、

⁶⁶ Machado C. & e Silva G. (2019) “Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities”, *BMC Globalization and Health*, 15 (Suppl 1):77. Available from <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-019-0523-5> (Accessed on 22 January 2021)

⁶⁷ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm

⁶⁸ <https://www.jetro.go.jp/biznews/2020/01/c26b2036ceef9ad9.html>

⁶⁹ Rodrigues K. Carpes M. M., & Raffagnato C. G. (2020) “Disaster preparedness and response in Brazil in the face of the COVID-19 pandemic”, *Brazilian Journal of Public Administration*, 54(4):xxx-xxx, July – Aug. 2020. Available from https://www.scielo.br/pdf/rap/v54n4/en_1982-3134-rap-54-04-614.pdf (Accessed on 22 January 2021)

⁷⁰ BOLETIM Observatório Covid-19

⁷¹ <https://www.americasquarterly.org/article/5-big-ideas-universal-health/> (Accessed on 10 May 2021)

実施のモニタリングに連邦、州、市の保健医療評議会を通じた住民参加があること、を特徴としている⁷²。

SUS の財源は、税収と連邦政府、州政府、市からの分担で賄われている。SUS はその発足時から常に財源不足で、2000 年の憲法改正により、市はその歳入の最低 15%、州 12%、連邦は GDP 成長に応じた額を負担することとし、一定の成果を挙げたが、それでも国民の貧富の格差による保健医療へのアクセスは是正されていない⁷²。

医療機関への診療報酬支払の方法は、後述のとおり提供されたサービスのボリュームに従い、連邦政府が州政府及び市に払い戻す仕組みである。

SUS のもとに提供される次のサービスは無料である。：予防接種を含む予防ケア、プライマリ・ヘルスケア、外来専門ケア、入院治療、産科ケア、メンタルヘルスケア、医薬品、理学療法、歯科ケア、眼科ケア、車椅子など医療機器、補聴器、在宅ケア、臓器移植、腫瘍ケア、腎透析、血液療法。

また、SUS におけるプライマリケアを拡大するために導入された *Estratégia de Saúde da Família* のもと、家族保健チームが 2000~4000 人の住民をカバーし、各チームには連邦政府から市を通じて月上限 10,695 レアル (USD2,493) が活動予算として配布される⁷³。これにより、これまでサービスが行き届いていなかった人々に、費用対効果の高いサービス提供が可能となった⁷⁴。しかし、提供されるサービスの質は、機材の整備状況、医療従事者の配置、マネジメント能力などにより市によってばらつきがある⁷⁵。

専門外来は、入院治療を受けた後、もしくはプライマリケアの医師からの紹介により無料で受診できる。各サービスの料金は、国の定める SUS 手順リスト⁷⁶に基づく。提供されたサービスのボリュームに従い、連邦政府が州政府及び市に払い戻す仕組みである⁷²。しかし、供給が追いついていない現状があり、民間医療機関の受診増加につながっている。入院治療の料金についても、国の定める SUS 手順リスト⁷⁶に基づく。

国民の 75% が SUS に依存しているが、サービスへの満足度は高くなく、特に、中高所得者の民間医療機関の利用が増えている。また、上述のとおり、総保健支出のうち国民自己負担が 27.51% を占めているが、その大部分は医薬品代に支出され、特に、貧困世帯にとって大きな負担となっている⁷³。一次医療における医薬品に対する連邦政府による支出が停滞し

⁷² Massuda A., Hone T., Leles F. A. G., de Castro M., & Atun R. (2018) “The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience”, *BMJ Global Health* 2018-000829, 1-8. Available from https://www.researchgate.net/publication/326180043_The_Brazilian_health_system_at_crossroads_Progress_crisis_and_resilience (Accessed on 22 January 2021)

⁷³ Massuda A. et al. (2020) “The Brazilian Health Care System” *International Profiles of Health Care Systems*.

⁷⁴ Gulnar A., Giovanella L., Cruz F. O., & Camargo Jr. K. R. (2020) “Brazil's National Health Care System at Risk for Losing Its Universal Character”, *AJPH*, June 20, Vol 110, No. 6, 811-812. Available from <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2020.305649> (Accessed on 22 January 2021)

⁷⁵ Macinko J, Harris M. J., & Rocha M. G. (2017) “Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ) – Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care”, *J Ambulatory Care Manage* Vol. 40, No. 2 Supp, pp. S4-A11. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338882/pdf/jamcm-40-s04.pdf> (Accessed on 9 February 2021)

⁷⁶ Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Available from <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-526-de-24-de-junho-de-2020-264666631> (Accessed on 22 January 2021)

ていると同時に、医薬品の購入責任を持つ地方自治体の収入が低いことにも起因していると考えられる⁴¹。

ブラジルは、経済危機により 2016 年に長期の緊縮政策を導入し、続いて連邦政府は、SUS の異なるサービスに充てる予算を統合することで、市レベルで柔軟にリソースを使えるようにしたが、専門ケアや入院ケアにリソースが集中し、プライマリケアやサーベイランスへの予算が不足するという懸念も生じた⁷³。2016 年の憲法改正では、2018 年から 2036 年までの約 20 年間、連邦予算の保健医療分野への支出について、2017 年の支出レベルを上限とすることが定められた。さらに、経済自由主義を掲げるボルソナロ政権のもと、SUS は度重なる予算減を余儀なくされている⁷²。

3.7 民間医療保険の概要

民間医療保険は、任意で加入するものであり、SUS に対して補完的な位置づけとして、国家補完的保健庁（National Agency of Supplementary Health）が監督している。2018 年の民間医療保険への加入率は 23% である。また、民間医療機関を受診した者は、民間医療保険代や診療費、医薬品代等を課税対象支出から除くことで、税控除が受けられる⁶⁶。

SUS により全国民が無料で保健医療サービスを受けられるにも関わらず民間医療保険の加入率が 23% にも上る。これは、地域によっては医療サービスの質・量が十分でないということが理由として考えられる。ブラジルの国民にとって、教育、家の所有に次いで保険加入することが 3 番目に大きな希望であるとの報告がある⁷⁷。

ブラジルの主な民間保険会社とその給付内容は以下のとおり。

表 11 主な民間医療保険と特徴

| 保険会社 | 特徴 ⁷⁸ |
|-------------------------|--|
| Amil Assistência Médica | <ul style="list-style-type: none"> ● 個人及び法人向け両方のプランがある ● 他に比べ安価な保険料。唯一、病院搬送サービスを有している ● 全国をカバーする分かりやすいプラン |
| Bradesco Saúde | <ul style="list-style-type: none"> ● ブラデスコ銀行の傘下にある ● 広い医療サービス（病院、検査、メディカルセンター、認可クリニック）を提供 ● 全国をカバー ● 全てのプランで払い戻しオプションがある ● 歯科プランも提供 |
| SulAmérica | <ul style="list-style-type: none"> ● 法人用税務登記番号（CNPJ）必須 ● 健康保険だけでなく、生命保険、歯科保険、自動車保険、年金などのプラン提供 |
| Seguros UNIMED Saúde | <ul style="list-style-type: none"> ● 加入者数は 7 番目に多い |

⁷⁷ <https://www.journalcontabil.com.br/plano-de-saude-e-3-major-desejo-d-brasileiro-aponta-ibope/> (Accessed on 10 May 2021)

⁷⁸ <https://financeone.com.br/melhores-planos-de-saude-2020/> (Accessed on 20 June 2021)

| | |
|----------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 加入者の扶養者は、加入者が死亡した場合も、5年間カバーされる |
| Hapvida Assistência Médica | <ul style="list-style-type: none"> ● 北部及び北東部地域で3番目の規模 ● 同地域における独自の病院ネットワークにて運営 ● 州都や大都市において、クリニックや救急サービスのネットワークも有する |

3.8 医療費等による家計破綻・困窮化

UHC 達成のひとつの指標である「家計収支に占める健康関連支出が大きい人口の割合」に関連し、経済破綻をきたす出費が家計のなかで占める割合の閾値を10%とした場合には、ブラジルでは25.6%（2008年）の破綻率、世界平均12.7%（2015年）、ラテンアメリカ・カリブ地域平均15.1%（2015年）であった。また、自己負担医療費による貧困化率はブラジルでは一人当たり3.20国際ドル/日を割り込んだのが2.01%（2008年）、世界平均では1.4%（2015年）、ラテンアメリカ・カリブ地域平均0.7%（2015年）であった⁷⁹。

ブラジルにおける破綻率、貧困化率が世界平均や域内平均に比して高いのは、一般に公的医療機関のサービスよりも民間の医療機関のサービスのほうが質が高く安全であるとされているため、経済的に余裕がなくても医療に家計の多くを費やすためであることがひとつの理由として考えられる。

3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ

SUS 設立以前は、保健医療分野の主要アクターは民間セクターであったが、SUS を導入した1988年の憲法では、民間セクターを補完的な位置づけとし、その参入を保持した。こうして民間セクターは拡大し続け、SUS においても州のリソースと「顧客」を取り合う形となっている⁶⁶。また、SUS は設立以降、恒常的な予算不足が続いてきたが、ボルソナロ政権による緊縮財政により、州によってはSUSのもと提供される保健医療サービスの質及び量の低下が懸念されている。SUS の財源確保や民間セクターとの棲み分けなどの方策を早急に検討し、貧困層が医療サービスを受けられない状況や、医薬品の購入や民間医療機関の受診により困窮化する状況を改善する必要がある。

4. 協力の可能性（案）

「2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ」並びに「3.8 保健医療財政及び保健保障制度の課題とニーズ」に報告した内容を中心に、以下に、現時点での今後のJICA協力の可能性の検討結果を示す。

⁷⁹ WHO & World Bank(2019) Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2019 (Advance copy) :

https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf?ua=1

4.1 協力優先度の高いニーズ

保健医療サービス提供に関しては、次の4つが課題として挙げられた。

- ① 州によって予算不足による SUS の活動への影響がある
- ② 地域間の保健指標格差は看過できない状況にある
- ③ 感染症の迅速な診断技術やラボ人材の不足
- ④ 疾病構造の変化を受け、NCD 対策は喫緊の課題。

また、保健保障制度においては、SUS の財源確保や民間セクターとの棲み分けなどの方策が望まれる。

以上から、以下の3つの協力案件の候補が考えられる。

- 【1】 ブラジル北東部ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ支援プログラム（政策借款）
- 【2】 ペルナンブコ連邦大学アサミ・ケイゾー熱帯免疫病理学研究所（LIKA）における疫学・診断法の研究（SATREPS）
- 【3】 LIKA を中心とした域内感染症研究能力強化（第三国研修）

上の協力案件の概要を表 12 にまとめる。

表 12 候補協力案件の内容

| <p>【1】 ブラジル北東部ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ支援プログラム（政策借款）</p> <ul style="list-style-type: none"> • 被益者：対象州の住民●●人（全人口の●%）。なお、対象州については今後、ニーズ（保健医療サービスの質量、資金ギャップ等）を踏まえて決定。なお、パライバ、セアラ、サルバドール、ピアウイの4州については WB の成長と社会的包摂プロジェクト（ピアウイ）、IDB のヘルスネットワークのケアモデル強化プログラム（パライバ）、サルバドールにおける統一医療制度の強化、セアラ州における専門医療の拡大と改善のためのプログラム II との協調（協調融資、共通の政策アクションの設定等）も検討。 • 対象：対象州 • 政策マトリクス：下表を候補として検討する。また、技術協力プロジェクト「東北ブラジル健康なまちづくりプロジェクト」におけるヘルスプロモーション、「家族計画・母子保健プロジェクト」による母子保健サービスの改善などの協力のアセットを拡大・普及する方策についても検討する。 • 供与額：対象州における資金ギャップ等を勘案のうえ検討。 | | | |
|--|-----------------|---------------------------------------|------------------|
| 大項目 | 中項目 | 政策アクション | 達成指標 |
| 保健財政の強化 | 国家健康基金からの適正な配分額 | 増配分に向けた働きかけ | 国家健康基金への改定予算計画提出 |
| | 適正な州保健予算計画の策定 | 州保健予算の財務分析 RBF レビュー 改定州保健予算計画策定 | 改定州保健予算計画 |

| | | | | |
|--|---------------------|--|---|--|
| | | | 州における NCD 増加に係る現状調査を実施し 2030 年までに必要な予算を検討する | |
| 保健医療サービスカバレッジの改善 | 保健医療人材の適正な配置 | 州保健人材配置計画の改定 貧困州における保健医療人材の適正な配置に係るインセンティブ制度案の検討 | 改定州保健人材配置計画 | |
| | NCD 対策に係る戦略策定 | 州における NCD 増加に係る現状調査を実施し必要な保健医療体制や啓発キャンペーンを確認する | 州保健局長が調査を承認・公表する | |
| | 医療情報システムの統一化に係る計画策定 | モデル地域における実証 | 医療情報システムの統一化に係る計画案 | |
| 財政リスクからの保護 | SUS の質・量の改善 | 対象州の SUS 戦略の策定 NCD 増加や高齢化を踏まえた SUS 中長期的予算計画策定 RBF レビュー | 州保健局長への提出 | |
| <p>【2】 LIKA における疫学・診断法の研究 (SATREPS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 裨益者：ブラジル国民 ・ 対象：LIKA ・ 内容：ジカウイルス感染症及び新型コロナウイルス感染症の感染経路の調査や、診断法の開発・改良、迅速診断キットの開発。また、LIKA や公衆衛生ラボの研究者や検査技師が正確な診断をできるよう育成。加えて、LIKA とトップレファラルラボの連携体制を強化し、感染症サーベイランス体制のモデルを構築（社会実装化）する。 ・ 日本側研究機関：長崎大学熱帯医学研究所 | | | | |
| <p>【3】 LIKA を中心とした域内の感染症研究能力強化（第三国研修）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 裨益者：中南米地域における対象国の住民 ・ 対象：域内拠点ラボ、感染症対策行政における中核人材 ・ 内容：域内各国の拠点ラボや感染症対策行政の中核人材を中心に感染症について幅広い知識と技術、グローバルな俯瞰力を備え、教育研究の推進と感染症対策でリーダーシップを発揮できる国際的リーダーを養成する。 | | | | |

- 支援額：対象国数に応じて検討。なお、第三国研修であるため持続性を考慮し、一部をブラジル政府にて負担。

以下に、現時点で確認している調査結果から、事前評価を表にまとめると、「【1】ブラジル北東部ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ支援プログラム」については、表 13 のように整理される。

**表 13 ブラジル北東部ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ支援プログラム
にかかるとの事前評価**

| |
|--|
| <p>【妥当性】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 開発政策との整合性：「国家開発計画」の社会経済開発の「社会」の③優れた保健サービスの提供 • 保健医療政策との整合性：「国家保健政策」の以下7目標のいずれにも整合。 <ul style="list-style-type: none"> ① プライマリ・ヘルスケアに関する行動とサービスの拡大を総合的かつ計画的に推進する。 ② アクセスの改善と地域における不平等の軽減を目的とした、専門医療サービスの提供拡大を推進する。 ③ 予防可能な疾患の発生を減少させ、制御する。 ④ 科学的知識の普及を促進し、公平、平等、効果的かつ持続可能な方法で、国民の医療技術へのアクセスを促進する。 ⑤ 安全性、有効性を備えた医薬品を戦略的に供給し、国民の医薬品へのアクセスを保障し、医薬品の合理的な使用を促進する。 ⑥ 先住民の健康の保護、促進、回復を強化する。 ⑦ 公平で質の高い医薬品及び保健サービスへのアクセスを保証するため、SUS（後述）の管理を改善する。 • ニーズとの整合性：連邦政府の緊縮財政や州財政により、SUSによるサービスの質量の低下、貧困層のサービスへのアクセス低下がある。 • ターゲット：WB や IDB の対象と重複しない、もしくは相乗効果を得る。 • 日本の優位性：ヘルスプロモーション分野、母子保健分野の JICA プロジェクトの実績、UHC 分野、NCD 分野の日本の経験。 |
| <p>【有効性】</p> <ul style="list-style-type: none"> • サービス提供に係る技術的能力はあるも、予算不足による質量の低下があり、政策借款による資金ギャップ補完による質量改善の有効性は高い。 |
| <p>【効率性】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 先行している WB や IDB の案件と実施上の課題やその解決策について共有できる。 • 資金ギャップに応じた供与額であること、ブラジル側にサービス提供のノウハウがあることに加え、政策アクションの達成がディスバースの条件となるため、高い効率性が期待できる。 |
| <p>【インパクト】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 現時点では不明。 |
| <p>【持続性】</p> |

- 今後の政権の意向にもよるが、緊縮財政が続く限り持続性の懸念がある。政策マトリクスに持続性を担保するアクションを加えることを検討する。

以下は、現時点で考えられる3つの協力候補案件の5項目評価視点からの目安である。なお、本目安は、上で示した「【1】ブラジル北東部ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ支援プログラム」の事前評価結果を○とした場合の、課題がある場合には△を、課題が大きい場合には×をとした相対的なものである。

表 14 協力候補案件の5項目評価

| 5項目評価 | ブラジル北東部ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ支援プログラム | LIKAにおけるSATREPSによる疫学・診断法の研究 | LIKAを中心とした域内への第三国研修（感染症研究能力強化） |
|-------|--------------------------------|---|---|
| 妥当性 | ○ | ○：「国家保健政策」④科学的知識の普及を促進し、公平、平等、効果的かつ持続可能な方法で、国民の医療技術へのアクセスを促進する。 | △：域内に対する支援の方針は確認できていない。 |
| 有効性 | ○ | ○：LIKAと長崎大学の連携により診断法開発の可能性は高い。 | ○：域内対象国における共通の感染症に対する対応能力の強化が可能であり有効性は高い。 |
| 効率性 | ○ | △：LIKAと長崎大学の連携により効率的な運営が可能。 | ○：LIKAのリソースを活用するため効率的な実施が可能。 |
| インパクト | N/A | N/A | N/A |
| 持続性 | △ | ○：LIKAの高い研究能力から競争的研究資金の持続的な獲得は可能。 | △：ブラジル政府の一部負担に合意が得られるか不明。 |

4.2 協カスキーム

前項に示した、3つの協力候補案件のうち、「ブラジル北東部ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ支援プログラム」については、案件形成及び実施促進について以下のスキームの検討が必要となる。

表 15 候補案件における協カスキーム等

| 候補案件 | 協カスキーム等 |
|--------------------------------|---|
| ブラジル北東部ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ支援プログラム | 事前：有償勘定専門家による政策マトリクスの精緻化 政策借款：有償勘定専門家による政策アクション達成支援によるディスプレイ促進 |

第7章 ボリビア

目次

| | |
|--|------------|
| 1. 基礎情報 | 235 |
| 1.1 一般情報 | 235 |
| 1.2 政治・経済状況 | 236 |
| 1.3 国家開発計画 | 237 |
| 1.4 日本との外交・経済関係 | 239 |
| 2. 保健セクターの概況 | 240 |
| 2.1 保健・人口の概要 | 240 |
| 2.2 保健医療政策 | 243 |
| 2.3 保健行政機関 | 248 |
| 2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況..... | 249 |
| 2.5 保健医療サービスの供給体制..... | 251 |
| 2.6 主要保健医療サービスの利用状況..... | 252 |
| 2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況..... | 252 |
| 2.8 医薬品調達・供給 | 253 |
| 2.9 ドナーの支援実績（案件名、スキーム、協力額、協力機関・完成年の一覧） | 254 |
| 2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ | 259 |
| 3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 262 |
| 3.1 財政の一般情報 | 262 |
| 3.2 主要保健財政指標 | 264 |
| 3.3 保健省予算 | 265 |
| 3.4 診察料 | 266 |
| 3.5 医療保険制度の関連政策 | 266 |
| 3.6 公的医療保障制度 | 268 |
| 3.7 民間医療保険の概要 | 269 |
| 3.8 医療費等による家計破綻・困窮化..... | 269 |
| 3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ..... | 270 |
| 4. 協力の可能性（案） | 272 |
| 4.1 協力優先度の高いニーズ | 272 |

図表目次

| | | |
|------|---|-----|
| 表 1 | 社会経済開発計画 2016-2020 の保健関連目標及び期待される成果..... | 237 |
| 表 2 | ボリビアと日本間の条約等締結の整理表..... | 239 |
| 表 3 | 対ボリビアの援助実績（2018 年迄の累計） | 239 |
| 表 4 | 保健省が整備した保健医療情報システム内容..... | 250 |
| 表 5 | 米州開発銀行プロジェクト..... | 255 |
| 表 6 | 世界銀行のプロジェクト..... | 256 |
| 表 7 | 日本政府による保健分野における支援..... | 258 |
| 表 8 | ボリビア国民の健康保険加入率の推移..... | 268 |
| 表 9 | 候補協力案件の概要..... | 273 |
| 表 10 | 【1】 地域の中核となる病院建設（病院改修のための円借款事業）事前評価 | 278 |
| 表 11 | 協力候補案件の 5 項目評価..... | 279 |
| 図 1 | ボリビア国地図..... | 235 |
| 図 2 | 非正規労働者数の推移（2011 年から 2019 年） | 236 |
| 図 3 | 1999 年及び 2019 年の人口ピラミッド..... | 240 |
| 図 4 | 2039 年の人口ピラミッド..... | 241 |
| 図 5 | ボリビアにおける死亡原因（2016 年） | 241 |
| 図 6 | ボリビアにおける障害調整生命年（DALY） | 242 |
| 図 7 | 1990 年と 2019 年の死因における疾病構造の変化..... | 243 |
| 図 8 | 妊娠 5 か月前後の妊婦の把握と第 4 回妊婦検診受診数..... | 245 |
| 図 9 | 保健・スポーツ省組織図..... | 248 |
| 図 10 | ボリビアにおける経済情勢の推移（1） | 263 |
| 図 11 | ボリビアにおける経済情勢の推移（2） | 263 |
| 図 12 | 財政収支の推移..... | 264 |
| 図 13 | 総保健支出の財源別内訳..... | 265 |
| 図 14 | 保健省予算の変遷..... | 266 |

1. 基礎情報

以下は、一般情報、政治・経済状況、国家開発計画及び日本との外交・経済関係を示す。

1.1 一般情報

ボリビア多民族国は、南アメリカ中西部に位置し、面積は1,098,581 km²で、高地、溪谷地、平原の3つの地理的領域がある。人口は、2019年で、約1,151万人規模である。行政区画は9つの県、112の郡、339の市に分かれている。

ボリビア多民族国は、天然ガスやリチウム、亜鉛、銀、錫などの天然資源を持つ南米の最貧国である¹。

また、複雑な地形の内陸国という条件が開発の阻害要因となっている。

1982年の民政移管後、ボリビア政府は、民主化、市場経済化に向けた政策を推進した。2006年、左派の社会主義運動党（MAS-IPSP）の党首がボリビア史上初めての先住民出身の大統領に就任し、貧富格差の是正と先住民の権利拡大を掲げた。また、国名をボリビア共和国からボリビア多民族国家に改名し、新憲法制定のもと政策転換を実施した。2020年10月の選挙においても同党が勝利し、政権を維持しながら長期開発計画である「愛国アジェンダ2025」を柱に政策を推進している。

保健政策においても、これまでの長期開発計画である「愛国アジェンダ2025」に沿ってコミュニティを重視した多文化主義の家族保健政策（SAFCI）が策定され、現在も推進されている。

経済規模は、GDPで40,895億ドル（2019年）、世界ランキングは第92位²に位置し、一人あたりのGDPは3,552ドル（2019年）である³。2020年10月時点でのINEの報告⁴によれば、2020年はコロナ禍の影響により世界銀行は-7.3%、ボリビア中央銀行は-6.2%と予想さ



図1 ボリビア国地図

¹ IMF Country Information https://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2017/?page_id=95

² World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?end=2019&start=1960>

³ World Bank national accounts data, and OECD National Accounts data <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2019&start=1960>

⁴ INE の 2020 年第 2 四半期 GDP 報告書 : <https://www.ine.gob.bo/index.php/en-instituto-nacional-de-estadistica-presenta-los-resultados-del-producto-interno-bruto-al-segundo-trimestre-de-2020/>

れた。国際通貨基金（IMF）は2021年のGDPは5.5%になると予想しており⁵、ボリビアの経済財政省は4.8%⁶としている。

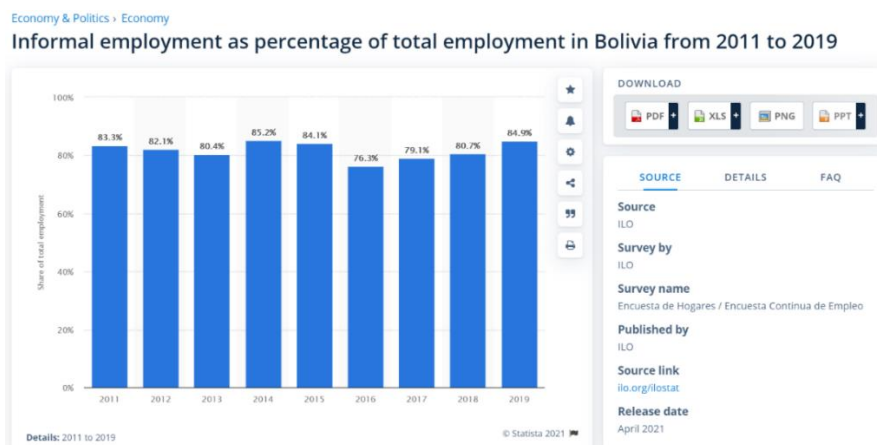
1.2 政治・経済状況

ボリビアの政治形態は立憲共和制で、元首は大統領、二院制の議会制をとっており、任期は5年である。現在、2020年11月に就任したルイス・アルベルト・アルセ大統領が元首を務めている。

ボリビアにおける貧困率は、世界銀行の報告では2006年の59.9%から2018年では34.6%まで減少⁷し、2019年には37.2%の上昇が認められた。失業率についても、2010年から2019年までの10年間は約4%程度⁸の低いレベルで安定していたが、新型コロナウイルス感染症の発生による影響で、2020年7月に最大11.6%を記録し、2021年3月には予備データとして8.1%と報告された⁹。

経済において、IMFは、2004年から2017年までのGDP平均成長率が4.8%に達したと述べている¹⁰。しかし、このコロナ禍で政府の財政は逼迫しており、新大統領はその対策の一つとして、2020年12月28日法令第1357号¹¹を発令し、該当する超富裕層の保有資産に対する税金徴収を2020年分から開始した。

一方、国民の労働者について国際労働機関（ILO）の2011年から2019年までの報告¹²では、非正規労働者は80%前後を推移し、2019年では84.9%となっている。



出所：<https://www.statista.com/statistics/1039899/informal-employment-share-bolivia/>

図2 非正規労働者数の推移（2011年から2019年）

⁵ IMF Country Information：<https://www.imf.org/en/Countries/BOL>

⁶ 経済財政省 Proyecto de Presupuesto General del Estado PGE 2021, <https://repositorio.economiayfinanzas.gob.bo/documentos/2020/Comunicaci%C3%B3n/Presentaciones/PRENSA-PGE-2021.pdf>

⁷ World Development Indicator <https://data.worldbank.org/country/bolivia?view=chart>

⁸ IMF Unemployment rate <https://www.imf.org/external/datamapper/LUR@WEO/CZE>

⁹ <https://www.ine.gob.bo/index.php/disminuye-la-tasa-de-desocupacion-urbana-a-marzo-de-2021/>

¹⁰ IMF プレスリリース第18/453：<https://www.imf.org/en/News/Articles/2018/12/06/pr18453-imf-executive-board-concludes-2018-article-iv-consultation-with-bolivia>

¹¹ 法令第1357号：https://siip.produccion.gob.bo/repSIIP2/files/normativa_12345_2912202080d1.pdf

¹² <https://www.statista.com/statistics/1039899/informal-employment-share-bolivia/>

ボリビアの産業は、農業（大豆、砂糖、トウモロコシ、キヌアなど）、天然資源（天然ガス、亜鉛、銀、錫、リチウムなど）を中心とする一次産品への依存度が高く、国際価格の影響を受けやすい経済構造である。

1.3 国家開発計画

2015年に法令として、2025年までの「愛国アジェンダ 2025」¹³が策定され、現在も効力を継続している。

ボリビアは建国200年となる2025年に向けて、人種差別、憎悪、分裂のない、包摂的で参加型の民主国家の構築を目指し、母なる大地（Madre Tierra）との調和と均衡を基に、全ての国民が良く生きる（Vivir Bien）を目指している。真に植民地主義の連鎖からの解放を成し遂げたいと、尊厳と主権あるボリビアを構築するために、13の柱と68の目標を定めている。これらの目標は、分野横断的ではあるが、第3の柱の「包括的な人間を育成するための保健、教育及びスポーツ」と第8の柱の「良く生きるため、食に関する知識の構築による食糧の主権」が、特に保健医療分野に該当している。また、本調査対象に該当する目標として、第3の柱では、「目標1：保健医療サービスへの普遍的なアクセス」、「目標2：コミットメントが高く、能力を備えた、現代医学と伝統医学の統合」、第8の柱では、「2025年までに、まず5歳未満児、妊婦、授乳中の女性などの脆弱な集団の飢餓、栄養失調を解消し、栄養不良を削減する。」が挙げられている。

これを基に、中期計画である社会経済開発計画2016-2020（PDES¹⁴）が定められ、2020年に向け全国民が、質を伴った保健医療に対し普遍的なアクセスを持つように謳われた。この計画に含まれた保健分野に関連する項目は以下の通りである。

表1 社会経済開発計画2016-2020の保健関連目標及び期待される成果

| 第3の柱：包括的な人間を育成するための保健、教育及びスポーツ | 期待される成果 |
|--------------------------------|--|
| 目標1：保健医療サービスへの普遍的なアクセス | <ol style="list-style-type: none"> 1. ユニバーサル保健サービスの実施 2. 国民の大部分が薬剤へのアクセスを有する 3. 大部分の市が Mi Salud プログラムを実施する 4. 大部分の市が、機材整備を行い遠隔医療（TELESALUD）のネットワークに接続される 5. 乳児死亡率が少なくとも30%減少する（出生1,000当たり35人の死亡） 6. 妊産婦死亡が少なくとも50%減少する（出産10万 |

¹³ AGENDA PATRIÓTICA 2025 : http://www.planificacion.gob.bo/uploads/AGENDA_PATRIOTICA2025_MPD.pdf

¹⁴ PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL : <http://www.planificacion.gob.bo/pdes/pdes2016-2020.pdf>

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <p>当たり 115 名の死亡)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. 施設分娩の適用が増加する 8. 思春期妊娠の割合が減少する 9. 大部分の市が、分野間連携の実施に焦点を当てた市保健計画を策定する 10. 感染性疾患の症例数及びそれによる死亡が減少する 11. 非感染性疾患の症例数及びそれによる死亡が減少する 12. 少なくとも 90%の医療施設が保健情報統一システム (SUIS) に報告する |
| 目標 2: コミットメントが高く、能力を備えた、現代医学と伝統医学の統合 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 領土自治機関 (ETAs) と整合性がある、47 の保健機関と病院の建設・拡張・機材整備に 17 億ドルが投入される 2. 四次医療施設の建設: がんセンター、循環器センター、消化器センター、腎疾患・脳神経疾患センター。12 か所の三次医療施設の建設及び拡張。31 か所の二次医療施設の建設・拡張・機材整備の実施 3. 180 か所の一次医療施設の建設・拡張・機材整備の実施。1,430 か所のヘルスポストを市の予算で保健センターのカテゴリーに昇格 4. 専門医及び特殊専門医も含む、医療従事者に対する新たな公務員給枠の創出 5. 新たな透析ユニット及び組織適合性に関する検査ユニットの設置 6. 伝統医学に関する知識センターの稼働 |
| 第 8 の柱: 食事と栄養 | 期待される成果 |
| 目標 1: 飢餓、栄養失調を解消し、栄養不良を減少する | <ol style="list-style-type: none"> 1. 5 歳未満児の慢性栄養失調の割合を 9%に減少する 2. 栄養不足の人口が 10%に減少する 3. 貧血の小児を 30%に減少する 4. 過体重や肥満の小児を 3.5%に減少する 5. 過体重や肥満の女性を 35%に減少する 6. 完全母乳育児を 84%に増加する |

※ボリビア政府は乳幼児の健康増進と死亡の低減のため、特に栄養改善を重視し栄養の指標を別枠で設定している。

この中期計画は2020年で期限を迎えたが、2019年に発生した大統領選挙による政治的混乱、暫定政権下での新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的流行により、未だ評価の発表は行われていない。ただし、保健・スポーツ省（以下保健省）計画局長によると、現在、評価調査が実施されているとのことである。現在、コロナ禍への対応により、PDES 2021-2025の策定は遅れているが、2021年12月に制定発表できるよう調整中である。また、保健省は、PAHO（汎米保健機構）支援の下、保健の包括的開発計画（PSDI: Plan Sectorial de Desarrollo Integral de Salud）の制定を、10月半ばに終了させる予定である。ここ数年来、保健医療のユニバーサル性、多文化共生、ヘルスプロモーションや疾病予防に焦点を当てた地域保健を組み入れており、制定終了前にこの方向性が修正されることはないと思われる。

1.4 日本との外交・経済関係¹⁵

1914年4月3日、通商条約の締結により外交関係が樹立した。1942年、ボリビアが第2次世界大戦に参戦したことにより外交関係が途絶したが、1952年12月20日外交関係が再開した。1956年に移住協定、1977年に青年海外協力隊派遣取極、1978年に技術協力協定、そして2019年には外交・公用査証免除措置が締結された。2014年には、外交100周年を迎え、日本人移住者・日系人の活躍、日本政府の積極的な経済技術協力の実施等により両国は良好な友好協力関係にある。

表 2 ボリビアと日本間の条約等締結の整理表

| 二国間条約・取極 | |
|----------|-------------|
| 1956年 | 移住協定 |
| 1977年 | 青年海外協力隊派遣取極 |
| 1978年 | 技術協力協定 |
| 2019年 | 外交・公用査証免除措置 |

表 3 対ボリビアの援助実績（2018年迄の累計）

| スキーム | 金額（単位：億円） |
|--------|--------------------|
| 円借款 | 1,110.00（E/N ベース） |
| 無償資金協力 | 929.12（E/N ベース） |
| 技術協力実績 | 745.83（JICA 実績ベース） |

出典：政府開発援助(ODA)国別データ集 2019 外務省国際協力局 編

¹⁵ 外務省 ODC データブック <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/100153307.pdf#page=170>

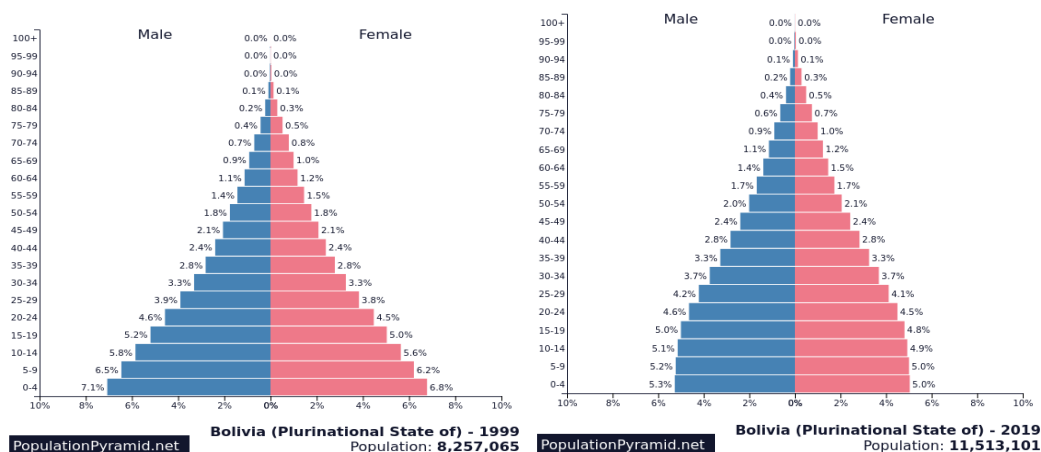
2. 保健セクターの概況

ボリビアの保健セクターの概況として、以下に、保健・人口の概要、保健医療政策、保健行政機関、保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況、保健医療サービスの供給体制、保健医療サービスの利用状況、疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況、医薬品調達・供給、ドナーの支援実績、及び UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズについて示す。

2.1 保健・人口の概要

図 3 に示す通り、1999 年の 826 万人から 2019 年の 1,151 万人へと 20 年間で 39%の人口増加率である。これは、世界平均の同年間の成長率 27%を大きく上回るものである。また、人口ピラミッドの形状は、20 年間で富士山型から釣鐘型へと変化した。15 歳未満の人口は 12%の増加に対し、15 歳から 65 歳未満までの生産層は 52%の増加、更に 65 歳以上の高齢層においては 97%の増加を示している。人口に占める割合においても高齢層は 1999 年 5.2%に対し 2019 年は 7.3%と増加しており、この人口動態は高齢化の進行を示している。(PopulationPyramid.net¹⁶)。

図 4 に示す通り、20 年後の 2039 年の予想ピラミッドは、更に釣鐘型が強くなっている。人口の増加率は 26%の予想であるが、15 歳未満は 1%台の増加に対し、15 歳以上 65 歳未満の生産層は 33%の増加、そして 65 歳以上の高齢層は 75%に増大しており、総人口に占める高齢層の割合は 10.2%に上昇すると予測される。一方、総人口における 15 歳未満の割合は、1999 年は 38.0%に対し 2019 年は 30.6%、2039 年の予想では 24.6%と減少傾向であることから、少子高齢化が進むと予想される。また、2016 年の平均余命は¹⁷73.3 歳（男性 72.3 歳、女性 73.3 歳）であるが、2040 年には 80.4 歳になると予測されている。

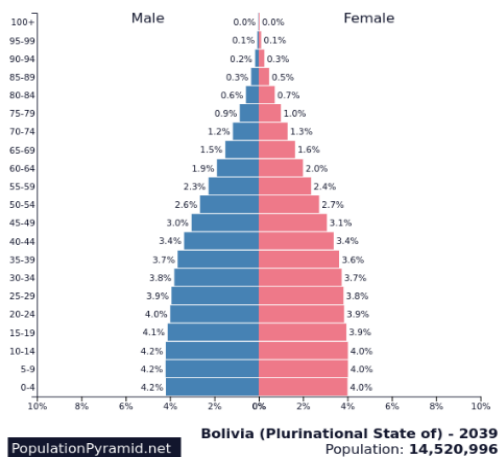


出典：年齢別人口(<https://www.populationpyramid.net/>)

図 3 1999 年及び 2019 年の人口ピラミッド

¹⁶ PopulationPyramid.net : <https://www.populationpyramid.net/>

¹⁷ <http://www.healthdata.org/news-release/how-healthy-will-we-be-2040>



出典：年齢別人口(<https://www.populationpyramid.net/>)

図 4 2039年の人口ピラミッド

国民全体の死亡原因（2016年）¹⁸は、循環器系疾患 23%、感染・母性及び周産期・栄養に関連した疾患 22%、その他の非感染性疾患 21%、外傷 13%、がん 11%、慢性呼吸器疾患 5%、糖尿病 4%となっており、循環器系疾患、糖尿病、がん、慢性呼吸器疾患、その他の非感染症疾患の合計で 64%に達するため、非感染症疾患の増加が伺える。WHOによると、慢性疾患の非感染性疾患は人口の 59%に影響を及ぼし、この原因で死亡する確率は 30 歳から 70 歳の個人で 18%であるといわれている。

障害調整生命年（DALY: Disability-Adjusted Life Year）¹⁹で見ると、図 5 に示す通り、2009 年から 2019 年の 10 年間に、新生児死亡率が 18%近く減少、肺炎などの呼吸器感染症は 27%程度減少している。これに対して、糖尿病による死亡は 45%以上、慢性腎臓病は 35%以上、虚血性心疾患は 33%の増加となっている。

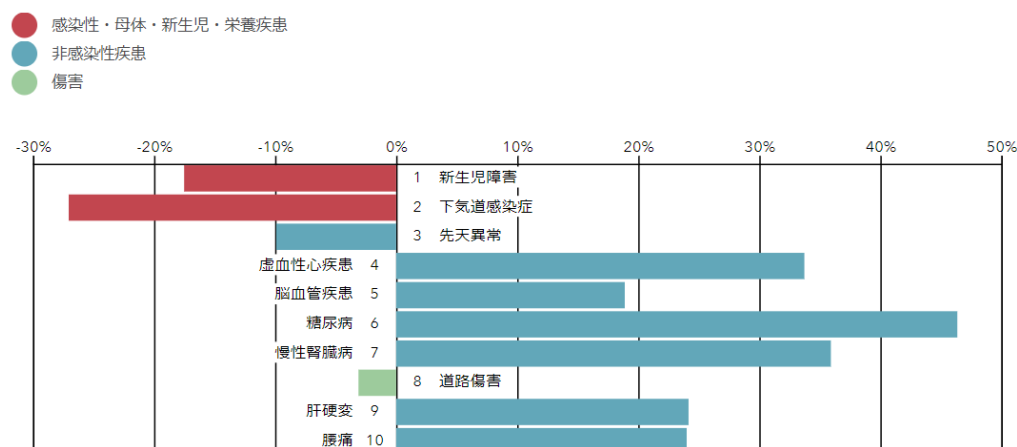


図 5 ボリビアにおける死亡原因（2016年）

¹⁸ WHO : https://www.who.int/nmh/countries/bol_es.pdf?ua=1

¹⁹ <http://www.healthdata.org/bolivia>

死亡・障害を合わせて最も多い死因は？



2019年の死亡・障害原因（DALY）上位10位と2009年～2019年の変化率（全年齢合計）

関連文献を参照：[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

図 6 ボリビアにおける障害調整生命年（DALY）

母子保健²⁰に関して、1990年では、対出生千人5歳未満児死亡率121、1歳未満児死亡率84であったが、2018年の統計データによると、5歳未満児死亡率が27、1歳未満児死亡率は22へと確実な減少が認められる。これは、様々な母子保健プログラム、栄養プログラムの実施等による成果であると考えられる。しかしながら2017年の中南米カリブ海諸国地域における乳幼児死亡の平均値は5歳未満児16、1歳未満児14であり、これらと比するとボリビアの値はまだ高い。また、2017年の対10万人妊産婦死亡率は155で2010年の190と比べると改善はみられるが、中南米カリブ海諸国地域における平均74（2017年）の倍近い値となっている。また、合計特殊出生率²¹は2.7（2020年）である。

2016年8月の保健大臣の発表²²によれば、妊産婦死亡の60%は出血と子癇前症であり、今後、コミュニティとの連携、保健人材の継続的な研修と技術の更新により、産科及び新生児ケアを充実させ妊産婦死亡の削減を目指すとした。また、若年性妊娠が多い²³ことも死亡のリスクを高めている原因の一つであると考えられる。

世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease Study）の結果によると、図6に示す通り、国際疾病分類に沿って死亡を青色部分の非感染性疾患（NCDs）、オレンジ部分の感染性疾患、緑部分の外傷の3つのグループに分けたとき、1990年において、総死亡の内訳はNCDsが40.3%、感染性疾患・妊産婦及び新生児期間関連疾患・栄養疾患が49.4%、外傷が10.3%であ

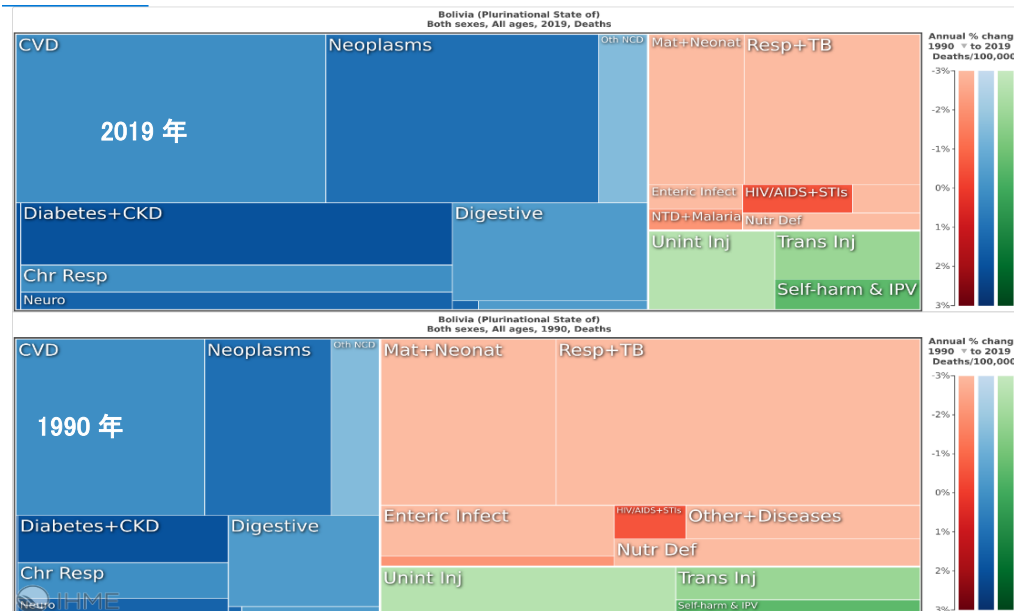
²⁰ UNICEF 子供白書 2019：<https://www.unicef.or.jp/sowc/data.html>

²¹ 合計特殊出生率：<https://jp.knoema.com/atlas/%e3%83%9c%e3%83%aa%e3%83%93%e3%82%a2/%e5%87%ba%e7%94%9f%e7%8e%87%e5%87%ba%e7%94%a3>

²² 保健省広報：<https://www.minsalud.gob.bo/1434-plan-de-accion-inmediata-lograra-reducir-la-mortalidad-materna-neonatal>

²³ <https://www.unicef.org/bolivia/historias/embarazo-adolescente-el-drama-de-las-madres-ni%C3%B1as>

った。しかし、2019年時点では、NCDsが69.9%、感染性・妊産婦及び新生児期関連疾患・栄養疾患が21.3%、外傷は8.7%とNCDsによる死亡が急増し、全体の7割を占めている。NCDsでは、特に循環器疾患が13%から20.9%に、がんなどの新生物疾患が9%から17.5%に、糖尿病及び腎疾患は4%から10.8%と増加が顕著である。



出典：<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

図 7 1990年と2019年の死因における疾病構造の変化

なお、COVID-19については、ボリビア保健省の報告によると、2021年8月5日の時点で総感染者数477,262人と17,959人の死亡が報告されている。

2.2 保健医療政策

ボリビアの保健省（Ministerio de Salud y Deportes）が推進するセクター開発計画²⁴（Plan Sectorial de Desarrollo Integral de Vivir Bien 2016-2020）は中期計画であり、2020年までに公正で、無料かつ普遍的な保健サービスへのアクセスを達成することを目標としている²⁵。主要な保健政策はユニバーサルヘルスを推進するためのSAFCI²⁶（Salud familiar comunitaria e intercultural：多文化コミュニティ家族保健）と「SUS²⁷」（統一保健システム）であり、SAFCI政策を強化するために「Mi Saludプログラム²⁸」が導入されている。

²⁴ 保健セクター開発計画：https://www.minsalud.gob.bo/images/pdf/PSDI_MS_16-20.pdf

²⁵ https://www.minsalud.gob.bo/images/pdf/PSDI_MS_16-20.pdf

²⁶ SAFCI：http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_intervencion/safci.pdf

²⁷ 保健省 SUS：https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/SUS/Instructivo_guia_completo_001_SUS_2019.pdf

²⁸ Mi Saludのガイド：<http://belgicacontigo.com/wp-content/uploads/2017/11/DOCUMENTO-MI-SALUD-FINAL.pdf>

また、ボリビア多民族国家の憲法第 37 項²⁹では、「国は健康への権利を保証し、維持する義務を有する」と謳われており、保健医療への普遍的なアクセスを実現するための SUS の実施が全面的に進められている。

SUS とは、2019 年 2 月 27 日に大統領令第 3813 号により発令され、短期社会保障制度に該当しない全年齢の国民を対象として、無料の保健医療を提供するものである。一次医療施設を受診することが義務となっており、必要性に応じ、二次または三次医療施設にリファラル（紹介）される。しかし救急時はその適応ではない。

ボリビアにおける UHC の要は 2011 年より実施されている「SAFCI」政策である。保健医療従事者と伝統医、個人、家族及びコミュニティが連携して母なる大地と宇宙と共に健康を作っていくものとされ、参加型管理、社会コントロール、多文化の包括的ケアを行う。また、SAFCI では専門医の養成も行っており、ヘルスプロモーションを実施する専門医として認定している。

SAFCI の基本的な理念は、一次医療施設の職員と住民による健康な地域づくりである。保健行政が提供する予防、健康教育、そして治療という基本的なサービスに加え、住民の自助と公助により住民自ら自分達の健康を守るという意識を育てていくための住民組織を醸成する仕組みが重要となる。この理念は、JICA が 20 年間ボリビアで実施してきた様々な FORSA プロジェクトによる貴重な経験があり、保健省や様々な国際協力機関からも高く評価されてきた。しかしながら、その経験は未だ全国レベルでの普及には十分活かされていない。

また SAFCI は、ケアコンポーネントと管理コンポーネントで構成されている。ケアコンポーネントは、疾病の予防と管理、ヘルスプロモーションによる健康の決定要因への働きかけにより、国民の健康維持を目的としている。一方で、管理コンポーネントでは、地域の保健責任者（Autoridades Locales）を任命し、地域保健委員会（Comité Locales de Salud）及び市社会保健審議会（Concejo Social Municipal de Salud）を結成し、保健管理を強化している。

ボリビアでは国民の健康増進のために様々なプログラムが実施されており、保健省関係者から情報では、保健における重点課題に対処するための 17 のプログラム（母子保健、栄養、感染症、NCDs 関連など）が設けられており、それぞれのプログラムにはプロトコルがあり、実施のための予算が付けられ、対象者はすべて無料でサービスが受けられる仕組みとなっている。これらの全てのプログラムは、ボリビアにおける UHC 達成のために実施されているものである。

母子に係るプログラムとしては「ファナ・アスルドゥーイ手当」が挙げられる。これは、官民の会社員が加入する短期社会保障制度（Caja）の対象とならない妊産婦及び 2 歳未満児が現金を受け取ることができるプログラムである。また、「ファナ・アスルドゥーイ手当」に登録した妊婦は、妊婦検診を受診した後、「妊婦ユニバーサル補助」の対象者となり、妊娠 5 か月から出産まで 4 回の妊婦検診の受診が義務づけられ、毎月約 50 ドル相当の国内で

²⁹ ボリビア国憲法： https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf

生産された栄養価の高い食料品配給を受けることができる。つまり、「フアナ・アスルドゥーイ手当」は、妊産婦及び2歳未満児の栄養改善を行うことで、死亡率を低下させることを目的としているのである。このプログラムが実施されたことにより、2017年のSNIS-VEのデータから、妊娠5か月以前に妊娠を把握する妊婦の増加し、またこのプログラムの裨益者に義務づけられている、4回の妊婦健診を出産までに受診する妊婦も増えたことが分かる。

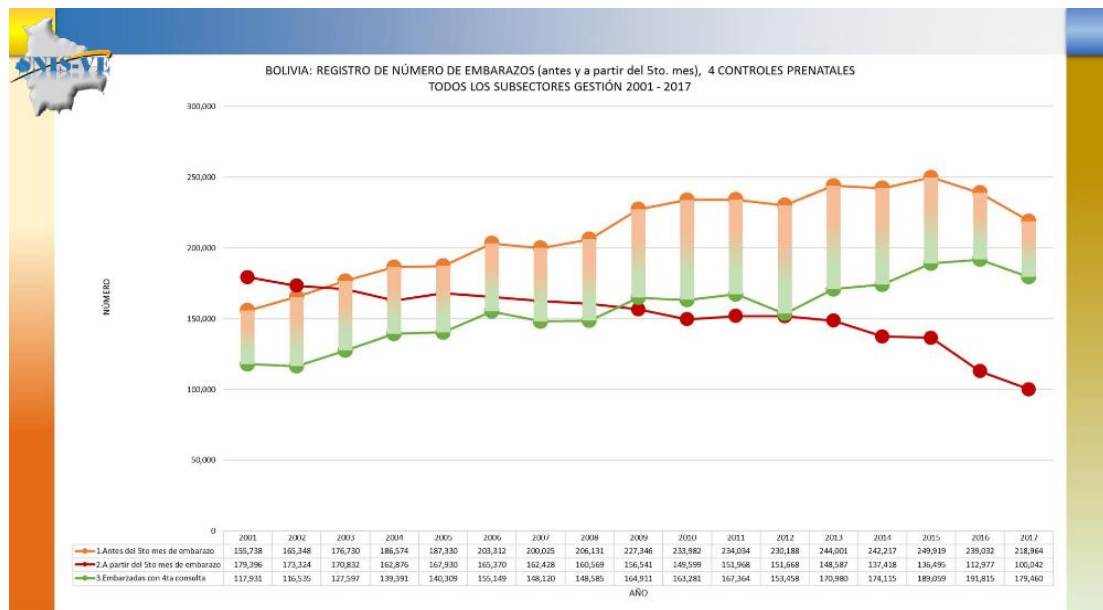


図 8 妊娠5か月前後の妊婦の把握と第4回妊婦検診受診数

もう一つの重要なプログラムである「Mi Salud³⁰」は、SAFCI政策の実践のために2013年6月から開始されているプログラムである。このプログラムは他とは異なり、保健大臣の直轄による実施となっている。この目的は、保健センターを強化すること、住民組織を育てながら住民と共にヘルスプロモーション活動の基盤を築くことである。具体的には家庭訪問を実施し無料診察を行っている。このプログラムは2018年7月時点でボリビアの339市の内310市において展開されている。

地域医療の中核となるのは一次医療施設である地域の保健センター或いは保健ポストである。しかしその業務は、治療と予防（予防接種）が主となり、地域住民との関わり合いが希薄で住民との信頼関係が構築されているとは言い難い。そのため、地域に入り住民参加型の保健活動を行う重要な役目を担っているのが「Mi Saludプログラム」である。同プログラムにより担当医が1名配置され、担当地域を活動拠点とし、住民とのコミュニケーションを図りながら、各世帯の家族構成、健康環境、健康の社会的決定要因などをまとめた家族カルテ（家族台帳）を作成する。しかし担当地域が広く、Mi Saludの医師一人で業務を行うことは不可能に近い。そのため、一次医療施設の他の職員と協働でチームを組みヘルスプロモ-

³⁰ 2018年7月18日付保健省広報： <https://www.minsalud.gob.bo/3359-atencion-gratuita-de-mi-salud-se-extiende-a-310-municipios-de-bolivia>

ション活動を行い、治療が必要な患者を発見した場合は保健センターに紹介するといった体制が必要であるが、そのような連携はとられていない。

Mi Salud 担当医師は保健センターの 1 室を事務所になっているが、一次医療施設の職員は県保健局の管轄下であり、Mi Salud の医師は保健大臣直轄であるため所属部署が異なる。それが両者の連携活動の障害となり、同じ地域住民の健康を守る役目にありながら基本的な業務連携がなされていない。少ない職員でより効果的な業務を行うには、職員間の連携は必要不可欠である。

また「Telesalud³¹」は国家プログラムに含まれる遠隔医療であり、保健へのアクセスの平等性を確保するために、SAFCI 政策の枠組みの中に位置付けられたプログラムである。2013 年から開始され、現在国内 340 か所の保健医療施設（国内 339 市）と結ばれている。専門医による疾病の診断・治療を無料で実施し、さらに保健人材の教育のためにも使用され、強い「SUS」における質の強化にも貢献するものである。

Telesalud は、医師の偏在による専門医不足をデジタルテクノロジーの活用により補完しようとする先進的な試みである。しかし、ここでも政府と地方自治体との壁が存在し、本来 Telesalud を一番必要とする農村部の一次・二次医療施設に技術が届いていない。運用のためのメンテナンス、インターネット使用料は地方自治体の負担になるため、その経費的な問題に加え、政治上の問題も重なり、全ての市で基本的な使用上の合意形成がなされているわけではないのである。

現在、コロナ禍において Telesalud、Mi Salud やその他の保健省のプログラムの医師が協力してコールセンターを設置・運営し、保健医療施設が飽和状態になることを避け、自宅療養における軽症から中程度の患者の管理を可能にしたとの報告もある³²。一方で、一次及び二次医療施設は市政府の管轄下であり、各市の中心的な医療施設に設置されている遠隔医療機材の保守管理及びインターネット接続経費は市の負担となる。市によって財政状況が異なるため、その安定的な機能を保証し続けるが課題となっている。

続いて医療供給システムの問題である。SAFCI における中核は一次医療施設であり、担当地域の住民の健康を守る任を担っていることから、医療供給の入口となっている。病気にかかった住民はまず地域の一次医療施設で受診する。そこでは対応できない疾患であると医師が判断した場合、その病状により二次または三次医療施設への紹介状が作成される。その患者を受け入れた二次・三次医療施設は、紹介状を基に診断・治療を行う。患者の病状が回復した後、紹介された一次医療施設に、治療内容と今後のケアについて書いた逆紹介状を患者に渡す。患者は、一次医療施設の担当医に逆紹介状を渡し、その後のケアを受けるという仕組みである。この一連の中で、一次医療施設と二次・三次医療施設とのコミュニケーションが悪く、紹介状、逆紹介状の記述も不十分であることから、基本的な診療連携がなされ

³¹ Telesalud プログラム：<https://ts.minsalud.gob.bo/>、 2017 年 4 月 4 日付保健省広報：<https://www.minsalud.gob.bo/2293-telesalud-para-bolivia-garantiza-el-acceso-a-teledispositivos-medicos-a-los-ciudadanos-en-poblaciones-alejadas-del-pais>

³² Carlos Slim 基金 Salud Digital：<https://saluddigital.com/comunidades-conectadas/la-evolucion-de-la-telesalud-en-bolivia-durante-la-pandemia/>

ていない。また、この連携を支える患者の緊急搬送体制も必要となる。どんな時でも適切に患者を搬送できるシステムがあることで、保健センターの医療従事者が安心して診療が行える体制ができる。しかし、現地の保健関係者の話では一部の地域以外、この体制は機能していないとのことであった。

PAHO も救急搬送体制の不備について指摘している。通常、普通分娩は病院ではなく保健センターで行うことになっており、この分娩介助は保健センターの重要な役割となっている。妊産婦健診で、若年妊娠や帝王切開での出産経験がある妊婦などを適切に振り分け、保健センターから地域の二次医療施設に紹介する。出産後は二次医療施設から保健センターが逆紹介状を受け、産褥婦及び乳児のケアを行う。それ以外は保健センター医師が出産介助を行い、出産後は母子のケアを行う。また“2.1 保健・人口の概要”で述べたように、ポリビアにおける妊産婦死亡率は2017年で中南米カリブ海諸国平均の2倍以上となっている。この一因としては、施設の分娩率は90%程度と高いものの、保健人材や研修を受けた伝統産婆による自宅分娩も含まれており、緊急時の対応に不安を抱えた不適切な環境下での出産の多さが考えられる。現在ポリビア医療技術者養成システム強化プロジェクトに携わっている専門家へのヒアリングでは、地方では未だ医療施設での出産を拒む慣習が根強く、多くの住民が自宅分娩を選択しているとのことであった。また社会経済開発計画2016-2020における保健関連目標の期待される成果の一つに若年層の妊娠の削減が挙げられている背景から、若年妊娠が多いこともその原因となっているといえる。

妊産婦死亡は一般的に妊婦が健診を受診し、施設で分娩することで削減可能である。しかし、これは救急搬送体制が確保されていることが前提である。分娩は、いつどのような事態から母子に危険が及ぶか分からない。そのため、常に緊急時の搬送体制の確保が必要となる。よってこの保健センターと病院の連携、救急体制の確保は、特に母子保健における地域保健の要と言えるであろう。

また、社会福祉政策としては、2017年9月に発令された法令第977号³³による障害者への対応が挙げられる。2019年2月より、障害者登録を済ませた重度及び中程度の障害者（50%以上の障害）に対し、毎月約35US\$の手当てが市から支給されている。また、この法令第977号により雇用へのアクセスが保証され、官民の機関では全労働者の4%の障害者、或いは18歳以下の障害者もしくは重症障害者を抱える親権者の雇用が義務付けられている。

高齢者医療に関しては、前述の法令第475号により、高齢者の一次、二次、三次医療施設での診療が無料で行われることが謳われている。また、診療だけではなく、補助栄養食品“Carmelo”の配給、検査、薬剤、外科的処置も無料で実施されることが定められている。このように、2013年12月に発令された法令第475号により5歳未満児及び妊産婦への700の保健医療サービスが無料となったのに加え、2016年には障害者及び60歳以上の高齢者に対象を拡大し、1,200の保健医療サービスが無料³⁴となっている。

³³ 法令第977号「障害者労働包摂・経済支援」：<https://www.minsalud.gob.bo/2704-ley-977-devuelve-derechos-a-personas-con-discapacidad-del-pais>

³⁴ 法令第475号「ポリビア多民族国の包括的医療サービス提供法」：<https://www.minsalud.gob.bo/1801-ley-475-amplio-de-700-a-1-200-las-prestaciones-de-salud-del-2013-al-2016>

2.3 保健行政機関

ボリビアにおける保健行政の統括機関は、保健省である。その組織図は、図9の通りである。病院に関しては、四次医療施設は国³⁵、三次医療施設は県、一次及び二次医療施設は市の管轄となっている。短期社会保障制度（Caja）は保健省の管轄下に配置するが、分権化により個々の短期社会保険組織は自治運営されている。

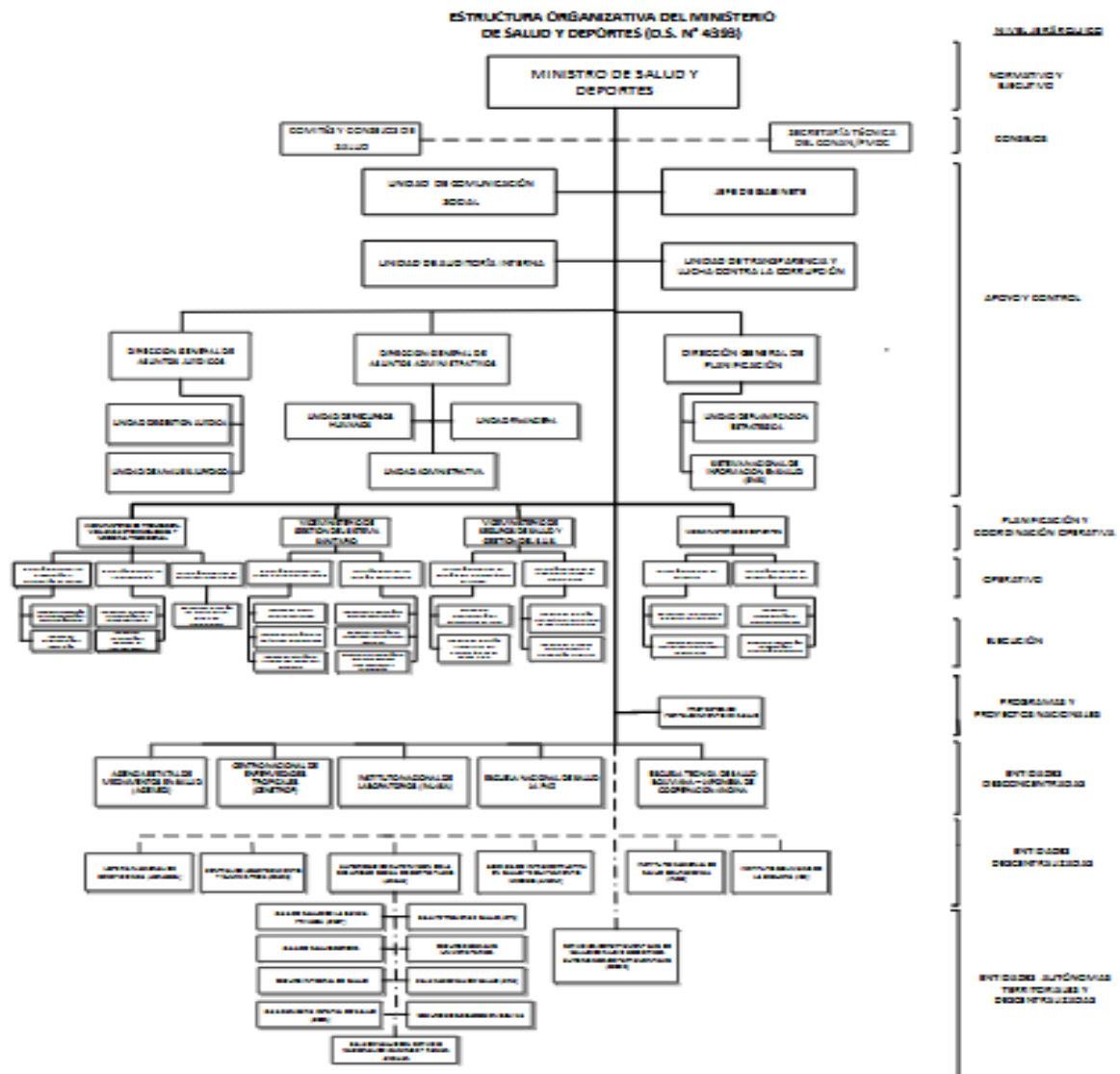


図9 保健・スポーツ省組織図³⁶

保健・スポーツ大臣の下、実施部門としてプロモーション・疫学サーバランス・伝統医学次官室（Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional）、保

³⁵ <https://bolivia.infoleyes.com/norma/5672/ley-de-institutos-de-cuarto-nivel-de-salud-738>

³⁶ 保健・スポーツ省組織図： <https://www.minsalud.gov.bo/images/enlacesWEB/ORGANIGRAMA-MSyD-2021.pdf>
<https://www.minsalud.gov.bo/images/enlacesWEB/ORGANIGRAMA-MINISTERIO-DE-SALUD.pdf>

健システム管理次官室 (Viceministerio de Gestión del Sistema Sanitario)、健康保険・統一保健システム管理次官室 (Viceministerio de Seguros de Salud y Gestión del SUS)、スポーツ次官室 (Viceministerio de Deportes) がある。

プロモーション・疫学サーベランス・伝統医学次官室の下には、健康促進・予防総局 (Dirección General de Promoción y Prevención de Salud)、疫学総局 (Dirección General de Epidemiología) と伝統医学総局 (Dirección General de Medicina Tradicional) があり、保健システム管理次官室 (Viceministerio de Gestión del Sistema Sanitario) の下には、保健ネットワーク・サービス総局 (Dirección General de Redes y Servicios de Salud) と病院管理総局 (Dirección General de Gestión Hospitalaria) がある。

健康保険・統一保健システム管理次官室 (Viceministerio de Seguros de Salud y Gestión del SUS) の下には、統一保健システム総局 (Dirección General de Gestión del Sistema Único de Salud) と短期健康保険総局 (Dirección General de Seguros de Salud de Corto Plazo) があり、スポーツ次官室 (Viceministerio de Deportes) の下には、スポーツ総局 (Dirección General de Deportes) とスポーツ育成総局 (Dirección General de Formación Deportiva) が位置する。

2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況

ボリビアにおいて、人口保健調査 (EDSA³⁷) は約 5 年毎に実施されており、最新のデータは 2016 年に実施、2017 年に公表されている。

一方で、保健医療に係る全てのデータは、保健省の SNIS-VE (Sistema Nacional de Información en Salud- Vigilancia Epidemiológica : 保健情報システム-疫学サーベランス) に収集されている。また、CAI (Comité de Análisis de Información³⁸ : 情報分析委員会) は医療施設レベル (毎月)、市レベル (3 か月毎)、保健ネットワークレベル (3 か月毎)、県レベル (年 2 回)、国レベル (年 1 回) で実施され、住民参加の下、保健以外の分野も参加して保健情報及び保健の社会決定要因に関する分析を行い、改善に向けた具体的な計画立案を行っている。2016 年から保健省は、SNIS-VE に代わる SUIS³⁹ (統一保健情報システム) の導入の検討を始め、このシステムを利用して行われる保健情報の自動処理により、より適切で適時の保健状況の把握を目指している。2016 年 11 月に保健省の計画局、SNIS-VE、9 県の県保健局が参加しシステムについての評価が行われ、システム自体の再編が提案された。しかし、2021 年 8 月現在でその後の進捗は認められていない。

現在公的医療施設で使用されている、保健省が整備した診療情報及び運営管理情報システムは以下の通りである。

³⁷ 人口保健調査 : <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/EDSA-2016.pdf>

³⁸ 情報分析委員会 : <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/18-guias>

³⁹ 統一保健情報システム : <https://www.minsalud.gob.bo/1788-sistema-unico-de-informacion-en-salud-fue-socializado-y-validado-para-su-implementacion>

表 4 保健省が整備した保健医療情報システム内容

| 保健省 | 三次医療施設・ 専門病院 | 二次医療施設 | 一次医療施設 | 機能 |
|--|--|--------|--|----------------|
| SICOFS: Sistema de Control Financiero de Salud (保健財務管理シス テム) | SIAF: Sistema Integrado de Administración Financiera (包括的財務管 理システム) | SIAF | SALMI: Sistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (医薬品及び消耗 品のロジスティッ ク管理システム) | 財務管理システム |
| SNIS: Sistema Nacional de Información en Salud (国家保健情報シス テム) | SNIS | SNIS | | 国家保健情報システ ム |
| SICE: Sistema Integrado Clínico Estadístico (包括的臨床統計シ ステム) | SICE | SICE | SOAPS: Softwear de Atención Primaria en Salud (プライマリーヘル スケアソフト) | 診療情報システム |

*注：これらのシステムの導入は推奨されてはいるが、地方政府には地方分権・自治法により自治権が存在するため、その導入レベルにはばらつきがある。

保健省は、全国の医療施設における診療及び財務管理情報の収集を、迅速に行いモニタリングを継続的に行う目的で情報システムの整備を試みた。しかし、実際に活用されているのは、保健省と同省管轄の専門病院、州政府管轄の三次医療施設のみで、市政府が管轄する一次及び二次医療施設では各自自治体の意向で使用が決められ、特に反政府政権の大都市では使用されておらず、独自のシステムが導入されているとの報告が保健省健康保険・統一保健システム管理次官室下の SUS 担当者よりあった。また、同担当者の報告では健康保険・統一保健システム管理局には保健医療モニタリング職員は 5 名で、保健のモニタリングができる所員は限られており、全国の情報を精査できる状況ではないとのことである。これらのコメントから、SUS システムの管理体制においても適切な環境は整備されていないと料する。

PAHO 関係者の情報では、現在保健省は SUIIS (統一保健情報システム) の導入のみならず、保健のデジタル化 (Salud digital) の計画も進めているとのことであった。しかしながら、各種情報システムを作成し、使用のために法制化したとしても、具現化のためのパイロット事業を経て十分検証した後、各県保健局、市町村との調整、担当者の研修、更に現場での導入のための技術的支援を実施するというプロセスを考慮しなければ、全国規模での導入は難しい。

また、WHO の STEPS 調査手法を用いり、2019 年に PAHO が第 1 回 NCDs のリスク要因に関する調査や若者に対する喫煙に関する聞き取り調査も実施している。2020 年はコロナ

禍の状況下であったため、リスク要因のフォローアップ調査は電話での聞き取り調査というかたちで全国的に実施された。なお、2021年においても電話での実施が予定されている。その他のモニタリング調査である DHS は約 5 年毎、LSMS は毎年実施されている。

2.5 保健医療サービスの供給体制

ボリビアにおける医療施設は、各市町村には住民の健康を支える一次及び二次医療施設があり、両施設とも市政府管轄の下である。一次医療施設の保健センターでは、外来診療、普通分娩と簡易な手術以外は対応できないため、入院や手術が必要な患者は外科、内科、小児科、産婦人科という基本的な 4 診療科を有する二次医療施設に紹介される。そこで対応できない重症患者は循環器、呼吸器、脳神経、内分泌などのサブスペシャリティ領域の専門医を有する三次医療施設が対応する。三次医療施設は各州政府の管轄下にある。通常、四次医療施設という階層は使われないが、ボリビアではがんセンター、循環器センターなどの高度医療施設を四次と呼んでおり、保健省直轄となっている。その他、様々な専門研究所や血液銀行なども存在している。

医療施設の配置数⁴⁰は、特殊センター（血液銀行）が 72、一次医療施設である保健ポストが 1,204 と保健センターが 2,525、二次医療施設の病院 250、三次医療施設の総合病院 50、検査等の専門研究所 32、計 4,133（2020 年）となっている。四次医療施設は現在建設中或いは計画段階であり、未だ存在していない。

ボリビアの保健医療従事者数⁴¹（民間は含まず）は、2015 年時点で、医師 8,676 名（一般医 5,916 名、専門医 2,760 名）、歯科医 1,562 名、正看護師 4,259 名、准看護師 8,818 名となっている。医師においては、人口 1 万人当たり 8.01、同じく歯科医師は 1.44、正看護師は医師 10 人に対し 4.91、准看護師では医師 1 人に対し 1.00 となっている。

2009 年の WHO の世界保健統計⁴²によれば、世界レベルで医師の数は人口 1 万当たり平均 13 であり、地域により大きくばらつきがある。看護職と助産職は同じく人口 1 万当たり平均 28 となっている。WHO によれば、保健医療従事者の適正数は決められていないが、人口 1 万当たり 23 名以下（医師、看護職、助産職）であれば十分でない可能性があるとしている。ボリビアの場合、看護職の統計データの算出方法が国際基準と異なるため、その充足度に関する評価は難しい。しかしながら公的セクターにおける 2011 年と 2015 年の比較データでは、医師は人口 1 万人当たり 2011 年 4.49、2015 年 8.01 であり、同じく歯科医師は 1.06 から 1.44 に、医師 10 人に対し正看護師は 4.91 から 5.90 に、准看護師は医師 1 人に対し 1.00 から 1.54 に増えている。実数比較では、医師は 1.82 倍、歯科医は 1.38 倍、看護師は 1.51 倍、准看護師は 1.19 倍となっており、徐々に医療従事者の数は増えている。

医療従事者の配置計画はないが、現在コロナ禍において医療従事者の需要は高まっており、県レベル、市レベルで公務員給ではないものの、臨時採用が行われている。しかし、四

⁴⁰ 保健医療施設数：<https://www.ine.gob.bo/index.php/registros-administrativos-salud/>

⁴¹ 保健医療従事者数：<https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/5-anuarios>

⁴² 世界保健統計：https://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table6.pdf

次を含む新たに建設予定の医療施設の人材確保について不透明な部分があり、建設が進む中でその施設の機能性も非常に懸念されている。

医療専門職の教育に関しては、医師になるためには、大学医学部で6年間の教育（最終年はインターンとして病院実習）で一般医の資格を取得、さらに専門医になるためには、専門に応じて研修医として3～5年の実践を積み、研究論文の発表が必須条件となっている。特殊専門医となるためには、専門性に応じて2～3年の病院実習期間と論文の提出が必須となる。

また、正看護師になるためには、大学看護学部で5年間の教育が必要である。准看護師に関しては、2012年に保健省から「中等技術者としての2年間の教育カリキュラム⁴³」が出され、この内容を履修することが義務付けられている。なお、助産師に関しては、いくつかの大学で看護・助産学部が設置され、専門的な助産師の育成が始められている。また、農村部では伝統産婆がお産に関わることも多く、研修を受講したうえで分娩介助を行えば、技能を備えた医療サービスの提供者として認められる⁴⁴。

2.6 主要保健医療サービスの利用状況

2015年のSNIS-VEの報告によれば、予防接種拡大プログラムでは、BCG接種率98.72%、第3回目の5種混合接種率88.41%、ポリオ接種率88.10%、麻疹接種率94.38%、5歳未満児の成長発達検診の受診率74.01%である。また施設分娩の実施率は（保健医療従事者及び技能を備えた伝統産婆による自宅分娩介助も含む）87.51%、4回妊婦健診実施率74.75%である。

2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況

ボリビア多民族国の「愛国アジェンダ 2025」を実現するために作成された「社会経済開発計画 2016-2020 (PDES)」では、これまでの保健の課題とされていた母子保健、感染症対策のみならず、非感染症疾患の症例及び死亡を削減する対策も含まれている。また、栄養の課題では、従来の母子の栄養改善に加え、非感染症疾患に影響を及ぼす栄養過多の削減も目標に挙げられ、疾病構造の変化に合わせた対策を講じている（1.3 国家開発計画 表1を参照）。このような国家開発計画の中で統一保健システム (SUS) が計画され、そのサービスの提供を具現化するための施設整備計画も作成された。「Plan de Hospitales para Bolivia⁴⁵ (ボリビア病院計画)」では、当初49の保健機関と病院の建設・拡張・機材整備に17億ドルが投入される予定であり、四次医療施設の整備、三次・二次・一次医療施設などの建設及び拡張、さらに人材確保のための公務員枠の拡大及び研修センターの整備などが計画されている。四次医療施設は、消化器センター (ラパス)、循環器センター (タリハ)、がんセンター (コチャバンバ)、腎臓・脳神経外科センター (サンタクルス) を含む。これらのセンター

⁴³ 准看護師の教育カリキュラム：<https://www.yumpu.com/es/document/read/14487884/disenio-curricular-base-de-l-tecnico-medio-de-enfermeria>

⁴⁴ 伝統医、伝統産婆等の保健医療施設への包摂：<https://www.minsalud.gob.bo/2765-bolivia-parteras-guias->

⁴⁵ ボリビア病院計画：<https://www.minsalud.gob.bo/3388-conozca-plan-hospitales>

では、臓器移植、関節の置換術、火傷などの重症熱傷の管理等も実施される予定であり、特に消化器センターは、ボリビア国内だけでなく、南米のレファラルセンターになることを目標としている。

日本の無償資金協力で建設され、長年技術協力が行われてきたラパスの日本・ボリビア消化器疾患研究センター（IGJB）では、毎年国際消化器疾患セミナーや研修が実施され、今後建設予定のラパス消化器センターのための人材育成に大いに貢献するものとなる。

SDGs（Sustainable Development Goals：持続可能な開発目標）の保健医療分野に係る第3の目標である「あらゆる年齢のすべての人の健康的な生活を確保し福祉を促進する」⁴⁶の中のターゲット3.8は「全ての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成する」である。本ターゲットには2つの指標が設定され、そのグローバル指標の一つが3.8.1「必要不可欠な保健サービスによってカバーされる対象人口の割合」であり、UHC サービスカバレッジインデックスとして示される。WHO の2019年モニタリング報告書⁴⁷によれば、ボリビアのこの指標は2017年に68.3（2015年64.4）であり改善が認められると同時に、これは全世界の平均値66より高い。しかし、ボリビアは世界銀行の所得分類で中所得国のグループに入っており、この数値は中所得国全体の平均値67と比較すると多少高い数値であることがわかる。なお、日本のサービスカバレッジインデックスは、同年で83.1（2015年79.9）である。

2.8 医薬品調達・供給

JICAが無償資金協力で建設したCEASS⁴⁸（医薬品供給センター：Centro de Abastecimiento y Suministros de Salud）は、国民の保健への権利の行使に貢献するために、必須医薬品及び医療消耗品を公的医療施設及び社会保障制度の病院への供給を行う、保健省管轄下の独立機関である。

民間薬局では、処方箋薬を含むすべての薬剤が販売されている。

CEASSでは保健省がWHOの必須医薬品モデルリストを基に定めた公的医療機関が使用する薬剤規定に沿って、診療に使用する薬剤を揃えている。必須医薬品が主であるが、承認された診療プロトコルに沿ってそれ以外の薬剤も定められている。SUSの薬剤も同リストを基に作成されているが、治療内容によりSUSの適用にならない薬剤もある。

ボリビアでは公的医療施設の周りには多数の薬局が存在している。本来、すべての患者は保険診療を受け、治療の薬剤は医療施設から無料で支給されるため院外の薬局は経営が成り立たないはずである。しかし、それでも経営が成り立つ理由として以下が考えられる。

⁴⁶ 外務省 JAPAN SDGs Action Platform:

<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/goal3.html>

⁴⁷ Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 MONITORING REPORT: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf
P.134, ANNEX 2.3 Universal health care indicators (service coverage and financial protection) by country most recent year available

⁴⁸ 医薬品供給センター：<http://www.ceass.gob.bo/>

1) 院外薬局の利点

◆院外薬局は価格が安い。

- 使用期間：公的医療機関では、病院薬剤規定により使用期間が3年以上のものでないと購入できないという規定があるが、民間病院は適用外で、半年程度と使用期間が短くなった薬品を購入できるため価格が安い。
- 値引き：大量購入による値引きは、通常値引き分を薬品で補うが、領収書には割引分で受けた薬剤の記載がない。よって公的機関では会計上の問題が生じるために、割引が利かないことが多い。

2) 病院薬局で患者が購入しない・できないケース

- ① SUS 登録していない患者がまだ少なからずおり、薬剤がもらえず院外の薬局で安い薬を購入するケース。
- ② SUS での病院受診には、まず保健センターからの紹介状が必要となるが、保健センターの診療を信頼していない、或いは受診までに時間がかかるなどの理由から、自費にて直接病院で受診し、院外の薬局で購入するケース
- ③ 処方箋は、規定により一般名（ジェネリック名）で出される決まりだが、医師が商品名で処方するケースがあり、保険患者であっても薬を提供できず、患者負担により院外で購入となるケース。
- ④ 薬剤の在庫切れのケース

三次医療施設では SIAF（財務管理システム）の薬剤管理システムで薬剤販売と在庫が連動しているために在庫管理が格段に向上したが、二次医療施設の中にはパソコン管理台帳への入力による管理を行っているところが未だ多く、在庫を適切に把握できていない。

また、資金の問題で薬剤を購入できないことから基本的な薬剤の在庫が切れている場合や SUS の支払いが遅延し購入できないケースもしばしばある。

2.9 ドナーの支援実績（案件名、スキーム、協力額、協力機関・完成年の一覧）

ボリビアではドナー連携枠組み（Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia：GruS）が存在し、保健サブグループが設置され、国連の他、米州開発銀行（IDB）、世界銀行、日本、ドイツ、フランス、韓国等が参画して連携を進めている。以下に、ボリビアにおける保健医療分野の IDB、世界銀行、日本政府、韓国政府、中国政府等各ドナーの支援実績を示す。

表 5 米州開発銀行プロジェクト⁴⁹

| プロジェクト名 | 金額 (USD) 【スキーム】 |
|---|------------------|
| Integral Strengthening of the Health Services Network and the Nutrition Program in Bolivia (準備中) | 55,000,000 【有償】 |
| Support for the Development and Modernization of Human Resources for Health policies in Bolivia within the Framework of the Program to Improve Accessibility to Maternal and Neonatal Health Services (実施中) (2021年7月署名) | 500,000 【技協】 |
| Support Program for Activities on Pre-Investment of Health Facilities and the Design of a Model for the Management and Maintenance of Hospital Assets (実施中) (2020年7月署名) | 250,000 【技協】 |
| Support for the Preparation and Initial Execution of the Project for the Integral Strengthening of the Health Services Networks and the Multisectorial Food and Nutrition Program (実施中) (2019年11月署名) | 250,000 【技協】 |
| Support for the Implementation of the Program to Improve Accessibility to Maternal Health Services in Bolivia (実施中) (2019年8月署名) | 456,062 【技協】 |
| Program to improve accessibility to maternal and Neonatal health services in Bolivia (実施中) (2018年12月署名) | 275,000,000 【有償】 |
| Support for a New Operation to Improve Accessibility to Health Services to Reduce Maternal Mortality in Bolivia (実施中) (2018年7月署名) | 402,000 【技協】 |
| Support for the Organizational Development of the Agency for Health Infrastructure and Medical Equipment (AISEM, According Spanish acronym) and the Design of an Investment Model for Projects in Network Health Services Infrastructures (実施中) (2018年7月署名) | 300,000 【技協】 |
| Support to the Ministry of Health of Bolivia in the Development of the Plan for Accelerated Reduction of Maternal and Neonatal Mortality (終了) (2017年7月署名) | 250,000 【技協】 |
| Support the implementation of a new hospital management model (実施中) (2017年6月署名) | 250,000 【技協】 |
| Support to the Ministry of Health in strengthening the healthcare model at the primary level of the health system (実施中) (2017年6月署名) | 250,000 【技協】 |
| Support for the Adaptation of Third Level Hospitals to the New National Standard of Characterization (終了) (2016年11月署名) | 350,000 【技協】 |
| Support to the Ministry of Health to Build a Unique System of Health Information (SUIS) (終了) (2016年11月署名) | 350,000 【技協】 |
| Effectiveness of community interventions to reduce infant malnutrition (終了) (2016年4月署名) | 200,000 【技協】 |
| Technical Assistance for Hospital Management and Human Resources Policies (終了) (2014年10月署名) | 500,000 【技協】 |
| Health Microinsurance in Bolivia (終了) (2014年7月署名) | 900,000 【技協】 |
| Improved Access to Health Services El Alto Bolivia (実施中) (2014年3月署名) | 43,000,000 【有償】 |
| Preparation and initial execution of the Program to Support the PEEP - Phase II (終了) (2014年2月署名) | 300,000 【技協】 |
| Support for the Design of Hospital Sur El Alto in Bolivia (終了) (2013年12月署名) | 200,966 【技協】 |
| Improving Child Nutrition Services in Bolivia (終了) (2013年4月署名) | 500,000 【技協】 |
| Improved access to health services in Bolivia (実施中) (2013年2月署名) | 35,000,000 【有償】 |
| Support for Improving Access to Hospital Services in El Alto (終了) (2012年10月署名) | 350,000 【技協】 |
| Project to Support Improved Access to Health Service in Bolivia (終了) (2012年5月署名) | 350,000 【技協】 |
| Strengthening Health management and promotion in Potosi (終了) (2011年12月署名) | 500,000 【技協】 |

⁴⁹ IDB プロジェクト : <https://www.iadb.org/en/projects-search?country=BO§or=SA&status=&query=>

| プロジェクト名 | 金額 (USD) 【スキーム】 |
|---|-----------------|
| Strengthening of Integrated Health Networks in the Department of Potosi (実施中) (2011年11月署名) | 35,000,000 【有償】 |
| Support for the Strengthening Integrated Health Networks in Potosi Bolivia (終了) (2011年6月署名) | 200,000 【技協】 |
| Nutritional Status Improvement for Children at El Alto (終了) (2008年3月署名) | 150,000 【技協】 |
| PPF:BO0115 Bolivian Epidem. Shield Health (終了) (1999年3月署名) | 1,300,000 【技協】 |
| Epidemiological Shield and Sector Reform (終了) (1999年3月署名) | 45,000,000 【有償】 |
| PPF: BO130 PPF:BO0130 Rural Early Childhood Development Prog. (終了) (1996年2月署名) | 900,000 【有償】 |
| Health Services Program (終了) (1991年6月署名) | 33,900,000 【有償】 |
| Strengthening for Health Sector (終了) (1991年6月署名) | 4,950,000 【技協】 |

現在ボリビア政府は、国家病院計画に沿って55の新規病院建設を計画しており、その中でIDBの融資は以下の15か所である。

ラパス県：Hospital del Norte (開院済み、三次)、Hospital de tercer nivel El Alto Sur (開院済み、三次)、Hospital Pediátrico Materno Infantil de El Alto (三次)、Hospital Palo Blanco (二次)、Hospital Ixiamas (二次)

ポトシ県：Hospital de Potosí (三次) Hospital de Llallagua (二次)、Hospital de Ocurí (二次)、Hospital de Tupiza (二次)、Hospital de Villazón (二次)

サンタクルス県：Hospital de El Torno (二次)、Hospital de Camiri (二次)、Hospital de Puerto Suárez (二次)

チュキサカ県：Hospital de Monteagudo (二次)

ベニ県：Hospital de San Borja (二次)

世界銀行がこれまでボリビアで実施してきたプロジェクトの一覧は以下の通りである。

表 6 世界銀行のプロジェクト⁵⁰

| プロジェクト名 | 金額 (million USD) 【スキーム】 | 終了年 |
|---|-------------------------|------|
| Expanding Access to Reduce Health Inequities Project (APL III)- Former Health Sector Reform- Third Phase (ALP III) (終了) | 24.50 【有償】 | 2015 |
| Health Sector Reform Project-Second Phase (終了) | 62.00 【有償】 | 2008 |
| Health Sector Reform Project (終了) | 25.00 【有償】 | 2003 |
| Integrates Health Development Project (終了) | 38.60 【有償】 | 1998 |

現在実施されている世界銀行のプロジェクトは、Health Service Delivery Network Project⁵¹

⁵⁰ 世界銀行のプロジェクト：<https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/projects-list?qterm=Bolivia>

⁵¹ 保健医療サービス提供プロジェクト：<https://documents1.worldbank.org/curated/en/299691529206266540/pdf/Bolivia-PAD-05252018.pdf>

(保健医療サービス提供ネットワークプロジェクト)であり、期間は2018年から2023年7月末とされ、予算規模は3億米ドルであった。そのコンポーネントは、1) 保健医療サービス提供ネットワーク強化、2) 保健医療サービス提供の質の向上と人材能力開発、3) プロジェクト管理である。対象となる10の保健ネットワークの一次・二次・三次医療施設のインフラ改善及び機材整備、情報・研修プログラムによる人材強化、臨床ケア規程の改善及び更新、疫学サーベランスプログラムも含まれる。PAHO ボリビア事務所の保健サービス・システムアドバイザーからの情報では、コロナ禍での緊急対策として開発企画省の提案により3億ドルから1.7億ドルを機材(特にICU用の機材整備)、人材雇用費、薬剤・医療消耗品費として流用したため運用計画の変更を余儀なくされ、現在も3回目の計画変更を保健省と討議中とのことであった。

前述のGruSの2017年9月発行のニュースレター⁵²によれば、ドイツの協力機関が自治次官室、保健省、該当する県保健局(SEDES)と共に、AIRAD(Programa de Apoyo a la Implementación del Regimen Autonómico y Descentralización: 自治・地方分権体制実施支援プログラム)の枠組みにおいて、保健における地方分権型で調整された管理条件の改善を目的に、チュキサカ県、コチャバンバ県、パンド県の県政府及び市政府への支援を実施している。プロセス成果は以下の通りである。

- 該当3県政府が5年の保健計画を作成。
- パンド県の3つの保健ネットワーク診断と、適切なレファラル・カウンターレファラルシステムの実施により、問題解決能力を向上させる活動を展開。チュキサカ県、コチャバンバ県でも同様の活動が実施されるよう提案。
- 保健省、県政府、PAHOと協働で、一次・二次・三次医療施設の薬剤及び消耗品管理の適正化の活動の実施。
- 思春期妊娠予防プログラムの設計と実施。
- 疾病予防のための保健教育と社会動員のための教材の作成。
- 保健の参加型管理の枠組みで、規程を遵守したGLS(Gestión Local de Salud: 地域保健管理)、CSM及びCSD(Consejos Sociales Municipales y Departamentales de Salud: 保健の市及び県社会審議会)の結成支援の実施。

なお、PHRD等の日本信託基金、並びにOECDの協力はない。

KOICAの支援に関しては、2017年にオルロに三次医療施設であるオルロ・コレア病院を建設した。外科・小児科・麻酔科・産婦人科・内科が配置されており、主に母子保健の改善に貢献している。また、「ボリビア国高地高原地域におけるQOLと健康状態改善プロジェクト⁵³」を2019年から2022年まで実施している。これはPAHOの技術支援を得て、UHCと保健サービスへのアクセス改善のための不平等性を削減するものである。しかし2020年5

⁵² GruS ニュースレター : <http://grus.org.bo/wp-content/uploads/2016/01/Boletin-Salud-GRUS-AICS.pdf>

⁵³ PAHO : <https://www.paho.org/es/proyecto-cooperacion-koica-estado-boliviano>

月、そのプロジェクト予算から 50 万ドルをボリビア政府のコロナ対策予算として振り分けることを決定した。

中国は今回のコロナ禍で、マスク、移動式病院（Hospital móvil de campaña）、コロナ予防接種、人工呼吸器、コロナ簡易検査キット等、様々な保健医療消耗品の供与を行っている⁵⁴。この移動式軍病院は、一次救急、手術、レントゲンによる診断、臨床検査室、滅菌消毒室、自家発電機、酸素発生器、酸素テントを備えている。

日本政府⁵⁵の対ボリビア支援に関しては、保健医療分野における 2019 年度までの技術協力の累計支援額は 10,831 百万円に上り、無償資金協力の累計支援総額は 15,380 百万円である。また、社会福祉分野においても、技術協力で 2019 年度までの累計総額は 740 百万円規模で、無償資金協力では総額 450 百万円の支援を実施している。2020 年 3 月には、供与額 5 億円の無償資金協力「経済社会開発計画」（医療機材供与）に関する書簡の交換が行われた。⁵⁶

ボリビアに対する援助の基本方針（大目標）は、貧困削減を通じた持続的経済成長の実現に向けた協力となっている。南米の最貧国であり、国内の所得格差も大きいボリビアにおいて、日本は同国の経済社会開発計画に沿って、経済社会基盤の整備及び生産分野の多様化を支援し、国民 1 人 1 人の生活の質の向上に貢献する社会サービスの拡充に協力する姿勢を見せている。重点分野（中目標）では、経済基盤の整備及び生産分野の多様化と均衡のとれた経済成長、そして環境問題及び災害への取組となっている。

さらにボリビアには、120 年近くの歴史を有する約 1 万 4 千人の日系人がいるため、日系社会と連携した開発協力の推進が必要であり、保健医療分野においては日系診療所や日系医師との連携、高齢者福祉支援等が進められている。

日本政府によりここ 20 年に実施された保健分野における支援は、以下の通りである^{57,58,59}。

表 7 日本政府による保健分野における支援

| 案件名 | 事業形態 | 期間/締結年月 | 協力期間 |
|---------------------------|------|------------------------------|-------------------------|
| サンタクルス県地域保健ネットワーク強化プロジェクト | 技術協力 | | 2001 年 11 月～2006 年 10 月 |
| コチャバンバ母子医療システム強化計画 | 無償 | 交換公文 (E/N): 2002 年 6 月 | |

⁵⁴ 保健省広報： <https://www.minsalud.gob.bo/4967-china-apunta-a-fortalecer-la-cooperacion-a-bolivia-en-la-lucha-contra-la-covid-19>

⁵⁵ JICA 事業実績： <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

⁵⁶ 外務省報道発表： https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press4_008310.html

⁵⁷ ODA 協力： [https://www2.jica.go.jp/ja/oda/index.php?anken=&area1=中南米&country1=ボリビア&area2=&country2=&area3=&country3=&field1=&field2=&field3=&grant_aid\[0\]=無償資金協力&start_from=&start_to=&search=&p=1](https://www2.jica.go.jp/ja/oda/index.php?anken=&area1=中南米&country1=ボリビア&area2=&country2=&area3=&country3=&field1=&field2=&field3=&grant_aid[0]=無償資金協力&start_from=&start_to=&search=&p=1)

⁵⁸ ODA 技術協力： https://www2.jica.go.jp/ja/oda/index.php?anken=&area1=%E4%B8%AD%E5%8D%97%E7%B1%B3&country1=%E3%83%9C%E3%83%AA%E3%83%93%E3%82%A2&area2=&country2=&area3=&country3=&field1=&field2=&field3=&tech_ga%5B%5D=%E6%8A%80%E8%A1%93%E5%8D%94%E5%8A%9B&start_from=&start_to=&search=%E6%A4%9C%E7%B4%A2

⁵⁹ 事業展開計画： <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000072599.pdf>

| | | | |
|--------------------------------------|---------|---------------------------|-------------------|
| ベニ県南部医療保健施設改善計画 | 無償 | 交換公文 (E/N):2005年 8月 | |
| 医療品供給センター整備計画 | 無償 | 交換公文 (E/N):2006年 8月 | |
| ラパス県農村部母子保健に焦点を当てた地域保健ネットワーク強化プロジェクト | 技術協力 | | 2010年8月～2014年8月 |
| ポトシ県母子保健ネットワーク強化プロジェクト | 技術協力 | | 2013年6月～2017年6月 |
| オルロ県母子保健ネットワーク強化プロジェクト | 技術協力 | | 2016年2月～2020年2月 |
| 医療技術者養成システム強化プロジェクト | 技術協力 | | 2017年5月～2021年5月 |
| 消化器疾患診断・治療フェーズ2 | 第三国研修 | | 2015年10月～2018年10月 |
| 消化器疾患診断・治療フェーズ3 | 第三国研修 | | 2019年度～2022年度 |
| 保健・医療に関連したボランティア派遣 | JOCV/SV | | 2013年度以前～2020年度 |
| 保健・医療に関連した課題別研修等 | 課題別研修等 | | 2013年度以前～2019年度 |
| 小児栄養サービス強化計画 | マルチ | | 2013年度以前～2019年度 |
| 保健・医療分野に関連した草の根・人間の安全保障無償資金協力 | 草の根無償 | | 2013年度以前～2019年度 |

2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ

UHC 達成に向けた優先的な課題は、如何に一次・二次・三次医療施設の機能改善を図り、保健医療従事者の能力を向上させ、UHC の目的である「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる⁶⁰⁾」ようにしていくのかという点である。この観点から、UHC 達成に向けたボリビアの保健医療セクター全体の課題は以下が考えられる。

1) SUS が適切に機能するための保健医療サービス上の基本的な課題

UHC の推進に向けて SUS の国民登録が進められている段階ではあるが、実際、登録者数は伸び悩みつつある。その要因の1つとして、SUS に関する啓発活動や広報が進まず、SUS を一番必要とする貧困層の住民に情報が届いていないことが挙げられる。また中所得者層以上の住民においては、公的保健システムへの信頼性の欠如が登録を阻んでいる。SUS 診療にはまず一次医療施設での受診が必須であるが、特に都市部の住民には専門性のない一般医のみが常勤する一次医療施設の診療レベルを疑問視する者も多い。また一次医療施設の多くが12時間体制であり、時間的にアクセスが困難であるという面もある。都市部には NGO が経営するクリニックも存在し、安価で専門医の診察及び治療が受けられることなどが、登録者を阻む理由とも考えられる。すべての国民が SUS により基本的な医療サービスを楽しむには、まず一次医療施設を中心とする地域保健強化と住民が利用しやすい体制の整備が必要不可欠である。SUS の診療報酬支払は三次医療施設の場合、4か月ごとの事

⁶⁰⁾ <https://www.jica.go.jp/aboutoda/sdgs/UHC.html>

前払いとなっているが、ラパスの複合病院の事例のように、支払いに遅延が生じ、必要な医療消耗品の購入が困難となり、患者が診療を受けられなくなる事態も発生している。また、薬剤管理の不備により SUS での診療用薬剤を患者に渡せないことも頻発しているようである。このような事態の対策は急務であり、それと並行し SUS の啓発活動を推進することが求められる。

2) SUS の入り口である一次医療施設を核とした地域診療体制の課題

① 一次医療施設を核とする地域保健医療体制

ボリビアの保健政策では、一次医療施設は住民と保健医療をつなぐ入口とされている。SNIS-VE によれば、2020 年時点の民間を除いた全保健医療施設数は 4,133 で、その内訳は一次医療施設が 3,729、二次医療施設が 250、三次医療施設が 50、その他検査、リハビリ施設などが 104 である。一次医療施設数の内、1,204 がヘルスポストと称される准看護師 1 人のみが勤務する施設で、医療の問題解決能力は非常に限られている。今後も保健センター増設は急務であるが、ヘルスポストへの診療支援体制も考慮し、地域医療の観点から地域病院も含めた総合的な診療体制の整備が求められる。

② 診療を支える管理体制

UHC 達成のための医療サービス供給体制の確保には、インフラ整備、資機材、人材が必要となるが、サービス供給体制を支える組織の運営管理には、医療・管理情報のデジタル化 (DX) も必要不可欠な要項である。

必要な情報を基に適時モニタリング並びに評価を行い、計画立案、予算作成、保険診療内容分析、診療モニタリング、診療費の支払い、費用分析、監督に至る一連の作業が効率に実施できる体制の構築は非常に重要である。保健省が推進しようとしている SUIS (統一保健情報システム) のほかに、疫学サーベイランス情報システム、患者医療情報システム、財務管理システムなど様々な既存システムが存在し、それらを有機的に活用するためには、システムの一元化が必要となる。そのためにはプラットフォームの統一が必要で、WHO が進めるデジタルヘルス戦力に基づき、その分野の支援を前述の PAHO が実施している。また IDB は具体的な支援を計画しており、世界銀行も保健政策支援方針の項目として挙げている。これらのことから DX 導入の重要性とその規模の大きさがうかがえる。導入の要はシステムをどのように医療施設に導入し普及していくかであり、また最大の課題であろう。

3) 保健医療サービスを提供する保健人材及び質の確保

保健省の政策では、母子保健、感染症対策、非感染症対策、栄養改善対策といった重要課題の中心に置いているのが一次医療施設である。一次医療施設ではこれらの治療、予防、住民への啓発活動を実施する。しかしながら「2.1 保健・人口の概要」で述べた通り母子保健の指標は依然高く、PAHO も適切な診療を行っていれば回避できる死亡も多いと述べてお

り、診療の質が問われている。更に NCDs 対策においては、保健省は PAHO の支援により、一次医療施設を中心に、糖尿病、脂質異常症、高血圧を含む心血管系疾患のリスク管理モデル (HEARTS) の導入を推進する計画がある。加えて子宮頸がんなどの対処も継続して行う予定である。糖尿病、脂質異常症、高血圧、子宮頸がんは本来三次医療施設の専門医が受け持つ疾患であるが、一次医療施設も治療、予防、啓発活動に加え、対象地域の村に赴くアウトリーチ活動の役割を担うことが期待される。しかしながら、これらの業務を適切に対処するには、人材の十分な確保と診療の質を向上するための人材育成が必要不可欠であり、加えて DX など活用しての二次・三次医療施設の専門医によるフォローアップは欠かせない。

更に一次医療施設で対処できない患者を紹介する二次、三次医療施設との診療連携体制の強化も地域保健の観点から必要不可欠である。妊産婦死亡の原因である出血や子癇前症などへの対処は、救急医療の領域で患者の搬送体制から患者の情報共有による一次医療施設と二次、三次医療施設の診療連携が鍵となる。また、NCDs 関連の糖尿病、脂質異常症、高血圧、子宮頸がんなどの対処においても、一次医療施設だけでなく二次、三次医療施設との連携による診療の一元化が効果的かつ効率的な診療につながる。本調査において、保健省関係者並びに PAHO、世界銀行、IDB の関係者からの聞き取り調査を通じ、国際協力機関関係者が一次医療施設の診療体制並びに医療の質の問題を訴えていた。また、一次医療施設を中心とした病院との診療連携 (レファラル・カウンターレファラシステム) の強化を、問題の多い母子保健の改善並びに NCDs 対策における重要課題として位置付けていた。それに伴い、すべてのレベルの医療従事者への教育システムも必要になるだろう。

なお、世界銀行並びに IDB 関係者からの情報では、開院された新設の三次医療施設の人員が確保できず、現在コロナ対策のため契約職員を置き診療を行っているが 2 割程度の稼働率とのことであった。ボリビアは放射線医や小児外科医などの一定の専門医が少ないため、高度医療病院が建設され最新の医療機器が整備されても人材の確保が難しく、計画当初の機能が発揮できていないことにも大きな課題となっている。

4) 一次医療施設における Mi Salud プログラムとの連携

保健政策 SAFCI における一次医療施設の役割は、治療、予防、啓発活動に加え対象地域の村に赴くヘルスプロモーション活動も含まれる。一方、Mi Salud 担当医は全国に 3,000 名配置されているが、担当地域での担当地域の住民の健康に関する組織作りと啓発活動が主となっている。現在 PAHO はこの Mi Salud 担当医を中心として研修を実施し、高血圧、糖尿病、精神疾患の診断・治療を一次医療施設で実施していくように保健省と調整中である。

3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

3.1 財政の一般情報

ボリビアの2019年国家予算⁶¹の歳入は、214,724百万ボリビアーノスであり、約30,806百万米ドルである。

また、2019年12月31日時点でのボリビア中央銀行の公的対外債務報告書⁶²によれば、中長期対外債務は11,267.6百万米ドルであり、GDPに対して27.1%となっている。これはアンデス共同体（Comunidad Andina de Naciones : CAN）により設定された50%の枠をはるかに下回るものであり、地域でブラジルに次ぎ2番目に低い水準である。また、対輸出でも7.7%であり、BM-FMI（世界銀行-国際通貨基金）の債務持続性で定める15%よりも低い値となっている。主な債務額は、対IDBが33億5,490万ドル（37%）、対CAF（ラテンアメリカ開発銀行）が25億9,930万ドル（29%）、対中国が10億4,500万ドル（12%）となっている。

ここ数年の世界経済の不振、石油価格の下落、ボリビアでの炭化水素及び鉱物の生産高の低下などにより、期待されていた歳入が得られていない。そのため、2020年の公的投資は、2019年と比べ17.5%の減少となっている。更に2021年の歳入は、新型コロナウイルスによる経済活動の回復が未だ認められない中、減少が予測される。

経済財政省によれば、2021年の国家予算は保健と教育にそれぞれ10%が確保されている。2021年の歳入は、借入（46.3%）、国営企業による収入（22.2%）、税収（18.6%）、その他の経常収益（12.2%）、資本所得（0.7%）である。また歳出は、インフラ部門に36.2%、生産部門に34.9%、社会部門に24.9%、分野間連携に4%となっている⁶³。

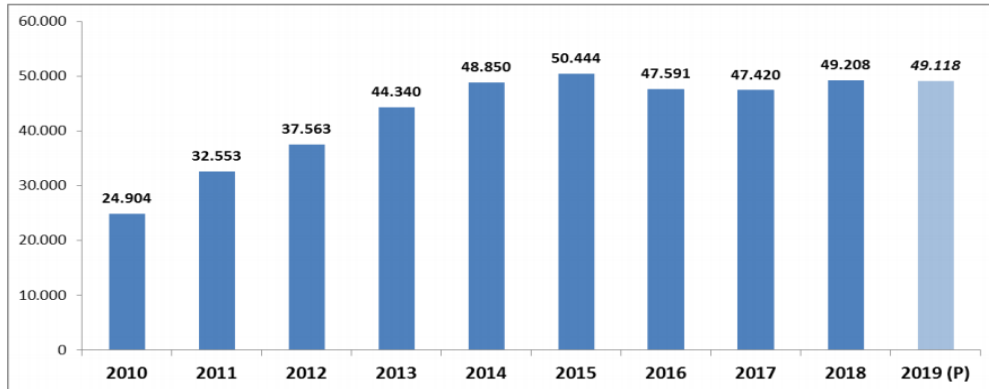
2019年までのボリビアの経済情勢を確認すると、図9と図10が示す通り2015年まで堅調に税収が伸びてきたが、それ以降は減少傾向にある。

⁶¹ https://repositorio.economiayfinanzas.gob.bo/documentos/2018/UF/Ejecucion/EJECUCION_AL_30_NOV_2019.pdf

⁶² https://www.bcb.gob.bo/webdocs/informes_deudaexterna/Informe_Anual_2019_24012020_final.pdf

⁶³ <https://repositorio.economiayfinanzas.gob.bo/documentos/2020/Comunicaci%C3%B3n/Presentaciones/PRENSA-PGE-2021.pdf>

Ingresos Tributarios 2010 – 2019 (sin IDH)
 Recaudados por el Nivel Central (S.I.N. y Aduana)
 (En millones de bolivianos)

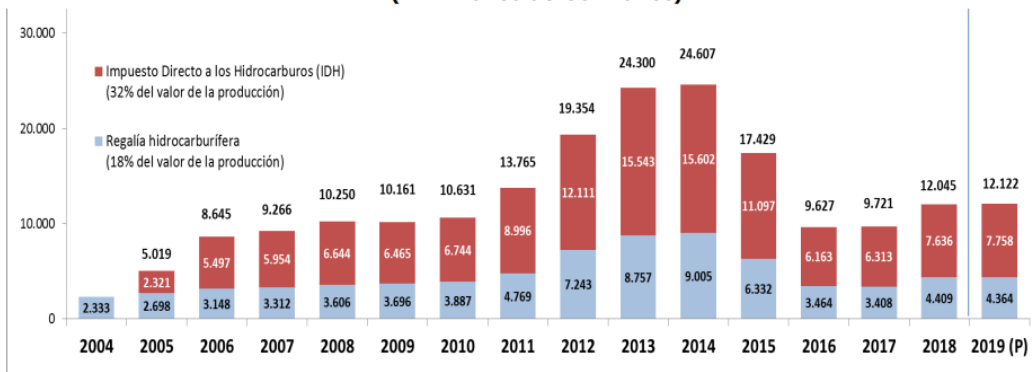


Fuente: Elaboración propia con base en 2010-2018: Memoria de la Economía Boliviana.
 2019: (P) Presupuesto General del Estado

図 10 ポリビアにおける経済情勢の推移 (1)

続いて、天然ガスによる収入である。図10が示すようにこれも国際価格の低迷により2014年から大幅に下がっている。

Renta por hidrocarburos (IDH y regalías)
 (En millones de bolivianos)



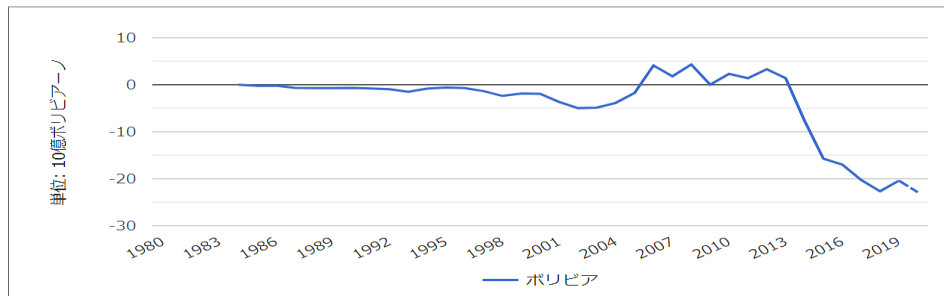
Fuente: Elaboración propia con base en datos de:
 2004 - 2018 Memoria de la Economía Boliviana MEFP
 2019 Presupuesto General del Estado (P)

図 11 ポリビアにおける経済情勢の推移 (2)

これらの経済不振は、図11の財政収支の推移が示す通り、2014年以降増大している財政赤字が原因とされる。更にこのコロナ禍により、2020年以降世界経済は未曾有の打撃を受けており、ポリビアも例外ではない。これまで原油価格の高騰を背景に、天然ガスや鉱物資源を輸出し、その収入を地方自治体への財源として配分するという政策モデルで社会保障制度をすべて賄ってきたが、今後果たして現在の医療無料化を維持できるかどうか疑問が残るところである。

ボリビアの財政収支の推移

▶ 一般政府(国・地方自治体・社会保障基金)において、歳入から歳出を差し引いたものである。



| | | | | | | | | | | |
|---|---------|---------|---------|---------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 年 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 |
| | no data | no data | no data | no data | -0.01 | -0.23 | -0.21 | -0.68 | -0.70 | -0.70 |
| 年 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
| | -0.68 | -0.80 | -0.97 | -1.49 | -0.83 | -0.59 | -0.71 | -1.37 | -2.39 | -1.85 |
| 年 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| | -1.94 | -3.67 | -4.98 | -4.88 | -3.86 | -1.73 | 4.10 | 1.79 | 4.31 | 0.02 |
| 年 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| | 2.30 | 1.38 | 3.29 | 1.39 | -7.67 | -15.74 | -16.99 | -20.28 | -22.67 | -20.41 |
| 年 | 2020 | | | | | | | | | |
| | -22.88 | | | | | | | | | |

単位：10億ボリビアノ

※ 数値はIMFによる2020年10月時点の推計

※GFS(政府財政統計マニュアル)に基づいたデータ

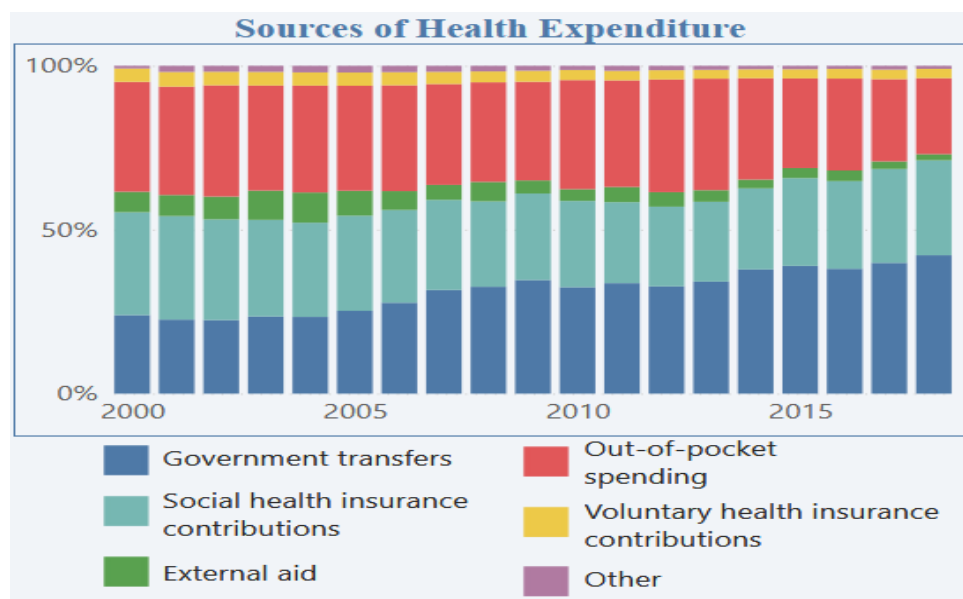
図 12 財政収支の推移

3.2 主要保健財政指標

2020年の保健省の収支報告⁶⁴によると、保健支出は2,694,771,671.32 ボリビアノスであり、約387百万米ドルである。予算執行率は63.60%である。その内訳は、運営費、保健プログラム及び投資事業である。国民1人当たりの保健に係る支出⁶⁵は223.6米ドル(2018年)となっており、2000年と比較して5倍となっている。一人当たりの保健支出のうち、政府保健支出(Government health Spending)は71.2%であり、国民自己負担(Out-of-pocket spending)は23.2%となっている。図12が示す通り、総保健支出における政府支出金は2005年の約25%から徐々に上昇傾向が認められ、2018年には41%となっている。個人負担は2014年の約30%より減少傾向が認められ、2018年には約23%となっている。一方で、社会保険料は30%前後ではほぼ一定の割合で推移している。これらにより、ボリビア政府が保健に対して予算を割り始め、健康保険制度が徐々に機能し始めているのではないかと考えられる。

⁶⁴ 保健省 2020 年収支報告 : <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=584&catid=32&m=0&Itemid=646>

⁶⁵ 国民一人当たりの保健支出 : https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/es



出典：WHO Global Health Expenditure Database

図 13 総保健支出の財源別内訳

2017年度のボリビアの国家歳出は255,537.241百万ボリビアーノスで、保健に係る支出は7.1%であった。また、2017年はGDPの4.6%が公的保健に充てられ、SUS開始の初年度である2019年には2億ドルが投入され、GDPの5.1%の投入となった⁶⁶。現在、コロナ禍で保健医療の状況はひっ迫しており、国家予算の10%を保健医療に充てることを求める社会的な動きが活発化している。よって2021年の国家予算では保健分野に国家予算の10%が確保された⁶⁷。

総保健予算の財源別内訳⁶⁸に関しては、国内財源と外部財源があり、国内財源は国庫、独自収入、短期社会保障制度(Caja)からの5%の振替、県庁からの炭化水素税の振替であり、外部財源は有償資金協力と無償資金協力を含む。

3.3 保健省予算

図13で示されている通り、ボリビアの保健予算は年々上昇しており、2005年と比較して2021年は10倍近い予算が確保され、国家予算の10%が保健分野へ割り当てられている⁶⁹。その内訳としては、防衛費4,497百万ボリビアーノス(国家予算の2%)、政府費4,679百

⁶⁶ https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2194:el-sus-en-bolivia-arrancara-con-un-presupuesto-inicial-que-esta-en-parametros-razonables&Itemid=481

⁶⁷ 保健省広報：<https://www.minsalud.gob.bo/5105-presidente-arce-y-ministro-de-salud-destacan-incremento-del-10-para-el-sector-salud-en-el-presupuesto-general-del-estado>

⁶⁸ <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=584&catid=32&m=0&Itemid=646>

⁶⁹ 国家予算：<https://repositorio.economiayfinanzas.gob.bo/documentos/2020/Comunicacion%20B3n/Presentaciones/PRENSA-PGE-2021.pdf>

万ボリビアーノス（同 2%）、保健医療費 22,216 百万ボリビアーノス（同 10%）、教育 23,770 百万ボリビアーノス（同 10%）となっている。

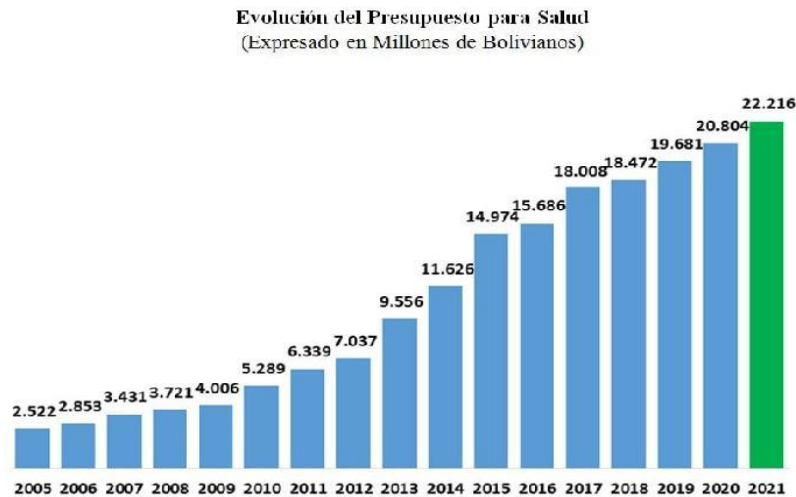


図 14 保健省予算の変遷⁷⁰

3.4 診察料

公的な一次医療施設では、保険対象者でない場合、患者は 5 ボリビアーノス (0.7 米ドル) の診察料を支払い、一般医の診察を受ける。三次医療施設の場合、診察料 45 ボリビアーノス (6.4 米ドル) で専門医の診察となる。この料金設定は、公的施設の場合、各県の県庁が料金の設定を行うため、県内で統一されている。民間の医療施設に関しては、各県の医師会が設定している料金体制に応じて決定されている。

ボリビアの最低賃金⁷¹は、2021 年 4 月に改訂となり月収 2.164 ボリビアーノス (約 31,300 円) である。ボリビアの行政上の首都であるラパス市及び第 2 の都市サンタクルス市在住のボリビア人へのヒアリングでは、SUS による診療は無料であるが、病院にない薬剤や在庫の少ない薬品、衛生材料などを購入させられることが多々あるとのことであった。薬剤は 10 ボリビアーノス程度 (約 150 円) から高額な薬剤・衛生材料になると、200 から 400 ボリビアーノス、或いはそれ以上かかる場合もある。非正規労働者率が 80%以上のボリビアでは、最低賃金以下の労働者が多いと考えられ、200 ボリビアーノス以上の医療費の負担は厳しいと言える。

3.5 医療保険制度の関連政策

2013 年 12 月 30 日発令の法令第 475 号により、5 歳未満児、妊産婦、60 歳以上の高齢者、

⁷⁰ 保健省予算変遷: <https://www.minsalud.gob.bo/5141-presupuesto-salud-historico>

⁷¹ ボリビア経済・財務書報告 <https://www.economiayfinanzas.gob.bo/el-incremento-del-2-unicamente-al-salario-minimo-nacional-es-un-esfuerzo-extraordinario-del-gobierno.html#:~:text=El%20Salario%20M%C3%ADnimo%20Nacional%20es,164>.

及び障害者に対する無料の保健医療サービスの提供が行われてきた。また、市や県レベルでも独自の条例を発令し、5歳以上59歳未満の住民に対する保健医療の提供が模索されてきた。例えばサンタクルス市では、2016年7月25日に自治法第308号⁷²が発令され、一次及び二次医療施設における無料のサービス提供が謳われている（薬剤の支給は含まれていない）。法令第1152号⁷³は、統一保健システム（SUS）の実施に向け、無料で普遍的な保健ケアを行うために、上記の第475号「ボリビア国の包括的保健サービスの提供」（5歳未満児、妊産婦、60歳以上の高齢者、障害者に対する無料医療サービスの提供）を改正した2018年5月28日の法令第1069号を再び改正したものである。これは短期社会保障制度でカバーされない国民に対して裨益人口を拡大し、全国民が無料の保健医療へのアクセスを目的としている。

また、法令第1152号を部分的に規制する目的で大統領令3813号⁷⁴が出され、地方自治体は2019年2月28日までに、法令第475号及び第1069号で定められた義務を果たすことが課された。それに関連して、2019年3月27日に省令0132号⁷⁵が出され、法令第1152号の事務管理・財政のための規制が定められた。また、SUSの技術ガイド⁷⁶も作成された。これには一次⁷⁷、二次⁷⁸、三次⁷⁹医療施設で行うべきサービス及び対象疾患が明記されており、NCDsに対しても対応できるように設計されている。

国民の、特に短期社会保障制度（官民の会社員）に加入できない貧困層が、無料で保健医療へのアクセスが可能になることより国民の期待は大きいですが、実際に提供されるサービスへの不安は残り、機材・薬剤・人的資源等における課題は多い。また、SUSが開始されてから間もないこと（2019年3月より開始）、医療施設がSUSによるサービスを利用者に提供しても、国からの支払いは停滞していること、コロナ禍により需要はさらに高まっていることから、未だ理想的な状態で機能しているとは言い難い。

前述したように国家予算の10%を保健分野に充当すること、また超富裕層への課税に関する法令第1357号⁸⁰が可決執行され、執行初年度の収税は2,290万ドルとなっている⁸¹ことから、金額的には25億円程度であるが、これらの財源が、今後の喫緊の課題である保健分野の強化に貢献すると考えられる。

⁷² サンタクルス市自治法第308号：<http://concejomunicipalscz.gov.bo/biblioteca-legislativa/descargar-la-ley-autonomica-municipal.php?codigo=LY-000308>

⁷³ 法令第1152号：https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/SUS/Ley_N_1152_20-02-2019.pdf

⁷⁴ 大統領令3813号：https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/SUS/D.S_N%C2%BA_3813.pdf

⁷⁵ 省令0132号：https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/SUS/Reglamento_y_RMNro132.pdf

⁷⁶ SUSにおける包括ケアのための技術ガイド：https://www.minsalud.gob.bo/images/Descarga/SUS/Instructivo_guia_completo_001_SUS_2019.pdf

⁷⁷ 一次レベルの保健サービス：<https://drive.google.com/file/d/19DfvO6WQionX-mXRu0VZE0R4GS587GQX/view>

⁷⁸ 二次レベルの保健サービス：https://drive.google.com/file/d/1bJrLKBVLKGVraynoeKgKNAVLX6hJS_9v/view

⁷⁹ 三次レベルの保健サービス：<https://drive.google.com/file/d/1gQJiFa00aQBAidb88NdBpErrmDDFX0zX/view>

⁸⁰ 法令第1357号：https://siip.produccion.gob.bo/repSIIP2/files/normativa_12345_2912202080d1.pdf

⁸¹ Latindaddの記事：<https://www.latindadd.org/2021/04/07/bolivia-recauda-us-22-9-millones-con-impuesto-a-las-grandes-fortunas/>

3.6 公的医療保障制度

ボリビアにおける公的医療保険は前述の SUS に統合され、短期社会保障制度に加入していない全国民が対象となり、2019年3月1日から執行開始となっている。これは任意登録であり、保険料の支払い義務はなく、受診料・検査及び治療に係る経費の支払いも発生しないとされている。公的保健システムに所属する全ての医療施設での受信が可能であるが、救急時以外はまず一次医療施設を受診し、必要に応じて、上位施設にレファラルされる。これにより、理論上は全疾患がカバーされることとなる。

また、統計上は公的医療保険に含まれている、公務員及び民間会社に勤務する労働者が加入する短期社会保障制度（Caja）がある。これには、Caja Nacional de Salud（ナショナル）、Caja de Salud CORDES、Caja de Salud de la Banca Privada（民間金融機関）、Caja Bancaria Estatal de Salud（公的金融機関）、Caja de Salud del Servicio Nacional de Caminos y Ramas Anexas（道路公団）、Caja Pertolera de Salud（石油公団）、Seguros Sociales Universitarios（大学社会保険）等々々なものがあり、加入者及びその家族に対して無料で診療や治療を行っている。2017年でのデータによれば、この短期社会保障制度の加入者数は400万人以上である。Caja Nacional de Salud は短期社会保障制度の中で最も加入者が多く、全ての事業主が毎月各雇用者の給与の10%を支払うことが義務となっている。ボリビアにおける健康保険の加入状況⁸²は、以下のとおりである。

表 8 ボリビア国民の健康保険加入率の推移

| ボリビア | 2011 | 2021 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 公的* | 31.97 | 30.39 | 36.23 | 31.80 | 29.91 | 33.44 | 33.41 | 35.97 | 65.34 |
| 民間 | 1.85 | 2.18 | 1.50 | 1.33 | 1.30 | 1.36 | 1.23 | 0.98 | 0.96 |
| その他 | 0.14 | 0.23 | 0.19 | 0.39 | 0.39 | 0.06 | 0.10 | - | 0.04 |
| なし | 66.04 | 67.20 | 62.08 | 68.41 | 68.41 | 65.15 | 65.26 | 63.02 | 33.66 |

（単位：パーセント）

*この公的保健には、SUS、県或いは市の健康保険、短期社会保障制度（Caja）が含まれる

出典：国家統計局の家庭調査 2011-2019

前述のように、いずれの保険にも加入していない580万人の国民（全国民の51%と推定）を対象に、SUSが2019年3月から開始された。上記の表によれば、2019年に保険未加入者が2018年の63.02%から33.66%に減少し、公的保険へ移行した。この傾向は今後も継続していくと考えられたが、2020年以降は、コロナ対策で保険加入者でなくともCOVID-19の診療は無料で受けられること、また該当する一次医療施設に出向いて登録を行わなければならないことから、登録者はあまり増加していない。そのため、今後も公的保険（SUS）の啓発を進めていく必要がある。

⁸² <https://www.ine.gov.bo/index.php/encuesta-de-hogares-seguridad-social/>

SUS の枠組みは SAFCI を基本にしており、その主軸はプライマリーヘルスケアである。

地域住民の健康を守る役割を担う一次医療施設（保健センター、保健ポスト）を地域保健システムの中心とし、二次、三次医療施設と連携し、必要な医療を提供していくシステムである。ここで重要となるのが「レファラル・カウンターレファラルシステム」である。保健省 SUS 担当課職員への聞き取り調査では、同システムが機能していないため二次・三次医療施設に不適切な患者が増え、飽和状態になっているとのことであった。SUS で診療を受けるには、緊急以外は一次医療施設で受診し、必要に応じ上位施設に紹介される流れに従う必要があり、直接病院を受診した場合は、診療費は患者の自己負担になる。しかしながら、レファラル・カウンターレファラルシステムの規程自体が現状にそぐわないものになっているため、規程の修正が行われているとのことであった。

また、SUS の診療費無料について、保健省 SUS 担当者並びに PAHO 関係者からは、SUS は無料と謳っているが、実際のところは SUS の患者からお金を徴収しているケースがあるとの報告があった。病院は、SUS 導入前は県または市から受ける運営費に加え、患者からの診療費で運営を賄っていた。しかし、SUS が導入されたことでその収入が大幅に減少したことや国からの SUS による診療費の支払い遅延などで運営を圧迫している状況から、SUS のマニュアルに記載されていない診療、検査などについて患者から診療費を徴収しているとのことであった。この問題は、SUS に対する住民の信頼を損ねる原因となるため、病院への支払い単価の適正も考慮しながら病院側に指導していく必要がある。また、国からの支払い遅延の問題に対して、三次医療施設は国から管轄部署である県に対して 4 か月ごとの前払いとなっているが、県からの支払いが停滞しているとの情報があつた。PAHO が保健省に対し、一次・二次医療施設に対しても前払い方式の適応を働きかけており、この問題がどの程度解消できるのかを注視していかなければならない。

3.7 民間医療保険の概要

ボリビアには、様々な民間医療保険が存在し、また健康保険を販売している銀行も多様化している。主な保険会社は、Nacional Seguros、BISA、Alianza Compañía de Seguros、La Boliviana Ciacruz de Seguros、Banco Economico の Mi Seguro Salud などが挙げられる。給付内容は、各プランによって違いがある。毎回の受診や検査に一定額を支払えば、その額以上の経費は保険会社が負担するもの、支払いの必要がないものなど、種類によって利用者の負担額は様々である。民間保険の加入状況は、上記の表 8 の通りである。

3.8 医療費等による家計破綻・困窮化

「2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況」に記載した SDGs の UHC 達成のためのもう一つの指標は、指標 3.8.2 「家計の支出又は所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合」であり、いわゆる経済破綻効果 (Catastrophic Health Expenditure) を測る指標である。WHO の 2019 年モニタリング報告書 によれば、経済破綻をきたす出費が家計の中で占める割合の閾値を 10%とした場合、この割合はボリビアでは 6.0%であり、日本は同

閾値で 4.4 となっている。

家計破綻・困窮化を防ぐには、国民健康保険がどのように機能するかが焦点となる。ボリビアは憲法で国民の健康を保証しており、その実現に向け 2000 年以降国民健康保険の整備を目指し政策を段階的に導入してきた。その結果、図 13 総保健支出の財源別内訳でもわかる通り、2000 年から 2018 年までの間で国民の医療費負担額は半減している。2019 年 3 月から導入された SUS は、保険料の負担なしでの医療完全無料化を政府は宣言しており、これが公約通り実施されれば国民の家計破綻はない。しかしながら、医療技術の進歩とともに寿命が延び、それに伴い医療費が膨らむのが自然の摂理であり、その費用は誰かが負担しなくてはならない。1990 年の日本の医療は約 20 兆円、それが 2018 年は 42 兆円と倍増している。ボリビアでも少子高齢化が進んでおり、老人医療には更なる財政の確保が必要となる。前述の通り、現在の国家財政は楽観できるものでは全くない。憲法で国民の健康を保証していても、適切なコスト計算による保険診療費の策定と国から医療施設への遅延のない支払体制が保持できなければ、国民にその負担が強いられることは言うまでもない。

3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ

UHC とは、全ての人が基礎的な保健医療サービスを負担可能な費用で受けられることであり、財政、インフラ面、人的資源とその管理体制という観点から以下の課題を述べる。

1) SUS を支える財政基盤の課題

MAS-IPSP 政権が誕生した 2006 年から 2019 年まで、平均 4.8%程度の経済成長を達成し、様々な有償資金協力も受けながら、インフラ整備並びに近代化への投入を実施してきた。

保健予算に関しては、2017 年は GDP の 4.6%が公的保健に充てられ、2019 年にはこの SUS 開始の初年度に 2 億ドルが投入され、GDP の 5.1%の投入となった。経済財政省によれば、2021 年度の保健予算は国家予算の 10%が確保されている。また、2019 年 12 月 31 日時点でのボリビアの中長期対外債務は 11,267.6 百万米ドル、GDP に対して 27.1%でとなっており、アンデス共同体 (Comunidad Andina de Naciones : CAN) 地域ではブラジルに次ぎ 2 番目に低い水準である。しかしながら、前述の通りボリビアの産業は農業及び天然資源が主であり、昨今の石油価格の下落、気候変動による農業生産の不安定化等、様々な課題を抱えている。今後 SUS への登録者が増加すれば国民が必要とする医療サービスの需要は増し、組織運営の原則である「人、モノ、カネ」の投入が必然的に増加する。安定的に SUS を運営するための財源確保と持続発展性を担保するための政策検討が必要であろう。

2) SUS による医療サービスを提供するための基盤整備の課題

① 一次医療施設の整備

SUS における医療の供給体制の基盤は「SAFCI」と「Mi Salud」である。SUS による効率的かつ効果的な運営を目指し、医療機関間の連携強化と一次医療施設と Mi Salud との連携強化が必要不可欠である。そのための条件となるのは、個々の医療施設の機能の

強化である。前述の通り一次施設の活動は、治療、予防、教育・啓発活動、それにアウトリーチとその範囲は非常に広く、対象地域の面積も広い。加えて母子保健、栄養対策、NCDs 対策の要にもなっている。よって一般医常駐の保健センターにおいては人員配置の増加が求められる。また准看護師のみのヘルスポストは、設備を充実させ、人員を配置し保健センターとして機能させることが必要であろう。

3) 病院の整備

一次保健施設と病院との連携が地域保健の要であることは、前述の通りである。その病院の機能においても SUS による医療サービス需要を賄い切れていない。病院の外来診療には、医師会が定めた 1 時間 4 人という診療基準がすべての公立病院に適応されている。そのためサンタクルス県の三次医療施設である日本大学病院では、朝 8 時からの外来を受診するため、朝 5 時に患者は来院し 8 時には長蛇の列をなしている。また、三次医療施設の CT 検査の実施が 2 か月待ちといったことも珍しくないと言われている。そのような事態の対策としてボリビア政府は、55 の病院建設を計画し建設を進めている。資金は、同国の保健予算と世界銀行、IDB などからの融資によるものである。世界銀行は総額 3 億ドルという規模で 2018 年より保健ネットワーク強化プロジェクトを実施しており、その内容は、対象となる一次、二次、三次医療施設のインフラ改善及び機材整備、研修プログラムによる人材強化、病院情報システムへの支援、臨床ケア規程の更新などで総合的な保健政策への支援を行っている。しかしながら、COVID-19 の影響により 3 億ドルの内 1 億 7 千万ドルがその緊急対策費として運用されたため、計画は大幅な変更が余儀なくされている。保健省計画局長は、55 病院の建設計画はあるがまだ十分な資金確保ができていないと述べ、JICA にもその融資を期待していた。しかし、医療サービスにおいて施設はあくまでも器であり、それを運営し機能させるための人材を確保しなければ意味がない。エルアルトの Sur 病院のように建設が終了しても正規職員が確保されない、或いは必要不可欠な放射線医や脳神経外科医などの専門医が少なく採用できないという現状への対策が急務である。

4) 医療施設の運営管理体制

PAHO 職員より、一次医療施設の問題改善能力、具体的には診療技術と運営管理能力の両面の強化が必要不可欠である、という指摘があった。一方、IDB 職員からは、病院の運営管理体制の強化が指摘された。患者を中心としたチーム医療という基本を考慮すれば、一次、二次、三次医療施設はチームであり、総合的な底上げこそ地域医療の強化につながる。その観点から運営強化は一次医療施設から二次、三次医療施設までを対象としたものでなくてはならないと考える。そこで重要となるのは、基本的に診療及び運営管理の情報システムの強化であり、どの国際機関もこれにかかる支援を重要視している。現在の IT 関連の進歩はボリビアにおいても十分機能する基盤はある。DX による運営強化は、ソフト開発、プラットフォームの強化、システム管理、ユーザー教育、導入、普及といった多面的なアプローチ

が必要となるため、包括的な計画の策定が必要となる。

また、医療施設が建設されれば、必然的に大量の医療機器が導入される。医療サービスの供給を安定的に行うためには、機材が適切に管理されなくてはならない。そこで重要となるのが医療機器メンテナンス体制の整備である。PAHO や IDB、世界銀行も医療機器メンテナンスの重要性を訴えており、この分野での協力経験を持つ JICA への期待も大きい。

4. 協力の可能性（案）

「2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ」並びに「3.9 保健医療財政及び保健保障制度の課題とニーズ」に報告した内容を中心に、以下に、現時点での今後の JICA 協力の可能性の検討結果を示す。

4.1 協力優先度の高いニーズ

ボリビアの保健政策は SAFCI (多文化コミュニティ家族保健) 政策を基本としたもので、ユニバーサル保健を推進するための SUS (統一保健システム) 及び Mi Salud プログラムである。ボリビア多民族国家の憲法第 37 項では、「国は健康への権利を保証し、維持する義務を有する」と謳われており、保健医療への普遍的なアクセスを実現するため、医療費の無料化を目的とする SUS が推進されている。

保健政策は、プライマリーヘルスケア戦略に則り、一次医療施設を基軸とした地域保健・医療の強化による母子保健、感染症・NCDs 対策、栄養対策などを推進し、医療サービスへのアクセスの向上を目指しており、すべてのサービス・カバレッジ (SDG 指標 3.8.1) の要素が含まれている。

今回の調査において、保健省、PAHO/WHO、世界銀行、IDB の関係者へのヒアリングを行い、それらを通じ、UHC 政策の発展が確認された。また、SUS への登録者が増えたことによる医療サービス供給の課題、一次医療施設を中心とした地域医療体制や医療の質、人材育成の課題、そして更なる改善が必要な母子保健対策や急増している NCDs 疾患対策の強化など、更なる発展に向けた課題も把握できた。

以上の課題から、以下の 6 つの協力案件の候補が考えられる。

- 【1】 地域の中核となる病院建設（病院改修のための円借款事業）
- 【2】 母子保健救急地域医療強化プロジェクト
- 【3】 NCDs 対策プロジェクト
- 【4】 病院情報システムの整備支援
- 【5】 医療機器メンテナンスセンター普及プロジェクト
- 【6】 行政強化のためのアドバイザー派遣

上記の協力案件の概要を表にまとめると表 9 の通りとなる。

表 9 候補協力案件の概要

| |
|---|
| 【1】 地域の中核となる病院建設（円借款事業） |
| <ul style="list-style-type: none">• 内容：サンタクルス県中核病院である三次医療施設 日本大学病院の拡張及び機材整備• 目的：地域医療システム向上及び保健人材の人材育成強化• 被益者：サンタクルス全県民 約 340 万人• 妥当性：「愛国アジェンダ 2025」（2013-2025）、「社会経済開発計画」（2016-2020）、「保健セクター計画」（2016-2020）による、医療の供給体制強化、医療の質の向上、地域医療システムの向上、母子保健対策、感染症・NCDs 対策に合致する。 <p>以下の理由により同病院の機能拡大は SUS に貢献できると考える。</p> <p>① 医療供給体制の問題の解決</p> <p>ボリビア政府は 2019 年 3 月から UHC の達成を目指した無償で医療サービスを受受できる国民健康保険制度 SUS を実施した。無料の公的医療制度により、医療サービスの需要は急増し医療機関では供給が追いつかない状況である。本案件の日本大学病院においてもその状況が確認できた。三次医療施設の機能として重要となるのは、合併症などで治療困難な患者や重篤患者などのための病床の確保である。同病院統計部の報告では、平均病床利用率は、2017 年 88.2%、2018 年 90.8%、2019 年 94.1%となっている。2020 年はコロナ禍の影響で一般病床は 69.1%と下がっているが、三次医療施設として特に需要の多い ICU 及び小児 ICU、重症患者観察室は、すべて 98%の利用率でまったく病床の空きがない状態であった。更にサンタクルス県はボリビア経済の中心であり、ボリビア国内において最も国内移住人口が多く人口増加率が高い県であり、今後も保健医療サービスの需要は増大し続けると考えられる。2020 年の人口は 342 万人であるが、2030 年には 432 万人、2040 年には 565 万人に増加すると予想されている。</p> <p>② 地域医療のトップレファラル病院としての機能</p> <p>サンタクルス市内には日本大学病院（200 床総合病院）とサンファン・デ・ディオス病院（内科・外科）と小児病院、母性病院の 3 病院からなる複合病院群（総ベッド数約 500 床）が三次医療施設として市の東西を分け診療区域を受け持っている。急速な人口増加に伴い、市は医療供給体制を補うため 6 つの二次医療施設を建設し対処してきた。しかし、専門医が限られた二次レベルでは重篤な患者や複雑な疾病を抱える患者の対処ができないため、三次医療施設に紹介される。更に県のレファラル病院として、県全体の紹介患者も受け入れなければならない。このプロジェクトの実施により、このように紹介患者が受け入れられないという状況を避けることが可能となり、地域医療システムの崩壊の回避に貢献できる。</p> <p>③ 教育病院としての機能</p> <p>ボリビアの保健医療の質の向上を目指し、研修医、インターン医（医学部最終学年）、看護、薬剤師、臨床検査技師の実習生の受け入れの実施と、母子保健、感染症などの各種セミナー開催などの実績を持つ教育病院である。今年 3 月からは遠隔医療指定病院として県内医療施設の支援を開始している。同病院の教育環境の充実、地域医療システムと医療の質の向上に貢献できる。</p> |

- コンポーネント：インフラ整備（200床増設、手術室増設、ICU、CCU、NICU）、機器：医療機材、施設機材（発電機など）、教育施設（カンファレンスルーム、シミュレーションセンター）、PACS、通信システム基盤強化など
- 支援額：建設費 1,500 万ドル、機材 500 万ドル 計 2,000 万ドル
- 留意：現在 JICA ボリビア事務所から申請中の案件、政府の意向の確認

【2】救急体制強化も含む母子保健地域医療強化プロジェクト

- 目的：救急医療体制を含む地域医療体制向上により、母子保健サービス供給体制が強化される
上記日本大学病院を中核とした救急体制も含めた母子保健の地域強化プロジェクト
- 被益者：サンタクルス県内パイロット地域の住民
- 対象：日本大学病院を中心としたサンタクルス市内及び市外の市町村を結ぶ広域地域医療供給をパイロット地域とし、特に妊産婦及び新生児医療など母子保健に携わる一次から三次の医療施設
- 妥当性：ボリビアにおける妊産婦死亡率は 155 と中南米カリブ海諸国の平均 74 を大幅に上回り、ハイチに次ぐ悪さである。また乳幼児死亡率も 5 歳未満児 27、1 歳未満児 22 で、同地域平均の 16、14 と比較してボリビアはまだ大分高い数値である。乳幼児の死亡原因は感染症、未熟児、窒息が三大原因となっており、一次、二次、三次医療施設の総合的な医療の質の底上げとリファラル・カウンターリファラルシステムによる診療連携強化が重要課題となっている。また、母子の死亡原因として、救急搬送から救急医療に関連した問題に起因している事例も報告されている。救急医療システム強化を含む母子保健向上のための対策パイロット事業としてその意義は高いと考える。
活動内容：地域医療ネットワークの機能改善計画策定及びその実施、母子保健関連ガイドライン・診療プロトコルの確認・整備及び対象者への教育、リファラル・カウンターリファラルシステム体制の改善、救急医療体制の改善計画策定及びその実施などである。疾病予防、治療における一次から三次医療までの包括的な取り組みが求められる。
また、母子保健に重要な栄養に関する活動も、妊娠から 2 歳までの「最初の 1000 日」の適切な栄養摂取の指導と啓発活動に加え、妊娠に起因する高血圧、糖尿病、貧血に関しても、栄養にかかわる指導が必要となる。
- コンポーネント：母子保健に係る機材整備、情報ネットワークおよび DX を活用した教育設備（医療連携強化ならびに人材育成）、組織管理強化（保健医療情報の分析と施策等への反映）、人材育成（電子カルテ、遠隔医療等）
- 支援額：未定
- 留意：現在 JICA ボリビア事務所から申請中の案件

【3】NCDs 対策プロジェクト

- 関連情報：NCDs 対策プログラムは PAHO が新たな事業として保健省関係者と計画立案中の事業
- 目的：一次医療施設を中心とし、二次・三次医療施設との連携を基に、NCDs の予防、治療、ヘルスプロモーションに対応する地域医療 NCDs 対策モデルを整備する。
- 妥当性：ボリビアにおいても死亡原因の 70% が NCDs となっており、特に糖尿病、高血圧症、循環器系疾患、がんなどが脅威となっている。保健省もその対策が急務であると考えている。

これらの疾患は、ボリビアにおいても生活スタイルの変化に伴い増加傾向にある。重症化患者が増えると、国の保健支出そして個人にも治療費の捻出により経済的な負担が大きくなる。そのため、この領域への支援は、UHC 政策に貢献できると考える。

- 活動内容： PAHO は新たに非感染症管理プログラムを中南米で展開しており、ボリビアにおいては、2019 年に第 1 回 NCDs リスク要因に関する調査（STEPS）が PAHO 支援により実施された。その後、フォローアップ調査として電話による聞き取り調査が 2020 年に実施されている。

PAHO が重点的に対応を検討しているのが、高血圧、糖尿病、子宮頸がん、精神疾患である。特に HEARTS モデルは、高血圧と糖尿病を含む心血管系リスク管理モデルであり、一次、二次、三次医療施設を巻き込むケアネットワークの構築を目指している。なお、乳がんも脅威となっているが、マンモグラフィが少なく十分な検査体制を確保できないことから、プログラムに含んでいない。

具体的な活動としては、パイロット地域における NCDs 関連実態調査をはじめ、一次医療施設から三次医療施設までの予防対策及び検診、治療の状況の把握、NCDs 関連の予防から治療までのガイドライン及びプロトコルの確認及び作成、人材育成、診療連携のための NCDs 対策運営委員会（県保健局、市保健局、地域医療ネットワーク事務所、病院専門医、一次医療施設などの関係者といったメンバー構成）の整備、活動モニタリング及び評価などである。

また、妊娠に起因する高血圧や糖尿病に関しては、子癩前症、出血、ひいては妊婦死亡や新生児死亡に発展する恐れもあり、前述の【2】救急体制強化も含む母子保健地域医療強化プロジェクトにも関係する部分でもある。搬送中及び救急室での適切な対応、保健センターレベルでの妊娠性糖尿病のスクリーニング、病院と保健センターとの連携が必要となるので、その部分の支援も含まれる。更に、NCDs 対策の要点となる栄養管理、啓発活動には管理栄養士の取り組みも必要となろう。

- コンポーネント：インフラ（教育施設）及び、DX デジタル教育システム、医療施設への簡易な検査機器、診療材料、資機材支援
- 支援額：未定
- 留意点：保健省、対象県保健局、対象市保健局、PAHO との調整、協議が必要。

【4】病院情報システムの整備支援

- 目的：保健省、県保健局と病院をつなぐ情報システムの導入により、医療情報、財務管理情報を適時入手できる体制を構築し、病院の運営管理体制を強化するとともに管轄省庁のモニタリング体制を向上させる。
- PAHO 及び IDB との協調案件
- 被益者：公立三次病院（50 病院）、四次専門病院（今後建設される予定）、9 県保健局、保健省
- 対象：公立三次病院、四次専門病院
- 妥当性：保健省は医療サービス供給状況のモニタリング、評価体制の強化を目指して医療施設の情報システム強化を推進しており、PAHO はデジタルヘルス構想のもと同国の医療施設のデジタル情報化を支援している。また、IDB も病院の管理体制強化と情報の一元化を支援するため、病院情報システムのプラットフォーム制作支援を行っている。課題として残っているのがシステム

の病院への導入及び運用、出力される貴重なデータの分析に係る指導である。

- 活動内容：
 1. 保健省、PAHO、IDB などの関係機関との導入における役割分担の調整
 2. PAHO 及び IDB による病院情報システムのプラットフォーム及び医療情報システム、財務管理システムの開発状況及び導入プロセスの確認
 3. 保健省との対象病院の選定
 4. 建設される病院インフラの確認及び導入スケジュールの作成
 5. 保健省、対象地域保健局及び病院への導入（医療情報システム及び病院管理システムの導入及び運用とそのデータ分析指導、普及のための導入スタッフの育成）
- コンポーネント：PC ネットワークの整備、マニュアル作成、情報システム研修（管理者研修：情報システム職員、ユーザー研修：保健省職員、医師、看護師、パラメディカル、病歴職員、その他の管理部門職員など）
- 支援額：不明
- 留意点：保健省、PAHO、IDB のシステム開発状況並びに導入計画の確認が必要

【5】医療機器メンテナンスセンター普及プロジェクト

- 目的：医療機器メンテナンス体制強化により、病院による安全かつ安定的な医療サービスの提供に寄与する
- 事業内容：サンタクルス市が JICA の協力により整備された医療機器メンテナンスセンターの他地域への普及
- 裨益者：対象地域の住民
- 妥当性：SUS の導入により医療サービスの需要は急増し、それに伴い医療機器の稼働も増加している。同国では機材購入費に限られるため、故障するとそのサービスが提供できなくなる。その需要に応えるべくボリビア政府は現在 55 病院の建設計画を進めている。医療施設が増えればより効率的な運営が求められる。それらの病院が安定的にかつ安全に医療提供できる体制の構築には、医療機器保守管理体制の強化は必要不可欠である。その保守管理体制として、対象地域の病院の機材を中央保守管理システムで実施することがより効率的で効果的である。実際、キューバやブラジルではその体制が機能している。サンタクルス市では、JICA の技術協力により 2006 年に同市の予算でメンテナンスセンターが整備され、市管轄の二次医療施設（6 病院）と全一次医療施設の医療機材を中央保守管理体制で行っている。
- 活動内容：メンテナンスセンターの活動により以下のメリットがある
 - 少ない人材で機器の特性に合った専門職員の配置が可能（放射線、臨床検査機器など）
 - 医療機器に関する情報収集及び病院との共有
 - 標準化された機材リスト及び機材カルテの作成
 - 定期メンテナンスの標準化
 - 専門知識の提供及び保守管理の指導
 - 環境にあった機材選定の実施
 - 業者とのメンテナンス契約の確認
 - 予算管理の効率化その体制を整備するための具体的な活動は以下の通りである。
 - 保健省との対象地域、対象病院の選定
 - 病院の機材管理体制の調査及び医療機器販売代理店の調査

- メンテナンスセンター整備（事務所、修理場所、研修場所を備えた施設）
- メンテナンス職員の確保
- 対象病院の機材カルテ作成
- 機材のユーザー教育マニュアル、定期点検計画マニュアルの作成
- CT、人工呼吸器、内視鏡などの特殊な医療機器に関して、業者とのメンテナンス契約の確認
- 部品購入、工具などの予算策定
- 対象病院メンテナンス職員の研修及びOJTによる指導
- コンポーネント：政策・施策・規定の整備、インフラ・情報ネットワークの整備、修理用資機材、工具、教育用機材、車両など
- 支援額：不明
- 留意点：対象病院により行政の管轄が異なるため、まず保健省との十分な調整、協議が必要

【6】行政強化のためのアドバイザー派遣

- 裨益者：保健省、9 県保健局
- 目的：JICAFORSA プロジェクト普及による SAFCI 政策の地域保健体制の強化
- 妥当性：ボリビアの保健政策は SAFCI を基盤とし、UHC 政策の推移のため SUS を開始し、Mi Salud と合わせ国民の健康増進を図っている。この「SAFCI」の概念を具体化したものが、2000 年から開始され 20 年間協力が継続された住民参加型地域保健活動、行政管理強化、保健人材能力強化を含む FORSA プロジェクトである。保健省の評価も高く、またヒアリングを行った IDB の保健担当者は実際に活動を視察し、いくつかの指標にも確実な成果が見られたと述べ、ぜひ継続してもらいたいと高く評価していた。その FORSA プロジェクトの各コンポーネントの普及による SAFCI の推進の意義は高いと史料する
- 活動内容：FORSA プロジェクトは高い評価を受けた地域保健モデルであるにもかかわらず、保健省側の体制整備が不十分なため、FORSA 活動のその後の普及は進んでいない。保健省には人材が少なく各県への監督体制は脆弱であること、またボリビアは地方分権化が進んでおり、保健省の意向が県保健局に届かないことなど、これらの課題を踏まえ、アドバイザーの派遣により、下記の活動を実施する。
 - 保健省関係者ならびに FORSA プロジェクトを実施した地域の県保健局関係者への FORSA プロジェクトコンポーネントによる SAFCI のメリットの再確認
 - FORSA プロジェクトを軸とした SAFCI 強化の指導（行政管理、住民参加による地域保健モニタリング体制（保健情報分析委員会）、人間的なお産の導入による安全な出産の強化など）
 - ヘルスプロモーション（生活のための教育：旧 FORSA モデルの保健省公式版）による Mi Salud の強化（住民参加型健康啓発活動の推進）
 - FORSA プロジェクトコンポーネント普及指導を通じた保健省と県保健局との関係調整
 - 他のドナーへの FORSA プロジェクト実績報告（広報）
- コンポーネント：FORSA プロジェクトの成果品（各種マニュアルなど）の普及
- 支援額：不明
- 留意点：保健省、これまでプログラム実施に携わった県保健局関係者との協議、調整が必要

以下に、現時点で確認している調査結果から、事前評価を表にまとめると、「【1】」については、表 10 のように整理される。

表 10 【1】 地域の中核となる病院建設（病院改修のための円借款事業）事前評価

| |
|---|
| 【妥当性】 |
| <ul style="list-style-type: none"> 国家開発政策との整合性：長期計画である「愛国アジェンダ 2025」を基に作成された中期計画の「社会経済開発計画 2016-2020」の第三柱の「目標 1：保健医療サービスへの普遍的なアクセス」 保健医療政策との整合性：「保健医療政策との整合性：中期社会経済開発計画 2016-2020 の保健関連目標である「目標 2：コミットメントが高く、能力を備えた、現代医学と伝統医学の統合」の期待される成果として「1. 領土自治機関（ETAs）と整合性がある保健機関と病院の建設・拡張・機材整備」が言及されている。 ニーズとの整合性：UHC 政策として導入した SUS により国民の医療サービスへのアクセスは向上したが、その反面病院による医療サービス供給が追いつかない状況である。本案件対象病院はサンタクルス県のリファラル病院であり、同病院で患者を受け入れられない場合、患者の命に危険が及ぶ。平均病床利用率は 2019 年実績で 94.1 とほぼ満床状態である。 ターゲット：世界銀行や IDB などのドナーと対象が重複しない。 日本の優位性：同病院は JICA の無償資金協力により建設されており、同時に技術協力プロジェクトも 10 年間実施され、その診療機能、管理運営体制とも保健省の評価は高い。 地域保健医療強化の JICA プロジェクトの実績がある。 |
| 【有効性】 |
| <ul style="list-style-type: none"> 1986 年の開院以来同地域の拠点病院として貢献してきた実績があり、診療体制並びに管理体制とも高い能力を有しており、医療人材の育成にも長年努めているが、予算不足により診療キャパシティの増加が叶わない場合、機能が大幅に低下する可能性がある。借款による資金ギャップ補完による施設キャパシティの増強は、UHC 達成のための有効性は高いと考える。既存リソースを生かした全体計画は 2019 年に策定されている。 |
| 【効率性】 |
| <ul style="list-style-type: none"> 新設ではないため、基本となる診療体制、管理運営体制が確立されているので効率性は高い。 JICA ボリビア事務所により基本調査が実施されている。 |
| 【インパクト】 |
| <ul style="list-style-type: none"> 現時点では未定。 |
| 【持続性】 |
| <p>1986 年の開院以来、これまでサンタクルス県の拠点病院として質の高い医療サービスの提供に貢献してきた実績を持っており、それを支える政府の予算措置も増強される計画であるため、持続性に期待できる。</p> |

以下は、現時点で考えられる 6 つの協力候補案件の 5 項目評価視点からの目安である。なお、本目安は、上で示した【1】地域の中核となる病院建設（病院改修のための円借款事

業)の事前評価結果を○とした場合の、課題がある場合には△を、課題が大きい場合には×をとした相対的なものである。

表 11 協力候補案件の 5 項目評価

| 5 項目評価 | 【2】 母子保健救急地域医療強化プロジェクト | 【3】 NCDs 対策プロジェクト |
|--------|---|---|
| 妥当性 | <ul style="list-style-type: none"> ○：国家開発政策との整合性：「国家経済開発計画 2016-2020」の第三の柱「目標 1：保健医療サービスへの普遍的なアクセス」 保健医療政策との整合性：中期社会経済開発計画 2016-2020 の保健関連目標 1：保健医療サービスへの普遍的なアクセス（UHC の推進、妊産婦死亡・乳幼児死亡の減少、施設分娩推進） ニーズとの整合性：妊産婦死亡率、乳幼児死亡率が高い | <ul style="list-style-type: none"> ○：国家開発政策との整合性：「国家経済開発計画 2016-2020」の第三の柱「目標 1：保健医療サービスへの普遍的なアクセス」 保健医療政策との整合性：中期社会経済開発計画 2016-2020 の保健関連目標 1：保健医療サービスへの普遍的なアクセス（UHC の推進、非感染性疾患の症例数・死亡の減少） 妊産婦死亡及び乳幼児死亡の低減、施設分娩推進など） <p>ニーズとの整合性：NCDs が死亡原因の約 70%である。</p> |
| 有効性 | ○：ボリビアにおいて 20 年間に渡り母子保健も含めた地域保健に携わった経験から指標が絞り込みやすい。 | ○：ドナー間協調で先行ドナーの指標や目標値を参考にできる。 |
| 効率性 | △：母子保健における救急医療も含めた予防、治療、教育の包括的な対策が強化されることは長所であるが、パイロット地域と活動の絞り込みを適切に行うことが条件となる。 | ○：ドナー間協調で先行ドナーの投入の規模やタイミング等の教訓を生かせる。 |
| インパクト | N/A | N/A |
| 持続性 | △：一次医療施設から三次医療施設による包括的な医療連携が要となるが、一次、二次医療施設が市の管轄で、三次医療施設が県の管轄下であるため、行政官のコミュニケーションが悪いと活動の進捗に影響するため持続性にも支障をきたす。 | △：一次医療施設を活動の中心に置くことが基本であるが、行政による一次医療施設への支援（人、モノ、カネ）が十分でないで継続性に支障をきたす。 |

| 5 項目評価 | 【4】病院情報システムの整備プロジェクト | 【5】医療機器メンテナンスセンター普及プロジェクト | 【6】行政強化のためのアドバイザー派遣 |
|--------|---|---|---|
| 妥当性 | <ul style="list-style-type: none"> ● ○：国家開発政策との整合性：「愛国アジェンダ 2025」及び「経済開発計画 2016-2020」の第三の柱「目標 1：保健医療サービスへの普遍的なアクセス」 ● 保健医療政策との整合性：中期社会経済開発計画 2016-2020 の保健関連目標 1：保健医療サービスへの普遍的なアクセス（UHC の推進、情報システムの統一） ● ニーズとの整合性：必要な情報が適時届かない | <ul style="list-style-type: none"> ● ○：国家開発政策との整合性：「愛国アジェンダ 2025」及び「経済開発計画 2016-2020」の第三の柱「目標 1：保健医療サービスへの普遍的なアクセス」 ● ニーズとの整合性： <ul style="list-style-type: none"> ①中期社会経済開発計画 2016-2020 の 2017 年報告書において病院の機材保守管理の問題を指摘 ②耐用年数を考慮した機材の保守管理予算が適切に計上されていない。 | <ul style="list-style-type: none"> ● ○：国家開発政策との整合性：「愛国アジェンダ 2025」及び「経済開発計画 2016-2020」の第三の柱「目標 1：保健医療サービスへの普遍的なアクセス」 ● 保健医療政策との整合性：中期社会経済開発計画 2016-2020 の保健関連目標 1：保健医療サービスへの普遍的なアクセスの項目全般（UHC の推進、感染症、NCDs、母子保健、栄養改善など） ● ニーズとの整合性：SAFCI の具体化モデルの推進 |
| 有効性 | ○：ドナー間協調で先行ドナーの指標や目標値が参考にできる。 | ○：JICA の技術協力プロジェクトとして実施した経験があるため目標数値が参考にできる。 | △：過去に実施した JICA プロジェクトのフォローであるため、目標数値が参考にできる。 |
| 効率性 | ○：ドナー間協調で先行ドナーの投入の規模やタイミング等の教訓を生かせる。 | ○：JICA の技術協力プロジェクトとして実施された経験があるためその教訓が生かせる。 | ○：JICA の技術協力プロジェクトとして実施されているのでその教訓が生かせる。 |
| インパクト | N/A | N/A | N/A |
| 持続性 | △：①ドナー間の調整及び役割分担が重要 ②行政の病院への稼働・運用状況のモニタリング体制が低いと継続性に支障をきたす。 | △：電子工学が十分理解できる人材、及び予算の確保ができなければ継続性はない。 | △：保健省及び県保健局による活動のモニタリング並びに適切な評価が無いと発展性に支障をきたす。 |

第 8 章 チリ

目次

| | |
|---|------------|
| 1. 基礎情報 | 281 |
| 1.1 一般情報 | 281 |
| 1.2 政治・経済状況 | 281 |
| 1.3 国家開発計画 | 282 |
| 1.4 日本との外交・経済関係 | 283 |
| 2. 保健セクターの概況 | 284 |
| 2.1 保健・人口の概要 | 284 |
| 2.2 保健医療政策 | 286 |
| 2.3 保健行政機関 | 290 |
| 2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況..... | 290 |
| 2.5 保健医療サービスの供給体制..... | 292 |
| 2.6 主要保健医療サービスの利用状況..... | 294 |
| 2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況..... | 295 |
| 2.8 医薬品調達・供給 | 300 |
| 2.9 ドナーの支援実績 | 300 |
| 2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ | 302 |
| 3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 302 |
| 3.1 財政の一般情報 | 302 |
| 3.2 主要保健財政指標 | 303 |
| 3.3 保健省予算 | 304 |
| 3.4 診察料 | 305 |
| 3.5 医療保険制度の関連政策 | 305 |
| 3.6 公的医療保障制度 | 306 |
| 3.7 民間医療保険の概要 | 306 |
| 3.8 医療費等による家計破綻・困窮化..... | 307 |
| 3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ..... | 308 |

図表目次

| | | |
|------|--------------------------------------|-----|
| 表 1 | 国家開発計画（2018-2022） | 282 |
| 表 2 | 国家開発計画 2「公正と団結」の 10 テーマ | 282 |
| 表 3 | 国家開発計画の保健医療分野の対策と行動計画 | 283 |
| 表 4 | 保健医療戦略目標と行動計画 | 287 |
| 表 5 | GES 対象の 85 重要疾患 | 288 |
| 表 6 | 社会福祉政策に関する整理表 | 289 |
| 表 7 | 課題別保健政策の整理表 | 290 |
| 表 8 | 保健医療に係る調査実施状況の整理表 | 291 |
| 表 9 | サービスレベル別の医療機関の区分とサービス内容の整理表 | 292 |
| 表 10 | 全国の保健医療施設における各種の診療総件数 | 295 |
| 表 11 | IDB による支援協力プロジェクト | 301 |
| 表 12 | UN による支援協力プログラム | 301 |
| | | |
| 図 1 | チリ国地図 | 281 |
| 図 2 | 1999 年及び 2019 年の人口ピラミッド | 284 |
| 図 3 | 2039 年の人口ピラミッド | 285 |
| 図 4 | チリにおける障害調整生命年（DALY） | 286 |
| 図 5 | 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合 | 295 |
| 図 6 | 病院整備計画 | 297 |
| 図 7 | 一次保健医療施設整備計画（実施済） | 298 |
| 図 8 | 一次保健医療施設整備計画（実施中） | 299 |
| 図 9 | 総保健支出の財源別内訳 | 304 |
| 図 10 | 家計破綻平均値 | 307 |

1. 基礎情報

以下に、一般情報、政治・経済状況、国家開発計画及び日本との外交・経済関係を示す。

1.1 一般情報

チリの人口は17.37百万人規模であり、経済規模はGDP2,823億ドル(2019年)、国別GDP額で世界ランキング第42位である¹。なお、一人あたりGNIは15,010米ドル(2019年)であり、GDP成長率は2011年の6.11%から経時的に下がり、2019年は1.05%となっている²。また、国民の9.3%が1日の所得が1.9米ドルの国際貧困ラインにいる(2017年)。

同国の自然環境の特徴としては、この10年間で17回の火山噴火が起きた等の自然災害が挙げられる。また、チリ国立統計局(Instituto Nacional de Estadística)の報告によれば、女性の就労者の割合が2000年の35.0%から2013年の47.7%へ上がったことや、国家統合保障計画(Plan Nacional de Seguridad Integral)の導入により、殺人件数が下がったとの特徴的な統計結果がある。インフォーマル労働者は、自営業も含めて国民全体の28.4%(約260万人)であり、海外からの移住労働者も増加の傾向にある。



図1 チリ国地図

1.2 政治・経済状況³

チリの政治形態は立憲共和制であり、任期4年の上下両院制の議会制度となっている。現在の元首は、2018年3月に就任したセバスティアン・ピニェラ・エチェニケ大統領である。

主要産業は、鉱業、農林水産業、食品加工や木材加工の製造業である。2020年での失業率は7.1%であり、これは、同年の全世界平均失業率の5.4%より高い数値である。

チリに進出している本邦企業は78社あり、うち40%は本社が日本の大企業の支店である。また、これらの半数以上が輸出業等の非製造業者となっている⁴。なお、2018年10月時

¹ The World Bank, World Development Indicators, <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>

² The World Bank, GDP growth (annual %) - Chile, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=CL>

³ 外務省, チリ共和国, <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/chile/index.html>

⁴ JETRO, 2018年度中南米進出日系企業実態調査(2019年2月), <https://www.jetro.go.jp/world/reports/2019/01/534aedc512ccb88c.html>

点での在留邦人は1,655人で、日系人は推計約3千人である。

1.3 国家開発計画⁵

チリにおける現行の国家開発計画（Programa de Gobierno）は、2018年から2022年までの5か年計画である。全体のスローガンとして、「最良のチリの時代を築こう（Constuyamos tiempos mejores para Chile）」を謳い、下表に示す4つの国家計画から成り立っている。

表 1 国家開発計画（2018-2022）

| | |
|------|---------|
| 計画 1 | 自由と機会均等 |
| 計画 2 | 公正と団結 |
| 計画 3 | 安全と平和 |
| 計画 4 | 幸福な生活 |

出典：PROGRAMA DE GOBIERNO 2018-2022 を基に調査団作成。

上記の国家計画 2「公正と団結」の柱となっているのは、表 2 に示す 10 のテーマである。

表 2 国家開発計画 2「公正と団結」の 10 テーマ

| |
|--------------------------|
| 1. 家族中心 |
| 2. 守られた子ども |
| 3. 約束された若者 |
| 4. 貧困削減 |
| 5. 守られた中間層のネットワーク |
| 6. ポジティブな老齢と老齢尊厳の年金 |
| 7. 尊厳される年金 |
| 8. 女性への約束 |
| 9. 保健医療への大手術 |
| 10. 障がい者の社会的包摂（インクルージョン） |

出典：PROGRAMA DE GOBIERNO 2018-2022 を基に調査団作成。

表 2 内にある第 9 のテーマを「保健医療への大手術」と表現した背景には、国の保健医療サービスに、国民の 4 分の 3 が満足していないというアンケート結果にある。また、後述するチリの保健医療政策の中核コンセプトであり、ユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC：Universal Health Coverage）関連政策としても中心的な「明示保証されたユニバーサル・アクセス（AUGE：Acceso Universal a Garantías Explícitas）」がある。また、ここで保障対象とし

⁵ チリ政府, PROGRAMA DE GOBIERNO, <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/chileprogramadegobiernodesebastianpinera.pdf>

て特に重要な疾病リストにある疾病で、2018年における2百万件の治療件数は、それ以前より80%も急増し、さらにそのリスト外の疾病の治療件数までもが40%増加しているという状況が背景にある。この「明示保証されたユニバーサル・アクセス（AUGE）」については、UHC関連政策に内容を後述する。

第9のテーマ「保健医療への大手術」への対策は3つあり、各対策における行動計画は、表3に示した通りである。なお、表3にある「明示保証されたユニバーサル・アクセス（AUGE）」や「国家健康基金（FONASA：Fondo Nacional de Salud）」については、「3.5 医療保険制度の関連政策」で後述する。これはチリのUHC達成に関連する医療費等における家計破綻や困窮化に最も重要な制度である。

表3 国家開発計画の保健医療分野の対策と行動計画

| 対策 | 行動計画 |
|--------------|---|
| 待機者の低減 | 患者登録フォームの統合、医療機関の自由な選択（Bono de Atención Tú Eliges）、明示保証されたユニバーサル・アクセス（AUGE）でカバーする疾病リストの拡大、保健医療従事者の業務形態の改善 |
| PHCの改革 | PHC 専門医コースの創設等 PHC 強化、専門医ユニットの創設、国民向け保健省ポータルサイトの新設（オンライン予約等）、国家遠隔医療プログラムを立案し、オンライン診療の開始、住民参加、診療所と家族保健センターのネットワークの創設 |
| 医療サービスモデルの改革 | 保健省の機能強化等の保健医療サービスの再組織化、21世紀公立病院計画で計7千床30病院の新設・120の保健センターの増設等の保健インフラの近代化、国家健康基金（FONASA）の近代化 |

出典：PROGRAMA DE GOBIERNO を基に調査団作成。

1.4 日本との外交・経済関係⁶

1897年の日本チリ修好通商航海条約署名以来、伝統的に友好的な二国間関係を構築してきた。経済分野では、鉱業分野を中心に日本からの投資が盛んで、2011年から2013年までの3年間、単年度で対チリ直接投資額（チリ外国投資委員会）において日本は1位である。2008年から2016年までの累計投資額は、107.69億ドルに上る。また、チリは自由貿易協定（EPA／FTA）を積極的に締結している。1994年にAPEC、2010年にOECDに加盟し、2012年にはメキシコ、コロンビア、ペルーと共に太平洋同盟を発足させ、自由貿易に基づくアジア太平洋地域との連携を益々強化する動きを見せている。チリにおける対日貿易では、チリからの輸出は、銅鉱、サケ・マス、木材チップ、リチウム、モリブデン等で8,003億円規模である。一方、輸入は、自動車・同部品、自動車用タイヤ、建設・鉱山用機械等で総額2,202億円である。

⁶ 外務省，チリ共和国，<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/chile/index.html>

チリに対する日本の援助実績は、2016 年度までの累計で、有償資金協力が 270.70 億円、無償資金協力が 104.29 億円、技術協力実績が 450.14 億円となっている。日本とチリは、1978 年に技術協力協定を取り交わし、1996 年に青年海外協力隊派遣取極を締結している。

2. 保健セクターの概況

チリの保健セクターの概況として、以下に、保健・人口の概要、保健医療政策、保健行政機関、保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況、保健医療サービスの供給体制、保健医療サービスの利用状況、疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況、医薬品調達・供給、ドナーの支援実績、及び UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズについて示す。

2.1 保健・人口の概要

図 2 に示す通り、1999 年の 15.16 百万人から 2019 年の 18.95 百万へと 20 年間で 25% の人口増加率である。これは、世界平均の同年間の成長率である 27% と同程度である。また、人口ピラミッドの形状は、釣鐘型から下方が狭まった釣鐘型へと変化し、15 歳から 65 歳未満の生産層は、全体の 64.6% (1999 年) から 67.4% (2019 年) へ増加していることから、未だ人口ボーナス期にはある。

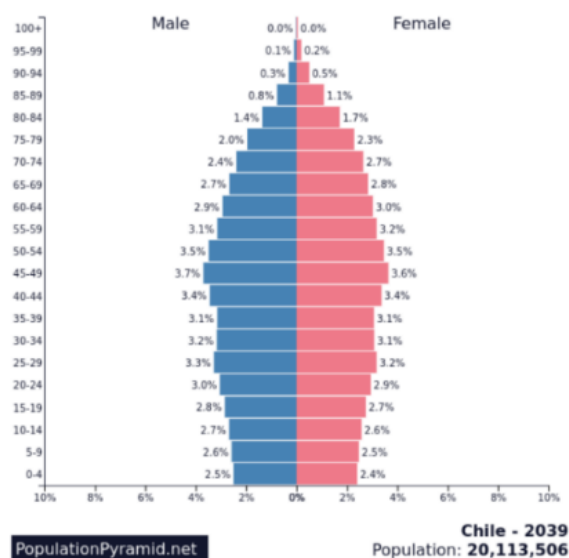


出典：Population Pyramids of the World, <https://www.populationpyramid.net/>(年齢別人口)

図 2 1999 年及び 2019 年の人口ピラミッド

また、図 3 に示す通り、2039 年の予想ピラミッドは、上部と下部が膨らんだ形状となっており、65 歳以上の高齢者は、人口全体の 11.8% (2019 年) から 21.0% (2039 年) へ増大している。このことから、65 歳以上の人口が全体の 7% から 14% に既に入っている「高齢化社会」から、65 歳以上の人口が 14% から 21% に入る「高齢社会」へ確実に進み、高齢者の課題は深刻化すると予想される。一方で、15 歳未満児の割合は、19.5% (2019 年) から

15.5%（2039年）へと減少しており、今後の人口増加を見込んでも、さらに少子化傾向も進むと予想される。なお、チリにおいては、2050年から人口減少も予測されており、さらに、生産層の人口比が67.4%から63.7%へ減少していることから生産層の高齢者に対する負担も増大すると考えられる。



出典：Population Pyramids of the World, <https://www.populationpyramid.net/>(年齢別人口)

図3 2039年の人口ピラミッド

チリにおける2018年の平均余命は80.0歳（男性77.6歳、女性82.3歳）である。国民全体の3大死因の第1位は循環器疾患（27%）、第2位はがん（26%）、第3位は呼吸器疾患（10%）となっていて、1位と2位を合わせて死亡原因の半数以上を占めている。対人口10万人の死亡率でみると、循環器疾患は149、がんは142である。また、後述する「障害調整生命年（DALY：Disability-Adjusted Life Year）」と同じ意味合いを持つNCDによる健康な生活（Vida Saludable）の損失率は82%にも上り、さらに、1990年から2013年にかけてNCDは19%の疾病増というデータもあり、チリにおける疾病構造はNCD中心である⁷。

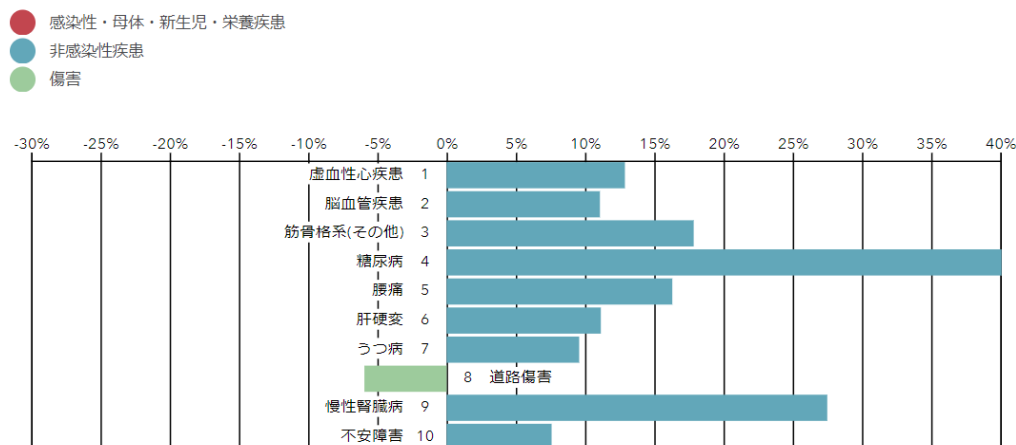
一方、母子の保健指標でみると、対出生千人の乳児死亡率は、16.0（1990年）から7.2（2013年）へ55.0%減少している。また、対出生10万人の妊産婦死亡率も39.9（1990年）から22.5（2014年）と44.4%減少している。合計特殊出生率は、1.649（2018）となっている。

病的状態、障害、早死により失われた年数を意味した疾病負荷を総合的に示す「障害調整生命年（DALY）」で見ても、下図に示す通り、10大障害原因の中には、1つも感染症や母子保健による障害原因は上がっていない。2009年から2019年の10年間で、障害の原因となるものが減少しているのは交通事故のみであり、その他の9障害はすべて増加している。NCDにおいては、糖尿病が40%、虚血性心疾患が13%、脳卒中が12%、慢性腎臓病が27%

⁷ Pan American Health Organization, Health in the Americas 2017, <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/>

と軒並み上昇している。

死亡・障害を合わせて最も多い死因は？



2019年の死亡・障害原因 (DALY) 上位10位と2009年~2019年の変化率 (全年齢合計)

関連文献を参照：[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

出典：IHME, <http://www.healthdata.org/chile>

図 4 チリにおける障害調整生命年 (DALY)

2.2 保健医療政策

チリの保健省 (MINSAL : Ministerio de Salud) が推進する中心的な保健医療政策は、「国家保健計画=2020年までの衛生目標=(Plan Nacional de Salud -Para los objetivos sanitarios al 2020-)」で、2011年から2020年までの10か年計画である⁸。

大目標として挙げられているのは、第1に「国民の健康改善」、第2に「不公平の削減」、第3に「国民満足度の増加」、そして第4に「保健医療サービスの質の保証」である。また、これらの目標達成のため、9つの戦略目標が立てられている。表4に示す通り、9つの戦略目標に沿って、計39の行動計画が挙げられている。なお、表4内にある「保健医療情報」については、後述の「2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況」で、「インフラ」、「保健人材」及び「保健医療サービスの統合ネットワーク」については、「2.5 保健医療サービスの供給体制」で後述する。また、「財政」、「医療保障」並びに「医薬品の質管理」については、「3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ」で言及する。

⁸ MINSAL, Plan Nacional de Salud, https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/08/37273_Plan-Nacional-de-Salud_3003-1.pdf

表 4 保健医療戦略目標と行動計画

| 戦略目標 | 行動計画（指標） |
|-------------------------|--|
| <p>1. 感染症対策</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 行動計画 1：結核対策 （人口 10 万人あたりの結核患者数を 12.1 から 5 へ減少） • 行動計画 2：呼吸器疾患 （急性呼吸器疾患の対人口 10 万の死亡数を 17.1 から 14.3 へ下げる。） • 行動計画 3：動物媒介とベクター感染症対策 （デング熱、マラリア、狂犬病の発生を抑える。先天性シャーガス病の 1 歳未満児の完治率 95%） • 行動計画 4：感染性疾患撲滅 （小児弛緩性麻痺、麻疹、風疹の発症を抑える。B 型肝炎の母子感染を抑える。） • 行動計画 5：エイズ対策 （HIV エイズによる対人口 10 万の死亡数を 2 から 1 へと下げる。） |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 行動計画 1：循環器疾患対策（循環器疾患患者の生存率を 10%上げる。） 内容：① 血圧管理（高血圧症者の 32%が改善される。）、② 適切な治療（45 歳以上の 25%が心臓発作の症状を理解する。45 歳以上の 10%が循環器疾患の症状を理解する。15 歳以上の 80%が高血圧症を理解する。）、③ 心臓発作等の循環器疾患患者の 60%が退院後 3 か月再入院しない。 |
| <p>2. 慢性疾患・暴力・障がい対策</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 行動計画 2：がん対策（がんによる対人口 10 万の死亡数を 112 から 97.1 へ下げる。） 内容：① 早期発見（早期発見率の 10%増加、25 から 64 歳の女性の 80%の乳がんや子宮頸がんの健診率、50 から 59 歳の女性のマンモグラフィー検査率 75%、② 適切な治療（10%の延命増） • 行動計画 3：糖尿病対（対人口 10 万の糖尿病による死亡数を現状の 15.9 程度で維持する。） • その他の行動計画：慢性腎臓病対策、慢性呼吸器疾患対策、精神障害対策、障がい者対策、口腔衛生、交通事故、女性への暴力 |
| <p>3. 生活習慣</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 行動計画：喫煙、飲酒、麻薬、肥満児、運動、安全な性行動、 |
| <p>4. ライフコース</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 行動計画：妊産婦死亡、子どもの成長障がい、青少年の自殺、若年妊娠、労働災害、職業病、女性の生理周期、高齢者の健康、 |
| <p>5. 均等な保健医療政策</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 行動計画：他民族における健康、ジェンダーの平等、移住者の健康、受刑者の健康 |

| | |
|---------------------|---|
| 6. 環境 | • 行動計画：環境状況、食品中毒 |
| 7. 保健医療セクターの機能強化 | • 行動計画：保健医療情報、保健医療研究、社会参加、インフラ、保健人材、財政、保健医療サービスの統合ネットワーク、国際協力 |
| 8. 保健医療サービスの質 | • 行動計画：医療保障、医薬品の質管理、患者満足度 |
| 9. 救急医療・自然災害・パンデミック | • 行動計画：危機管理、保健医療施設体制 |

出典：MINSAL, Plan Nacional de Salud を基に調査団作成。

「1.3 国家開発計画」の中で、チリにおける UHC 達成へ向けての国家政策として、「明示保証されたユニバーサル・アクセス (AUGE)」を指摘したが、この保健医療サービスの実施体制として保健省では、「明示保証されたユニバーサル・アクセスの体制 (GES: Régimen General de Garantías Explícitas en Salud)」と称している⁹。「明示保証」の内容とは、「保健医療サービスのアクセス」、「サービスを受ける機会」、「サービスの質」及び「ファイナンスの保障」の 4 つを示す。この実施運営面では、公的団体である「国民健康基金 (FONASA)」と、民間組織である「民間健康協会 (ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional)」の 2 つの組織が関与している。この 2 つの組織を合わせたものが、「明示保証されたユニバーサル・アクセスの体制 (GES)」であり、これがチリにおける公的医療保障である¹⁰。この運営内容や実績については、については「3.5 医療保険制度の関連政策」にて後述する。

明示保証されたユニバーサル・アクセスの体制 (GES) が特に重視して対象とする 85 重要疾患は、下表に示す通り、感染症や母子保健に関するものは当然ながら、がん治療や糖尿病など特に、慢性疾患で治療が長期化する NCD などの国民にとって重要疾病を上げていることに特長がある。

表 5 GES 対象の 85 重要疾患

| | |
|-------|--|
| 外傷 | 複雑骨折、脳震盪、目の外傷、火傷 |
| 循環器疾患 | 急性心筋梗塞、15 歳以上のペースメーカー施術、15 歳以上の虚血性ショック、脳動脈瘤破裂、15 歳以上の脳腫瘍、15 歳以上の心臓弁外科処置、15 歳以上の心臓冠状僧帽弁外科処置 |
| NCD | 4 及び 5 ステージの慢性腎臓病、糖尿病 1 型、糖尿病 2 型、HIV/AIDS、15 歳以上の高血圧、血友病、誤嚥性肺炎の緊急処置、55 歳以上の関節症、嚢胞性線維症、リウマチ、15 歳以上のてんかん症、15 歳以上の喘息、パーキンソン病、若年性関節リウマチ、複雑硬化症、B 型肝炎、C 型肝炎、15 歳以上の甲状腺機能低下症、全身エリテマトーデス、アルツハイマー病 |
| 眼科 | 白内障の外科処置、65 歳以上の乱視、糖尿病性網膜症、外傷によるものでない網膜 |

⁹ Mi Chile Atiende, <https://www.chileatiende.gob.cl/>

¹⁰ Chile Atiende, Plan AUGE-GES, <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2464-plan-auge-ges>

| | |
|-----------|---|
| | 剥離 |
| 外科 | 25歳未満の側弯症の外科処置、35歳から49歳の睾丸摘出術、前立腺外科処置、 腰椎髄核外科処置 |
| 出産と新生児 | 早産予防、新生児の呼吸困難症候、無痛分娩、新生児網膜症、呼吸器異形、新 生児の難聴 |
| 65歳以上の高齢者 | 人工器官の装着、コミュニティでの感染性肺炎の緊急処置、介護、補聴器装着 |
| 歯科 | 6歳児の歯科検診、緊急歯科処置、60歳の歯科検診、妊産婦の歯科検診 15歳未満児：外科処置可能な先天性心疾患、脊椎異形成症、口唇口蓋裂、急性 呼吸器疾患の救急処置、てんかん症、9歳以下の斜視、喘息、脊椎異形、4歳以 下の難聴 |
| 精神科 | 総合失調症、15歳以下の鬱病、20歳以下のアルコール・薬物依存症、15歳以上 の双極性障害 |
| 癌治療 | 子宮頸がん、末期がんにおける緩和治療、15歳以上の乳がん、15歳以下のが ん、15歳以上の陰嚢がん、リンパ腫がん、消化器がん、15歳以上の前立腺が ん、15歳以上の白血病、15歳以上の直腸がん、卵巣がん、15歳以上の膀胱が ん、15歳以上の骨肉腫、15歳以上の肺がん、15歳以上の甲状腺がん、15歳以 上の腎臓がん、15歳以上の骨髄腫 |
| 予防 | 慢性腎臓病予防、ヘリコバクターピロリ除菌 |

出典：https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-17520_recurso_1.pdf を基に調査団作成。

チリにおける社会福祉政策には、表5に示す通り、各種のプログラムがある。また労働災
害や雇用保険でも各種の年金が揃っている¹¹。

表6 社会福祉政策に関する整理表

| | |
|------------|--|
| 高齢者に対する政策 | <ul style="list-style-type: none"> 公衆衛生プログラム (Programa de Salud Pública) 老齢年金 (Pensión de Vejez) |
| 母子に対する政策 | <ul style="list-style-type: none"> 未亡人年金 (Pensión de Viudez) 孤児年金 (Pensión de Orfandada) |
| 障がい者に対する政策 | <ul style="list-style-type: none"> 障がい者職業訓練プログラム (Programa de Capacitación para Discapacitados) |

出典：Escuela de Salud Pública, PROTECCIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD EN CHILE を基に調査団作成。

課題別保健政策では、表6に示すプログラムや対策がある。

¹¹ Escuela de Salud Pública, PROTECCIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD EN CHILE, http://www.ochisap.cl/images/ene20/Proteccion_Seguridad_Social_Chile_Gattini_2018.pdf

表 7 課題別保健政策の整理表

| | |
|--------------|---|
| NCD 対策 | <ul style="list-style-type: none"> 長期国家がん対策プログラム 2018-2028 (Programa Nacional de Cáncer 2018-2028) |
| 母子保健対策 | <ul style="list-style-type: none"> 受胎管理国家規定 (Normas nacional sobre Regulación de la Fertilidad) |
| 高齢者対策 | <ul style="list-style-type: none"> 老人病管理規定 (Manual de Geriatria para Médicos) |
| 乳児から高齢者までを対象 | <ul style="list-style-type: none"> ライフサイクル健康管理プログラム (Matriz de Cuidados de Salud a lo largo del Curso de Vida) |

出典：Escuela de Salud Pública, PROTECCIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL Y DE SALUD EN CHILE を基に調査団作成。

2.3 保健行政機関

チリにおける保健行政の中心機関は、保健省 (MINSAL) である。ただし、前述した社会福祉の各種年金等は、労働・社会保障省が担当している。保健省の組織は、保健大臣の下に次官が 2 名配置され、それぞれ「公衆衛生 (Subsecretaria de Salud Pública)」の領域と「保健医療サービスネットワーク (Subsecretaria de Redes Asistenciales)」領域を担当している。

公衆衛生領域の組織図は、添付資料 (保健省組織図) の通り、「予防管理部門 (DIPRECE)」、「衛生計画部門 (DIPLAS)」、「公衆衛生政策部門 (DIPOL)」及び「財務部門 (DIFAI)」の 4 部門から成る。部門の中には、感染症部、NCD 部、ライフサイクル部等の 10 部署が配置されている。なお、エイズ部は感染症部と独立した部署であり、がん部は NCD 部と独立した部署となっている。高齢者対策を担当する部署は、ライフサイクル部の中にある高齢者室である。また、衛生計画部門の中に、医薬品管理部があるが、これについては、「2.8 医薬品調達・供給」にて後述する。さらに、本領域を担当する公衆衛生次官は、「3.5 医療保険制度の関連政策」に言及する「国家保健医療基金 (FONASA) や「公衆衛生協会 (ISP : Instituto de Salud Pública)」を調整する機能も有している。

保健医療サービスネットワーク領域の組織は、添付資料の通り、「保健医療サービスネットワーク部門 (DIGERA)」、「PHC 部門 (DIVAP)」、「投資部門」、「保健医療人材開発部門 (DRGEDEP)」及び「予算部門」の 5 部門から成っている。投資部門が「2.1 保健医療サービスの供給体制」に後述する保健医療施設管理の担当である。また、本領域を担当する保健医療次官は、「2.8 医薬品調達・供給」に言及する「国家調達センター (CENABAST : Central Nacional de Abastecimiento)」や「2.1 保健医療サービスの供給体制」の核となっている「国家保健サービスシステム (SNSS : Sistema Nacional de Seivicios de Salud)」を監督している。

2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況

チリにおいては、表 7 に示す通り、世界銀行や世界保健機関 (WHO) が実施する国際的な保健に関わる調査は実施されていない。また、地区保健医療情報システムである DHIS (District health Information System) 2 も導入されていない。一方、チリでは、同国独自で、

国家統計局（INE: Instituto Nacional de Estadística）が人口動態等一般の統計情報を、また、保健医療セクターにおいては、前述の保健省の衛生計画部門（DIPLAS）を中心に情報を取りまとめている。

表 8 保健医療に係る調査実施状況の整理表

| 調査名 | 実施及び支援・協力機関 | 実施年 | 実施内容 |
|---|---|-----|--|
| 人口保健調査 ¹² ： Demographic Health Survey (DHS) | <ul style="list-style-type: none"> USAID ICF | 未実施 | 出生記録、世帯記録、身長・体重スコア（WHO 児童成長基準）、個人記録、子供の記録、世帯員の記録、裕福度等 |
| 生活水準指標調査 ¹³ ： Living Standards Measurement Study (LSMS) | <ul style="list-style-type: none"> The World Bank Group | 未実施 | 世界銀行の代表的な家計調査プログラムであり、国の家計調査システムの強化と、開発政策に役立つマイクロデータの質の向上を目的としている。 |
| STEP 調査 ¹⁴ ： STEPwise Approach to Surveillance | <ul style="list-style-type: none"> WHO | 未実施 | WHO によって開発された、NCD の危険因子の状況を国レベルで把握する調査方法。 |
| 地区保健医療情報システム ¹⁵ ： District Health Information System2(DHIS2) | <ul style="list-style-type: none"> PEPFAR WHO The Global Fund CDC Gavi UNICEF、等 | 未導入 | 保健情報の収集、伝達、分析、レポートなど保健情報を活用するためのプラットフォーム。 |

出典：調査団作成。

前述した「国家保健計画」の戦略目標 7「保健医療セクターの機能強化」の第 1 に「保健医療情報の強化」が挙げられ、その行動計画の 1 つとして、「2020 年までに 70% の一次医療施設及び病院が 100% 電子カルテを導入する」とある。なお、2020 年 10 月に発表された「チリ遠隔医療 e-Health 開発ガイドライン（Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y

¹² The DHS Program, <https://dhsprogram.com/>

¹³ The World Bank, Living Standards Measurement Study <https://www.worldbank.org/en/programs/lms/overview>

¹⁴ WHO, STEPwise Approach to NCD Risk Factor Surveillance (STEPS), <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/>

¹⁵ dhis2, <https://dhis2.org/>

Telesalud en Chile)」によると、コロナ禍の影響を受けて、保健省（MINSAL）を中心に、大学やチリ・ライフサイエンス・イノベーションセンターと協同して、ICTを活用した遠隔外科処置等を含む広範囲な遠隔医療導入について検討を進めている¹⁶。

2.5 保健医療サービスの供給体制

チリにおける保健管区は、基本的に15行政区に沿っているが、人口の多い行政区は複数に分割される。首都圏が最も多く、6つに分けられている。保健管区内での供給体制は、一次保健医療サービス、すなわちPHCと、二次及び三次医療サービスに大別され、病院の医療サービスのレベルは高位医療、中位医療、低位医療の3つに分類される。全国の公的病院は188あり、その中で高位医療を提供する病院は62、中位は27、下位は99である¹⁷。表8に、サービスレベル別の医療機関の区分とそれぞれのサービス内容等を示す。

表9 サービスレベル別の医療機関の区分とサービス内容の整理表

| | カテゴリー | 役割 |
|-------------------|---|---|
| 一次医療サービス (PHC) | I-1. 家族保健センター (CESFAM : Centro de Salud Familiar) | 家族とコミュニティ統合保健モデル (Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario) を実践する。 |
| | I-2. 都市一般診療所 (CGU : Consultorio General Urbano) | 住民2万から5万人に1施設整備され、都市部で最も下位のレファラル元としての役割を持っている。 |
| | I-3. 農村一般診療所 (CGR : Consultorio General Rural) | 住民2万から5万人に1施設整備され、農村部で最も下位のレファラル元としての役割を持っている。 |
| | I-4. 農村保健ポスト (PSR : Posta de Salud Rural) | コメディカルスタッフが1名配置される農村部での保健の橋頭保する。 |
| | I-5. 農村医療ステーション (EMR : Estación Médico Rural) | 常駐者は不在だが、農村保健医療チームが定期的に巡回する。 |
| | I-6. 緊急保健医療サービス (SAPU : Servicio de Atención Primaria de | 救急医療ネットワークの下位に位置づけられ、レファラル元と |

¹⁶ Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, <https://www.minsal.cl/>

¹⁷ Estructura y Funcionamiento del Sistema de Salud Chileno: <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>

| | カテゴリー | 役割 |
|------------------|--|---|
| | Urgencia) | して機能する。通常 CESFAM 施設内にある。 |
| | I-7. 特別措置緊急保健医療サービス (SAR : Servicio de Atención de Urgencia de Alta Resolución) | SAPU のサービス対象外である 17 時から翌朝の 8 時までのサービスを担当する。 |
| | I-8. 家族保健コミュニティセンター (CECOF : Centro Comunitario de Salud Familiar) | CESFAM と CGU または CGR の統合サービスを実施する。 |
| | I-9. コミュニティ病院 (HC : Hospital de Familia y Comunidad) | 訪問診療も担当する。 |
| 二次及び 三次医療サービス | II-1. 家族精神衛生コミュニティ保健センター (COSAM: Centro Comunitario de Salud Mental Familiar) : | CESFAM に精神ケアを加えたサービスを提供する。 |
| | II-2. レファラル保健センター (CRS: Centro de Referencia de Salud) | 中位の医療サービスを提供する機能を持っている。 |
| | II-3. 診断センター (CDT : Centro de Diagnóstico Terapéutico) | 総合的な臨床検査と画像診断のサービスに特化して提供する。 |
| | II-4. 専門科診療センター | 専門科の診療サービスを提供する。 |
| | II-5. 専門病院・専門センター | 専門分野の三次医療を提供する専門病院と国家がんセンター、国家脳神経外科センター等の専門センターがある。 |

出典 : Estructura y Funcionamiento del Sistema de Salud Chileno を基に調査団作成。

なお、1978 年のアルマ・アタ宣言より、チリは PHC の整備に努め、1980 年以来、87% の市町村を実施者とする PHC が展開され、一部の市町村では NGO や大学が運営している。上表の一次医療サービスの分類で示した PHC 施設は 2,514 あり、そこでの保健医療人材は 58,600 人である。一方、汎米保健機構 (PAHO) は¹⁸、チリの保健システムは「財政的にも、保健医療サービスや保健リソースの配分においても分断されている (el sistema de Salud está fragmentado tanto en su financiamiento como la provision de servicios y disponibilidad desigual de recursos) と報告している (2017 年) が、チリ保健省では 2014 年より、この分断解消のために、保健医療サービス統合ネットワーク (RISS : Redes integradas de Servicio de Salud) の施

¹⁸ Pan American Health Organization, Health in the Americas 2017, <https://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2017/>

策を策定してネットワーク強化を推進している。上記の PHC 施設を網羅するように、二次及び三次医療サービスの全 196 病院のネットワーク内の配置を整理し、ネットワーク間の調整と評価のための保健医療チームをも整備している。

民間セクターにおいては、10 床以上の病棟を持つ民間病院数は 83 あり、その 40%は首都部に位置する。民間病院の病床総数 6,914 は、国全体の病床数の 18%にあたる。民間には、病院の他、877 の診療検査所、490 の画像診断所、745 のクリニックがある。なお、チリにおける人口 1 万人あたりの病床数は、21 ベッドである。

2017 年時点で保健医療専門員数は、計 43,923 人で、その内訳は、医師 16,225 人、歯科医師 2,356 人、生化学者 153 人、薬剤師 858 人、その他の看護師等の専門職 24,337 人である。

また、2012 年におけるチリ全国での保健医療人材育成機関の学生数調査結果では、医師は年間 11,057 人、看護師は 10,224 人、助産師は 1,943 人輩出できる状況にある。なお、チリにおける人口 1 万人あたりの医師数は、25.9 人である。

2.6 主要保健医療サービスの利用状況

チリにおける麻疹の予防接種率は、1990 年の 97.0%から 2015 年には 96.0%へ若干低下しているが、前述の通り、乳幼児死亡率は著しく減少し、出生千人に対し 7 前後を維持している。

2015 年の適正な医療人材による出産介助率は、99.9%と高い割合である。また、保健省が発表した 2015 年の基礎保健医療情報によれば、保健医療サービスの実施件数は、緊急医療診療 18,422,068 件、PHC 診療 16,048,924 件、専門診療 7,987,072 件、及び外科処置 1,009,186 件である。

保健省統計局では、表 10 に示す通り、各種の診療件数の推移を発表している^{19,20,21,22,23,24,25}。これによれば、経年的に全体として増加はしているが、ほぼ均一的な診療件数だといえる次項に示す大規模な病院建築計画によって今後、変化が見られるものと考えられる。

¹⁹ issuu, Anuario de atenciones y recursos Chile 1999 2004 by DEIS, https://issuu.com/deisminsal/docs/anuario_1999-2004

²⁰ Issuu, Anuario de atenciones y recursos. Chile, 2005 a 2009 by DEIS, https://issuu.com/deisminsal/docs/anuario_1999-2004

²¹ MINSAL, Indicadores Básicos Salud Chile 2010-2014, <https://repositoriodeis.minsal.cl/ContenidoSitioWeb2020/uploads/2018/12/IBS-2010-2014.pdf>

²² MINSAL, Indicadores Básicos Salud Chile 2015, <https://repositoriodeis.minsal.cl/Publicaciones/2018/10/IBS%202015.pdf>

²³ MINSAL, Indicadores Básicos Salud Chile 2016, <https://repositoriodeis.minsal.cl/Publicaciones/2018/10/IBS%202016.pdf>

²⁴ MINSAL, Indicadores Básicos Salud 2017 Chile, <https://repositoriodeis.minsal.cl/Deis/indicadores/IBS%202017.pdf>

²⁵ MINSAL, Sistema Reportes REM, <https://reportesrem.minsal.cl/>

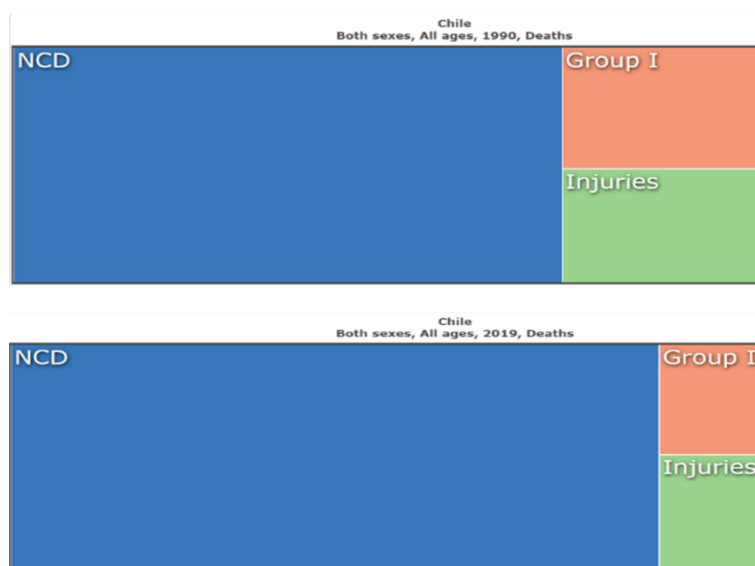
表 10 全国の保健医療施設における各種の診療総件数

| 項目 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 一般外来 | 42,016,500 | 42,242,895 | 42,985,305 | 41,721,791 | 41,839,048 | 42,044,867 | 42,458,064 | 44,630,681 |
| プライマリ 診療 | 16,253,988 | 16,292,473 | 16,155,319 | 15,293,792 | 15,315,474 | 15,827,448 | 16,048,924 | 17,009,660 |
| 専門外来 | 7,034,665 | 7,183,674 | 7,137,241 | 7,338,635 | 7,338,635 | 7,613,029 | 7,987,072 | 8,238,964 |
| 緊急診療 | 18,727,847 | 18,766,748 | 19,692,745 | 19,227,328 | 19,184,939 | 18,604,390 | 18,422,068 | 19,382,057 |
| 手術 | 993,127 | 1,060,874 | 982,267 | 936,672 | 917,509 | 1,009,186 | 1,012,018 | 1,023,524 |
| 退院患者数 | 1,623,875 | 1,648,687 | 1,659,654 | 1,676,936 | 1,660,151 | 1,671,054 | 1,637,265 | 1,637,150 |

出典：調査団作成。

2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況

世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease Study）の結果によると、図 5 に示す通り、国際疾病分類（レベル 1）に沿って死亡を大きく感染症疾患・母子疾患・栄養疾患（Group I）、非感染性疾患（NCD）、及び外傷（Injure）の 3 つのグループに分けたとき、1990 年において、総死亡の 73.11%が NCD、13.89%が感染性疾患・母子・栄養疾患（Group I）、13%が外傷（Injure）となっており、30 年前の時点で、既に NCD が大きく台頭している。2019 年時点では、NCD が総死亡の 85.83%を占めている。これに比べて、感染性疾患・母子・栄養疾患は 6.86%、外傷は 7.32%に過ぎず、NCD の脅威がさらに増大しており、チリにおいては、保健医療セクターのサービス整備において NCD 対策を外すことはできない。



出典：Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD compare, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

図 5 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合

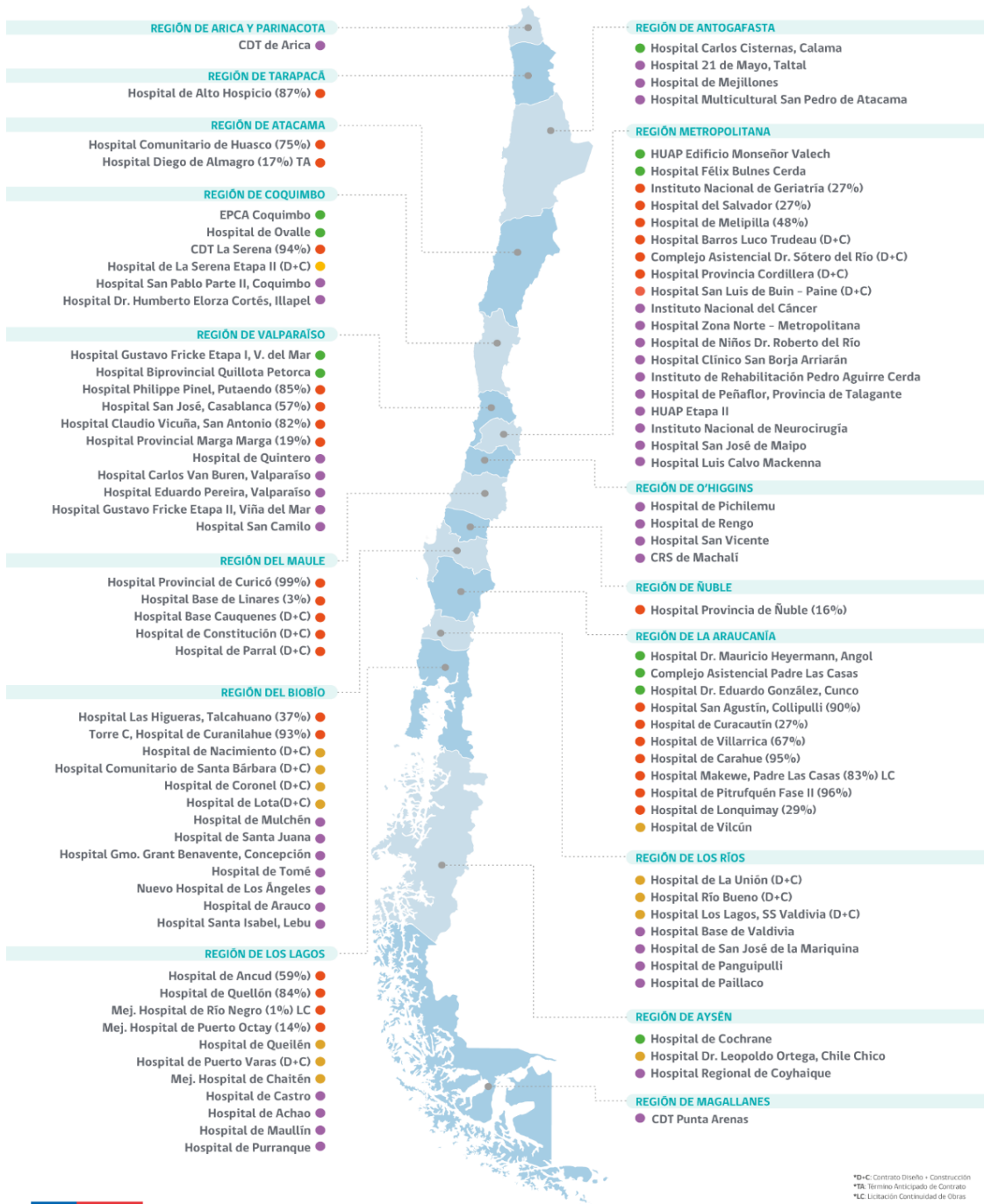
前述した「国家保健計画」の戦略目標 7「保健医療セクターの機能強化」の行動計画 4 番目に「インフラ」が挙げられ、58 病院の新設または改築の計画と家族保健センター（CESFAM : Centro de Salud Familiar）や家族コミュニティ保健センター（CECOF : Centro Comunitarios de Salud Familiar）等の一次保健サービス（APS : Atención Primaria de Salud）の計 162 施設の新設または改築が計画されている。病院の新築・改築の 2021 年現在の状況は、図 6 の通りとなっており、11 病院は施工済、34 病院は建築工事中であり、13 病院については今後入札予定である²⁶。一次保健施設については、図 7 と図 8 に示す通りであり、90 の保健センターは施工済、42 センターは建築工事中であり、30 のセンターは今後入札予定である^{27,28}（2021 年 5 月時点）。

また、保健医療人材についても同様に、戦略目標 7「保健医療セクターの機能強化」の 5 番目の行動計画として「保健人材」が挙げられ、2020 年までに保健人材の核となる医師、助産師及び看護師の総数を対人口 1 万人で 23.9 から 32 へ増員する計画がある。

²⁶ MINSAL, PLAN NACIONAL DE INVERSIONES 2018-2022, <https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/>

²⁷ MINSAL, APS Terminados, https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/?page_id=3393

²⁸ MINSAL, APS en Ejecución, https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/?page_id=4506



*D-C: Contrato Diseño + Construcción
 *TA: Término Anticipado de Contrato
 *LC: Licitación Continuada de Obras

图 6 病院整備計画



Mayo 2021

APS Terminados

Plan Nacional de Inversiones

90 » APS en total

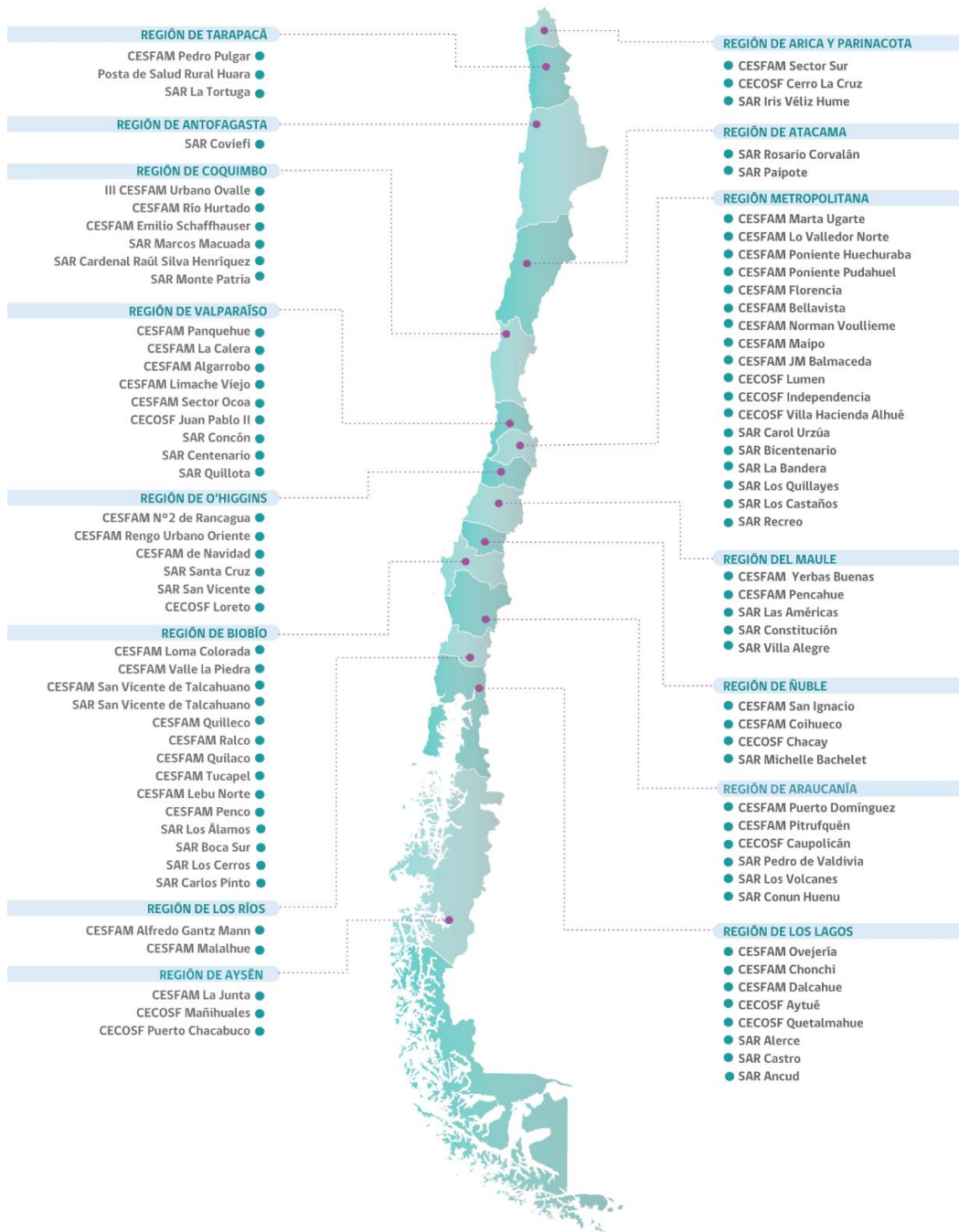
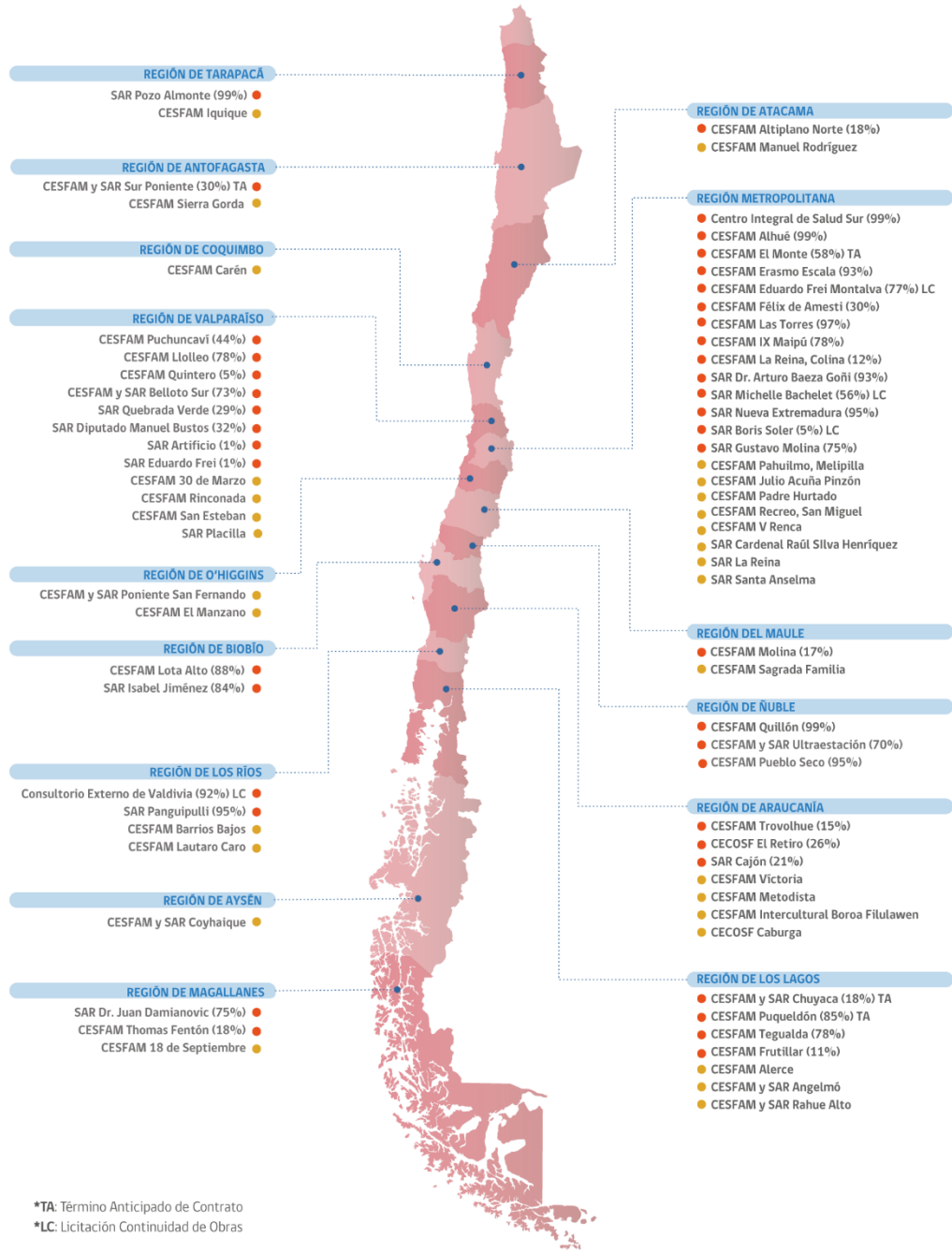


図 7 一次保健医療施設整備計画（実施済）

APS Ejecución - Licitación

Plan Nacional de Inversiones

72 APS en total » 42 APS en Ejecución : 30 APS en Licitación



*TA: Término Anticipado de Contrato
*LC: Licitación Continuidad de Obras

图 8 一次保健医療施設整備計画（実施中）

2.8 医薬品調達・供給

2004年に発布された「保健改革における医薬品国家政策 (Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud) ²⁹」及び2010年に発行された保健省 (MINSAL) の「医薬品選択マニュアル (Manual de Selección de Medicamentos) ³⁰」によれば、チリにおいては約1,570品目の医薬品が流通しており、その内6割近くがジェネリック医薬品である。医薬品の消費規模を経時的に見てみると、消費額は1995年から1999年までの5年間で、386百万米ドルから567百万米ドルへ増加し、2002年には501百万ドルへ軽度低減するも、その後は急増し、2008年には1,058百万米ドルに達した。また、消費医薬品数で見ると、1995年から1999年までの5年間で、126百万から168百万に増加し、これを2002年まで維持した後、2008年には223百万医薬品数に達している。

チリにおける必須医薬品のコンセプトは、最低必要なものというよりは、医療状況や優先度も含めたより幅広い考え方となっている。公的セクターを含め、使用する医薬品は基本的に各医療機関で選択することになっているが、国の医薬・治療委員会 (Comité de Farmacia y Terapéutica) が「国家医薬品規定 (Formulario Nacional de Medicamentos)」を定め、この規定に沿った医薬品の選択を推奨している。本規定では、「麻酔薬」「ワクチン」等の24の大分類と、これらの各大分類に「麻酔ガス」や「局所麻酔」等の小分類を定め、医薬品として規定している。

各医療機関が直接調達しない一次医療施設用のワクチンや必須医薬品等は、前述の国家医薬品規定に従い、保健省 (MINSAL) の保健医療サービスネットワーク領域が管轄する国家調達センター (CENABAST) が一括調達している。

公的セクターにおける医薬品調達は、チリ全体の医薬品消費額の13%に過ぎず、また、公的医療機関においても基本的に医薬分業制となっていることから、民間薬局が国民の医薬品へのアクセスに果たす役割は大きい。

2.9 ドナーの支援実績

以下に、チリの保健医療分野における米州開発銀行 (IDB : Inter-American Development Bank)、国際連合 (UN : United Nations)、日本政府等による支援実績を示す。

米州開発銀行 (IDB) による計画中及び実施中の保健医療プロジェクトは、下表の通りである。

²⁹ MINSAL, POLITICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS EN LA REFORMA DE SALUD, https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/RESOLUCION_515_04_POLITICA_MEDICAMENTOS.pdf

³⁰ MINSAL, MANUALDESELECCION DEMEDICAMENTOS, <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Manual%20Seleccion%20de%20Medicamentos%20Final%20con%20Dise%C3%B1o.pdf>

表 11 IDB による支援協力プロジェクト

| プロジェクト名 | 金額 (千米ドル) 【スキーム】 |
|--|------------------|
| 植物由来の医療応用 (Botanical Solutions: Promoting Biotech Platform for Sustainable and Improved Production of Advanced Botanical Materials) | 1,000 【有償】 |
| コロナ渦における慢性疾患患者の待ち時間管理に照準したヘルスケア支援 (Support for the Continuity of Essential Health Care with an Emphasis on the Management of Waiting Lists and Care for Chronic Patients in the Context of the COVID-19 Crisis) | 400 【技協】 |
| 患者待ち時間解消のための情報システムのデザイン化と実施 (Design and Implementation of an Information and Support System for People Who are on the Waiting List in the Public Health System) | 200 【技協】 |

出典：https://www.iadb.org/en/projects を基に調査団作成。

また、UN 関係では、表 12 に示す UNDP、ILO 及び FAO が共同する高齢者対策プログラムが実施中である。なお、本プログラムは厳密に言えば保健医療分野でなく社会保障分野に位置するものである。

表 12 UN による支援協力プログラム

| プログラム名 (内容) | 期間 | 金額 (千米ドル) 【スキーム】 |
|---|-------------------------------|------------------|
| NODO プラットホーム： ICT を活用したインクルーシブな高齢社会保障 (Nodo Platform: Improving social protection and inclusion of the elderly through ICT) | 2020 年 1 月から 2021 年 12 月まで | 2,209 【技協】 |
| 内容：12 の自治体をパイロットする IC 情報を用いた 高齢者ネットワークの構築、公共及び民間サービスへのアクセスの向上、及び高齢者への緊急対応の強化を 目的とする。 | | |

出典：https://proyecnodo.cl/を基に調査団作成。

なお、現在、世界銀行グループが実施している保健医療プロジェクトは無い。

また、日本政府の対チリ援助総額は、前述の通りであるが、保健医療分野における 2019 年度までの技術協力の累計支援額は 3,178 百万円であり、社会福祉分野においても、技術協

力で 2019 年度までに累計総額 405 百万規模の支援を実施している³¹。チリに対する援助の基本方針（大目標）は、「質の高い持続可能かつ包摂的な成長への貢」であり、重点分野（中目標）は、「社会的包摂性を持つ持続可能かつ強靱な社会の実現」と「三角協力の推進」となっている。日本は、1999 年にチリと三角協力の係るパートナーシップ・プログラム（JCPP: Japan-Chile Partnership Programme）に署名し、チリ国際協力開発庁の第三国に対する開発協力のための実施能力強化支援を行っている。また、日本はチリと「高齢化社会に対する協力の覚書」を 2019 年 6 月に取り交わしている。なお、世界銀行グループとのパートナーシップである日本開発政策・人材育成基金（PHRD: Policy and Human Resources Development）による、現在実施中の案件は無い³²。

2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ

本章の前項までに記載した、チリの保健医療セクターにおける各種の課題やニーズを UHC 達成に向けた視点で整理すると以下の通りである。

チリの人口動態は、依然人口ボーナス期にはあるが、現在の高齢化社会から今後、高齢社会へ確実に進む見通しにある。疾病構造は NCD 中心であり、また、経年的にもその脅威は高まってきている。保健医療政策では、次章の「医療保障制度」にも関連するユニバーサル・アクセス体制（GES）の強化を中心に、NCD をも含めた幅広い保健医療サービスを展開しているものの、診療への待ち時間等のアクセスの全体的な課題もある。また、全国での地域格差の解消のため、保健医療サービス統合ネットワーク（RISS）の施策の下、病院や一次保健センターの大規模な新築や改築への投資を実施している。

3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

チリの保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズとして、以下に、財政の一般情報、主要保健財政指標、保健省予算、診察料、医療保険制度の関連政策、公的保健保障制度、民間医療保険の概要、及び保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズについて報告する。

3.1 財政の一般情報

チリの 2020 年の国家予算は 57,951,406 百万チリペソで、約 75,824 百万米ドル相当³³であり、GDP の 27%を占める。この内訳は、一般歳出が 97.52%で大多数を占めている。その他、立法関連 0.56%、司法関連 1.54%、透明性・社会管理 0.47%、選挙関連 0.11%となって

³¹ JICA, 事業実績, <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

³² The World Bank, 日本開発政策・人材育成基金（PHRD）, <https://www.worldbank.org/ja/country/japan/brief/policy-and-human-resources-development-fund>

³³ 1 チリペソ=0.0013 米ドル

いる。また、3大省庁予算では、第1位は教育省（11,352,766百万ペソ）、第2位は労働・社会保障省（7,032,372百万ペソ）、第3位は保健省（6,719,073百万ペソ）となっている³⁴。

3.2 主要保健財政指標

2018年のチリの総保健支出は27,262百万米ドルであり、対GDP比で2.3%に当たる。これは、チリも加入しているOECD加盟国平均の8.8%に比較してかなり低い値である。なお、日本は10.9%でOECD加盟国中6位である。

総保健支出の財源別の内訳については、図7に示す通り、国の一般歳出（Government Transfer）35.78%、公的医療保険（Social health insurance contribution）15.06%、国民自己負担（Out-of-pocket spending）33.24%、民間医療保険（Voluntary health insurance contribution）6.18%、その他9.75%となっている。従って、政府保健支出（Government health Spending）は、一般歳出と公的医療保険を合わせた50.8%である。

チリの国民1人あたりの保健支出は1,455.61米ドル（2018年）であり、10年前の891.71米ドル（2008年）より63%増加している。なお、保健支出の中の自己負担額も、359.98米ドル（2012年）から486.17米ドル（2018年）へと35%も増加している。チリの国が定める最低賃金は、500,000チリペソ（約75,000円）であり、日本における自己負担費である542米ドル（2018年）に近い。

³⁴ DIPRES, Ley de Presupuestos 2020, https://www.dipres.gob.cl/597/articles-202693_doc_pdf.pdf

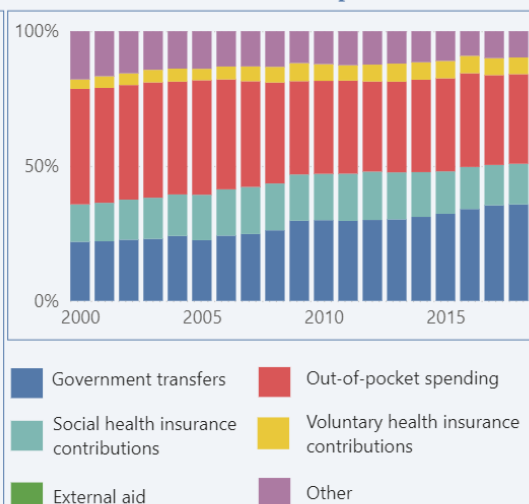
Health Expenditure Profile Chile



Key Statistics

| | 2000 | 2006 | 2012 | 2018 |
|---|-------|-------|---------|---------|
| Health spending US\$ per capita (CHE) | 357.0 | 571.2 | 1,077.8 | 1,455.6 |
| Government health spending % Health spending (GGHE-D%CHE) | 35.8% | 41.3% | 47.9% | 50.8% |
| Out-of-pocket spending % Health spending (OOPS%CHE) | 42.8% | 40.7% | 33.4% | 33.2% |
| Priority to health (GGHE-D%GGE) | 11.0% | 13.4% | 14.6% | 18.3% |
| GDP US\$ per capita | 5,074 | 9,465 | 15,352 | 15,925 |

Sources of Health Expenditure



出典：WHO, Global Health Expenditure Database, https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

図 9 総保健支出の財源別内訳

3.3 保健省予算

前述した通り、国の一般歳出から保健省への予算が 6,719,073 百万チリペソ（2020 年）で総予算の 11.6%であり、これに保健省自体の収入を加えた 9,907,484 百万チリペソが 2020 年の保健省の総予算である。これまでの推移では経年的に増加していて、2015 年の保健省予算が 7,489,703 百万チリペソであったことからこの 6 年間で 27%の伸びである。

保健省予算の事業別内訳では、一次保健医療サービス事業に 2,171,385 百万チリペソ、二次及び三次医療サービス事業に 6,011,643 百万ペソ、そして、国家保健医療基金（FONASA）を通じた社会保障事業に 1,284,856 百万ペソとなっている³⁵。

保健省内組織・機関への予算の流れでは、上の国家保健医療基金（FONASA）への直接的な資金配布が 8,200,213 百万ペソと最も大きく、疫学監視等の情報・調査・研究機関である「公衆衛生協会（ISP）」へ 35,672 百万ペソ、国家調達センター（CENABAST）へ 10,955 百万ペソ、公衆衛生領域へ 494,398 百万ペソ、保健医療サービスネットワーク領域へ 1,080,165 百万ペソ、また、「3.5 医療保険制度の関連政策」にて後述する「保健年金協会（ISAPRES : Instituciones de Salud Previsional）」を管理する保健監督局（Superintendencia de Salud）へ 14,856 百万ペソを計画的に支出している。

³⁵ DIPRES, Dirección de Presupuesto, Gobierno de Chile, <http://www.dipres.gob.cl/597/w3-multipropertyvalues-14626-25190.html>

3.4 診察料

公的セクターの診療費については、次項に示す国民健康基金（FONASA）が基本料金を決めている。例えば、専門外来初診料は 22 米ドルであり、比較的高額な診断である MRI 画像診断料は 250 ドルである。これらは基本料金として、次項に示す国民健康基金（FONASA）だけでなく、民間健康協会（ISAPRE）でも同様な基準である。ただし、「3.6 公的医療保障制度」に後述の通り、上乘せ保険料（Copago）の制度があり、この制度を使うと FONASA の場合、専門外来費は 9 米ドルで MRI は 120 米ドルの自己負担となる。また、家族保健センター（CESFAM）等の一次保健医療施設においては、国民健康基金（FONASA）の加入者は無料である。

一方、民間セクターの診療費は 1 万円以上もするクリニックもあり、保健計画国際連盟（IFHP）の報告によると、チリの民間の診療費は、国際基準に比べて高額であるとしている。ちなみに、日本での初診料は 2,880 円である。個人負担において、日本は左記の 1~3 割であるが、チリの場合も民間においては、次項に記載する民間健康協会（ISAPRES）がこれに関与する。

チリにおける国民の医療費自己負担の課題については、数多く報告されている。2000 年においては、医療総支出の 43%が国民の自己負担（gasto de bolsillo）という高い数値が記録されている。医薬品費に注目すると、1998 年から 2003 年までの期間で、一般外来診療費が 20%上昇したことに比べ、医薬品費は 53.9%も上昇している。この原因は、高齢化社会に向かって長期に医薬品の投与が必要な NCD の増大が考えられる。また、「国家保健計画」の戦略目標 7「保健医療セクターの機能強化」のための行動計画の 6 番目に「医療財政」が挙げられ、2011 年から 2020 年までに国民の医療費自己負担を 20%削減することを目標としていたが、実態として 2012 年の 33.4%（2012 年）から 33.2%（2018 年）へ殆ど軽減していない。さらに、2011 年から 2020 年まで、60 歳以上の医療費は毎年 17%の推移で増加したことに加えて、今後 2025 年までに 60 歳以上の高齢者人口は 20%増加すると予測されている。

3.5 医療保険制度の関連政策

1958 年、チリで最初の労働者用の保険として「共同保障（Mutuales de Seguridad）」制度が導入された。1979 年には、これを国家保健システムに融合し、保健省の組織改革の中で、国民健康基金（FONASA）等が組織されたことにより、国民の保健医療サービスへの選択が広がった。1980 年には、地方分権化の流れの中で、一次保健医療サービスの自治体運営が開始され、住民の保健医療サービスと年金 4%の徴収も同時に始まった。また、1981 年には、民間健康協会（ISAPRE）が創設され、加入者への保健医療サービスへの選択が更に拡大した。1985 年には、「家族助成基金（Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios）」が創設され、これを基に、2005 年には現行の「明示保証されたユニバーサル・アクセス（AUGE）」がチリの公的医療保険制度の中心となっている³⁶。なお、ユニバーサル・アクセ

³⁶ MINSAL, Ministerio de Salud, <https://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>

スでは、今回の COVID-19 による脆弱層救済のため、Los Ríos 県や Magallanes 県など南部地域のへき地市町村に在住している住民へ 1 人当たり 55,000 ペソの助成金 (Bono Covid Navidad) を配布している。

3.6 公的医療保障制度

チリにおける 2 つの公的医療保障のうち、基本的に、国民健康基金 (FONASA) は貧困層や個人経営者等の脆弱層を対象とし、民間健康協会 (ISAPRE) は、企業の雇用者等を対象としている。

FONASA は、加入者の経済状況に応じて 4 段階に分類され、最貧困のタイプ A と次のタイプ B (月収 455 米ドル以下) に認定された者は、規定の 85 疾病を中心にすべての医療費は無料となる。また、タイプ C (月収が 455 以上 664 米ドル以下、但し、扶養家族が 3 人以上いる者はタイプ B と認定される。) に認定された者は 10%を負担し、タイプ D (月収が 665 米ドル以上、但し、扶養家族が 3 人以上いる者はタイプ C に認定される。) の者は 20%を負担することが定められている。ISAPRE の場合は、給与の 7%の負担が最低条件となっており、ISAPRE も AUGE の制度に入っていることから、85 重視疾患は同じである。

加入者の規模で見ると、FONASA が 14 百万人以上で人口の 80%を占め、ISAPRE は人口の 19%の加入者を有している。FONASA と ISAPRE を合わせてほぼ全国民をカバーしていることになる。

また、これらの保険により、2005 年 6 月から 2020 年 3 までに民間健康協会 (ISAPRES) で 2 百万件以上、国民健康基金 (FONASA) では 39 百万件近くの診療が行われた。

なお、「2.6 主要保健医療サービスの利用状況」に GES が規定する 85 重要疾患を記載したが、保証の内容を細かく見てみると、カバーされないサービスに対して、破綻的疾患 (Enfermedad Catatrófica) が指摘されている。例えば、FONASA ではタイプ C と D の加入者に対し、性腎臓病に対する血液透析治療、循環器疾患における心臓外科や低侵襲処置、抗がん剤治療を受ける際、10%から 20%の上乗せ保険料 (Copago) でこれらのサービスをカバーしている。ISAPRE の場合、この上乗せ保険料にはより多くのバリエーションがあり、その中には、特定病院を指定できるものもある。

3.7 民間医療保険の概要

チリにおいては、28 社の民間保険会社³⁷がある。代表的なものとその加入率は、Met Life 社 (21.3%)、Euroamérica 社 (12.5%)、SURA 社 (10.5%)、そして BICE 社 (10.1%) と続く。

チリにおける民間保険会社は、前項の ISAPRE の制度の中にも組み込まれているが、FONASA に比べて、ISAPRE は診療予約の待ち時間の解消を含めて医療サービスの質の担

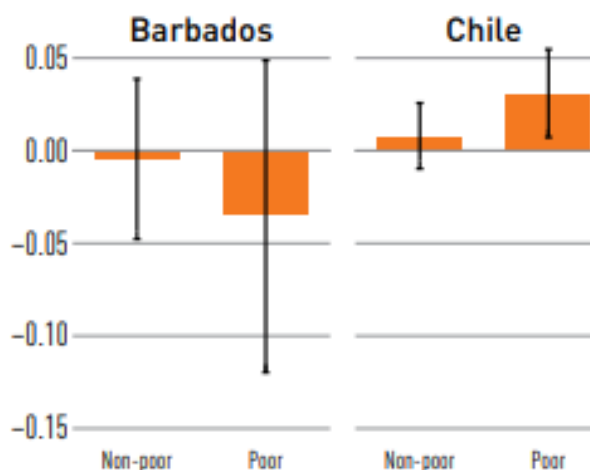
³⁷ Universidad de Desarrollo, Estructura y Funcionamiento del Sistema de Salud Chileno 2019, <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>

保やその信頼性から、民間会社の介入の余地がある。また、民間保険会社は、医療保険を提供する FONASA や ISAPRE に対して、生命保険というマーケットをも有している。生命保険は、予備健康保険 (Seguro Complementario de Salud) と呼ばれ、全国で 947,810 人 (人口の約 5%) が、この予備の健康保険と合わせて 2 つの保険に加入している。特に、ISAPRE の加入者では 45% が別の生命保険も持っている。

3.8 医療費等による家計破綻・困窮化

「2.6 主要保健医療サービスの利用状況」に記載した UHC 達成のための指標である SDG 指標 3.8.1 「サービスカバレッジ指標」とは別に、もう一つ設定されているのが SDG 指標 3.8.2 「家計破綻・困窮化」である。これは、家計収支に占める健康関連支出が大きい人口の割合を指す。WHO の 2019 年モニタリング報告書³⁸によれば、経済破綻をきたす出費が家計の中で占める割合の閾値を 10% とした場合には、チリでは 14.6% (2016 年値) の破綻率であり、ペルーの 9.2% (2018 年値) 等の近隣国より高い値となっている。なお、日本は同閾値で 4.4% (2015 年値) である。

下図は、貧困層と非貧困層を比較して、女性 (妻) 主導型の家計の破綻平均値を見たものである。左図がバルバドスであり、右図がチリである。バルバドスの場合には、両層において女性主導型の方が家計破綻を低くする結果となっているが、チリの場合には、両者ともに破綻率が高くなっており、特に貧困層においては、女性主導型では破綻率が顕著に高くなっている。



出典：WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage, 2019 Monitoring Report

図 10 家計破綻平均値

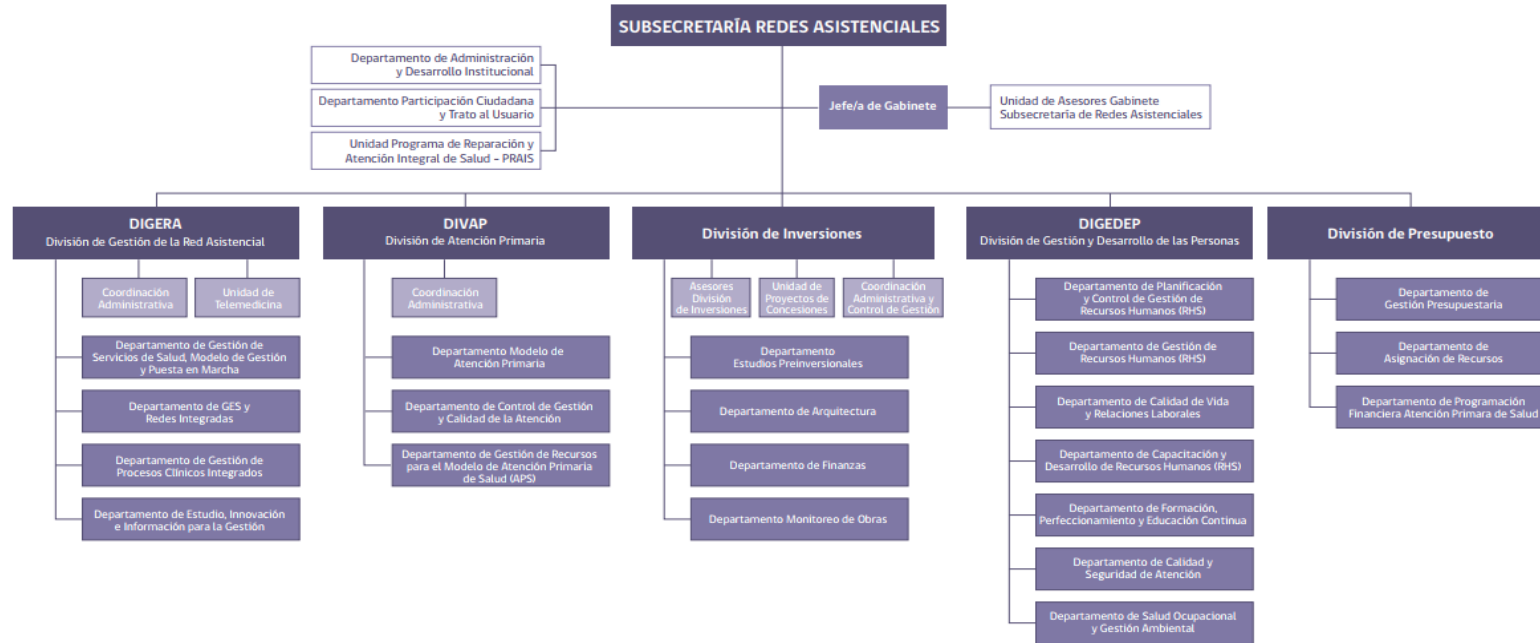
³⁸ WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report, https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf

3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ

本章前項までの項目で記載した、チリの保健医療財政・医療保障制度における各種の課題やニーズを UHC 達成に向けた視点で整理すると以下の通りである。

チリの国家予算においては、社会セクターを重視しているが、保健省の予算は、教育省の約半分にすぎない。また、対 GDP における総保健支出の割合も低い中で、国民 1 人あたりの医療費は中南米地域の中でも高額で、メキシコ、アルゼンチンやブラジルより上であり、その増額率も大きい。その中で自己負担額も増額している状況である。大半の国民は、国民健康基金（FONASA）もしくは民間健康協会（ISAPRE）の公的医療保険でカバーされている。これらの保障に、高度医療となる疾病や難病対策まで含まれていることは評価できるが、国民の負担の低減のためには、複雑な仕組みとなっている上記の公的医療保険の上乗せ保険料等についての抜本的な制度の見直しも必要だと考えられる。

ORGANIGRAMA SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES



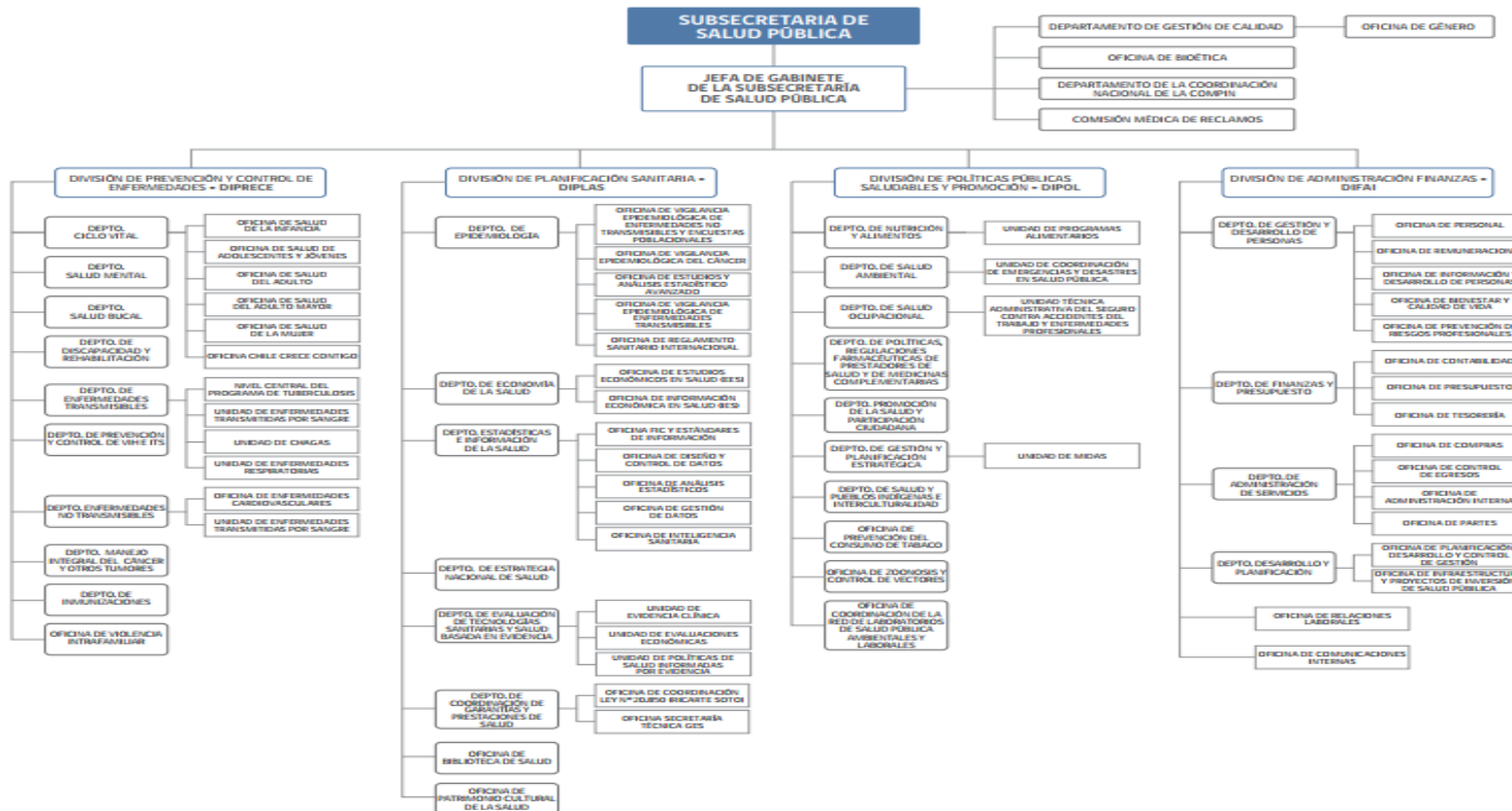
Organigrama Subsecretaría de Redes Asistenciales 2016 (Según Resolución Exenta N° 1103 del 29.09.2016)

添付資料：保健省組織図(1)



ORGANIGRAMA SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

(Última actualización: Julio 2019)



添付資料：保健省組織図(2)

第9章 コロンビア

目次

| | |
|---|------------|
| 1. 基礎情報 | 309 |
| 1.1 一般情報 | 309 |
| 1.2 政治・経済状況 | 309 |
| 1.3 国家開発計画 | 310 |
| 1.4 日本との外交・経済関係 | 312 |
| 2. 保健セクターの概況 | 312 |
| 2.1 保健・人口の概要 | 312 |
| 2.2 保健医療政策 | 315 |
| 2.3 保健行政機関 | 318 |
| 2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況..... | 318 |
| 2.5 保健医療サービスの供給体制..... | 320 |
| 2.6 主要保健医療サービスの利用状況..... | 321 |
| 2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況..... | 323 |
| 2.8 医薬品調達・供給 | 324 |
| 2.9 ドナーの支援実績 | 325 |
| 2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ | 327 |
| 3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 328 |
| 3.1 財政の一般情報 | 329 |
| 3.2 主要保健財政指標 | 329 |
| 3.3 厚生・社会保障省（MINSALUD）予算 | 330 |
| 3.4 診察料 | 330 |
| 3.5 医療保険制度の関連政策 | 331 |
| 3.6 公的医療保障制度 | 331 |
| 3.7 民間医療保険の概要 | 332 |
| 3.8 医療費等による家計破綻・困窮化..... | 333 |
| 3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ..... | 334 |

図表目次

| | | |
|-----|--------------------------------------|-----|
| 表 1 | PND における協定の内容 | 310 |
| 表 2 | 国家開発計画における保健医療分野の指標と目標 | 311 |
| 表 3 | 保健医療政策の戦略目標 | 315 |
| 表 4 | 戦略行動計画の整理表 | 316 |
| 表 5 | 保健医療に係る調査実施状況の整理表 | 319 |
| 表 6 | 保健医療施設の対応状況 | 322 |
| 表 7 | IDB による支援協力プロジェクト | 325 |
| 表 8 | WB による支援協力プロジェクト | 327 |
| 表 9 | コロンビアにおける大手民間保険会社 | 333 |
| | | |
| 図 1 | コロンビア国地図 | 309 |
| 図 2 | 1999 年及び 2019 年の人口ピラミッド | 313 |
| 図 3 | 2039 年の人口ピラミッド | 313 |
| 図 4 | コロンビアにおける障害調整生命年 (DALY) | 314 |
| 図 5 | 保健医療従事者の配置における地域間格差 | 321 |
| 図 6 | 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合 | 324 |
| 図 7 | UHC サービスカバレッジ指数 | 328 |
| 図 8 | 総保健支出の財源別内訳 | 330 |
| 図 9 | 家計の破綻平均値 | 334 |

1. 基礎情報

以下に、一般情報、政治・経済状況、国家開発計画及び日本との外交・経済関係を示す。

1.1 一般情報

コロンビアの人口は 50.34 百万人規模であり、経済規模は GDP3,236 億ドル(2019 年)、世界ランキング第 40 位である¹。なお、一人あたり GNI は 11,571 米ドル(2019 年)であり、GDP 成長率は 2011 年の 6.95% から経時的に下がっており 2019 年は 3.26%となっている²。また、国民の 27.0% が 1 日の所得が 1.25 米ドルの貧困ラインにある。

同国の特徴的な社会的背景としては、50 年以上に亘る国内紛争によって国民の約 17%にあたる約 8 百万人の紛争被害者を出したことが挙げられる。



図 1 コロンビア国地図

1.2 政治・経済状況

コロンビアの政治形態は立憲共和制であり、それぞれ任期 4 年の上院と下院の二院制の議会制度となっている。現在の元首は、2018 年 8 月に就任したイバン・ドゥケ・マルケス大統領であり、任期は 2022 年までとなっている。なお、前述の長期国内紛争は、前任のファン・マヌエル・サントス大統領の政権時である 2016 年、コロンビア革命軍 (FARC : Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia) との和平合意文書より、和平プロセスに大きな動きがあった。この流れの中で、社会包摂や地方開発等が重要政策課題として挙げられている。

主要産業は、コーヒー、バナナ、さとうきび、じゃがいも、米、熱帯果実等の農業と、石油、石炭、金、エメラルド等の鉱業の 2 本柱である。2000 年、経済協力開発機構 (OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development) に中南米地域ではメキシコ、チリに次ぐ 3 か国目として加盟国入りを果たしている。一方、2018 年での失業率は、9.7%の水準

¹ The World Bank, World Development Indicator, <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>

² The World Bank, GDP growth (annual %) – Colombia, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=CO>

であり、これは、同年の全世界平均失業率の5.4%より高い数値である³。

コロンビアに進出している本邦企業は35社あり、その半数以上は本社が日本の大企業の支店である。また、これらの半数以上が輸出業等の非製造業者である⁴。なお、2018年10月現在の在留邦人は1,312人で、日系人は推計約2千人である。

1.3 国家開発計画

コロンビアにおける現行の国家開発計画（PND：Plan Nacional de Desarrollo）は、2018年から2022年までの4か年計画である。全体のスローガンとして、合法性と国民の生産性を伴った「公平性への誓い（Pacto por Colombia, Pacto por la equidad）」を唱っている。

本PNDは、「構造的協定」、「横断的協定」、「地域における生産性と公平性の協定」及び「マクロ経済とゴールの一貫性」の4つに分かれており、各協定に含まれる内容は、下表の通りとなっている。

表1 PNDにおける協定の内容

| 協定 | 内容 |
|------------------|---|
| 構造的協定 | 合法性、起業・正規雇用者・生産性、公平性 |
| 横断的協定 | 持続性、科学・技術・イノベーション、競争力強化と地域統合のための輸送及び物流、デジタル転換、効率的で質の高い公共サービス、持続的な成長と機会の拡大のための鉱物エネルギー、文化の保護と振興・オレンジ経済の発展、平和構築、民族集団に対する機会均等、あらゆる障がい者の包摂、女性のための平等、効果的な公共管理、分権化 |
| 地域における生産性と公平性の協定 | 太平洋地域（公平性、平和的共存、持続可能な開発のための多様性）、カリブ地域（機会均等、公平性のための転換）、カリブ海シーフラワー地域（繁栄、安全、持続可能な地域のために）、セントラル地域（イノベーションセンター、国内・国際的な生産統合の商業拠点）、サンタンデール地域（物流の中心、競争力、国内の持続性）、アマゾン地域（活気のあるアマゾンのための持続可能な開発）、コーヒー地帯とアンティオキア県（競争力と持続可能な物流発展のための連結）、ジャノス・オリノキア地域（地域の持続可能な食糧を国内と世界に連結・強化）、海洋地域（大西洋と太平洋の両海洋の強化） |
| マクロ経済とゴールの一貫性 | マクロ経済・財政の一貫性と社会・経済の成果、PNDのゴールと持続的な開発目標（SDGs）の達成 |

出典：‘Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022’ (<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Resumen-PND2018-2022-final.pdf>)を基に調査作成。

³ 外務省，コロンビア共和国，<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/colombia/index.html>

⁴ JETRO，2018年度中南米進出日系企業実態調査（2019年2月），<https://www.jetro.go.jp/world/reports/2019/01/534aedc512ccb88c.html>

PND では、20 の分野で大目標を立てており、これらの目標は、SDGs と密接に結びついている。

保健医療分野は、特に、本 PND の中核コンセプトである「公平性」の領域に入っており、「万人の健康 (Salud para Todos)」というシンプルな目標となっているが、指標には下表の 5 つを掲げている。

表 2 国家開発計画における保健医療分野の指標と目標

| 指標 | 目標 |
|------|---|
| 指標 1 | 現状で試算されている 2.8 億円 (EPS による試算) から 4.7 億円 (医療機関による試算) の保健医療財政の赤字を、2019 年末までに解消する。 |
| 指標 2 | 一般診療の初診を予約から 5 日間以内を、現状の 80% から 100% にする。 |
| 指標 3 | 首都ボゴタ市の 3.7 人に対して農村部では 1.0 人となっている「へき地での医師数」を 70% 増加して、対人口千人で医師 1.7 人とする。 |
| 指標 4 | アンケートの結果、国民の 53% が「医療費は高い」と感じている医療費の不正・汚職に対して、国民全員に通達できるチャンネルを持つ。 |
| 指標 5 | 高血圧治療の実施を、現状の 72% から 80% へ上げる。 |

出典：'Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022' (<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Resumen-PND2018-2022-final.pdf>) を基に調査団作成。

(注) EPS (Entidad Promotora de Salud) は、「3.5 医療保険制度の関連政策」に記載する患者と医療機関をつなぐ仲介者 (医療保険機関) である。

本国家開発計画は、既に、「2. 保健セクターの概況」と「3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ」に後述する根本的な課題について、端的に明示している。指標 1 は医療財政の赤字であり、これについては、「3.1 財政の一般情報」にて記載する。指標 2 は医療サービスや医療保障の課題であり、「2.6 主要保健医療サービスの利用状況」と「3.6 公的医療保障制度」にて言及する。指標 3 は地域格差の問題であり、「2.5 保健医療サービスの供給体制」と「2.6 主要保健医療サービスの利用状況」にて報告する。指標 4 は医療費の問題であり、これは、「3.4 診察料」と「3.6 公的医療保障制度」にて記載する。また、指標 5 は非感染症疾患 (NCD) についてであり、「2.1 保健・人口の概要」と「2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況」にて後述する。

1.4 日本との外交・経済関係⁵

1908年5月25日に外交関係を樹立したものの、第二次世界大戦により停止し、戦後、1954年5月28日に外交関係が再開した。コロンビアにおける対日貿易では、コロンビアからの輸出はコーヒー、石炭、原油、切り花等で814億円規模である。一方、輸入は、自動車、鉄鋼、ゴム製品等で総額1,225億円である。

また、コロンビアと日本は、1962年に査証相互免除取極を、2015年には投資の自由化、促進及び保護に関する投資協定を締結している。さらに、コロンビアは、アジア太平洋経済協力（APEC）、環太平洋パートナーシップに関する包括的及び先進的な協定（TPP11協定）の参加国であり、メキシコ、チリ、ペルーと共に、中南米地域において開かれた経済連合を目指すイニシアティブである太平洋同盟（Alianza del Pacífico）のメンバー国でもある。

コロンビアに対する日本の援助実績は、2016年度までの累計で、有償資金協力が673.16億円、無償資金協力が130.68億円、技術協力実績がJICA実績ベースで327.66億円となっている。日本とコロンビアは、1976年に技術協力協定を取り交わし、1985年には、青年海外協力隊派遣取極を締結している。

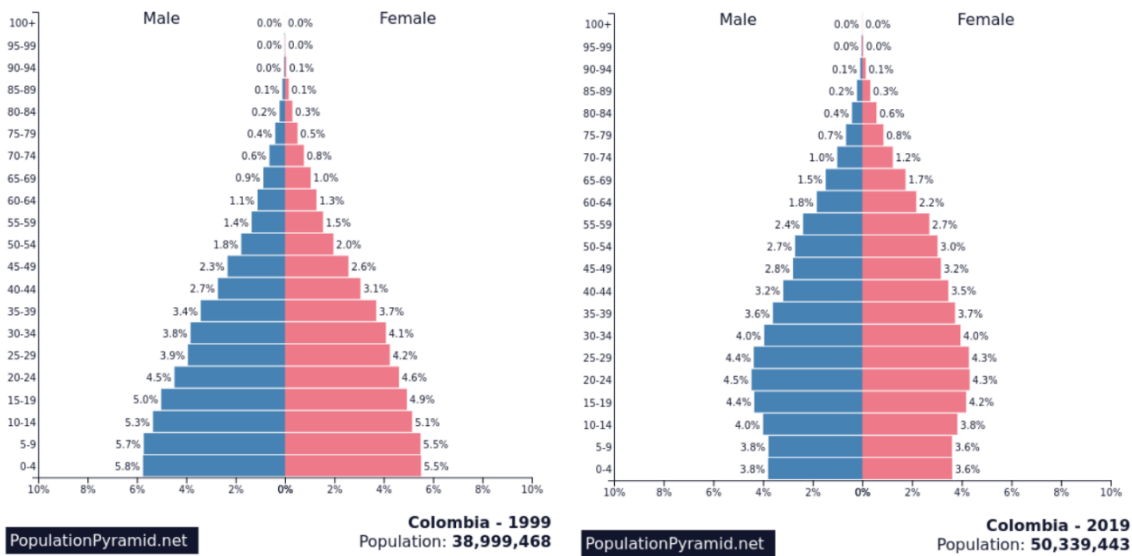
2. 保健セクターの概況

コロンビアの保健セクターの概況として、以下に、保健・人口の概要、保健医療政策、保健行政機関、保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況、保健医療サービスの供給体制、保健医療サービスの利用状況、疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況、医薬品調達・供給、ドナーの支援実績、及びユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC：Universal Health Coverage）達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズについて示す。

2.1 保健・人口の概要

図2に示す通り、1999年の39.00百万人から2019年の50.34百万へと20年間で29%の人口増加率である。これは、世界平均の同年間の成長率である27%よりも高い。また、人口ピラミッドの形状は、富士山型から釣鐘型へと変化している。加えて、15歳から65歳未満までの成人男性のデータを見ても、1999年の男性全体の61.9%から、2019年には68.9%へ増加しており、コロンビアは依然人口ボーナス期にある。ただし、成人の中には、米国やスペイン等への海外移住としての流出も多いという課題もある。

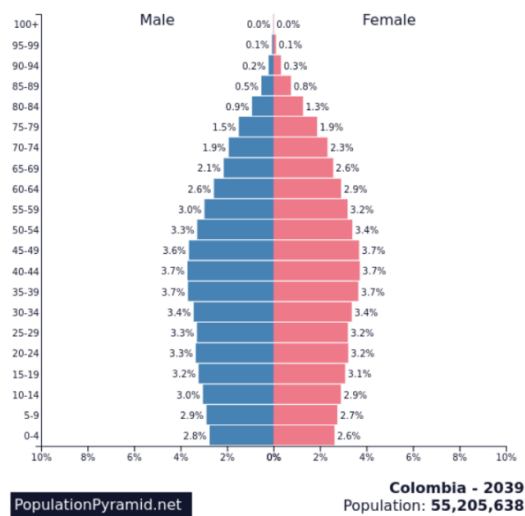
⁵ 外務省、コロンビア共和国、<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/colombia/index.html>



出典：年齢別人口 (<https://www.populationpyramid.net/>)

図 2 1999年及び2019年の人口ピラミッド

人口ボーナス期の一方で、図3に示す通り、2039年の予想ピラミッドは、より上部が太い釣鐘型となっており、65歳以上の高齢者は人口全体の8.6%（2019年）であり、人口の7%から14%にあたる「高齢化社会」に既に入っている。2039年には16.5%へ増大することから、高齢者が人口の14%から21%にあたる「高齢」社会へ進むと予想される。一方で、15歳未満児の割合は、2019年の22.6%から2039年には16.9%へと減少し、今後の人口増加を見込んでも少子化傾向に進むと予想される。



出典：年齢別人口 (<https://www.populationpyramid.net/>)

図 3 2039年の人口ピラミッド

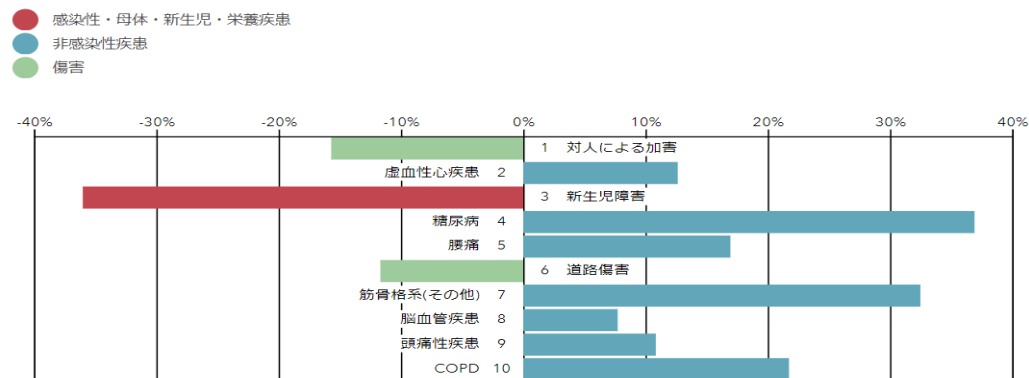
2018年のコロンビアの平均余命は77.1歳（男性74.3歳、女性79.8歳）であり⁶、国民全体の3大死因の第1位は循環器疾患（31%）、第2位はがん（19%）、外傷による死亡（14%）と続く。呼吸器疾患による死亡は全体の11%と第4位だが、対人口10万人の結核の死亡率は、1990年に5.0だったものが2013年には1.6と68%減少しているなど感染症対策は進んでいる。コロンビアにおいては、感染症から非感染性疾患（NCD:Non-Communicable Diseases）の疾病構造の変化が既に起こった、NCDが疾病の中心といえる。

母子の保健主要指標でみると、対出生千人の乳幼児死亡率は29.0（1990年）から17.3（2013年）へ40.3%減少し、対出生10万人の妊産婦死亡率は71.63（2010年）から55.3（2013年）へ低下した⁷。また、合計特殊出生率も1.992（2010年）から1.807（2018年）へ下がっている。

病的状態、障害、早死により失われた年数を意味した疾病負荷を総合的に示す障害調整生命年（DALY：Disability-Adjusted-Life-Years）でも、下図に示す通り、2009年から2019年の10年間に、新生児における障害等が35%以上減少しているのと対照的に、糖尿病による障害は35%以上増大している。糖尿病の他にも虚血性心疾患は13%、脳卒中は7%、慢性呼吸器疾患が22%と障害の比率が増加しており、母子保健の大幅な改善に対して、NCDの深刻化が読み取れる。また、過去に大きな紛争被害者を出したコロンビアにおいて、暴力による障害が15%以上減少しているのは明るいトピックである。

なお、外傷による障害では、交通事故によるものが10%以上減少している。

死亡・障害を合わせて最も多い死因は？



2019年の死亡・障害原因（DALY）上位10位と2009年～2019年の変化率（全年齢合計）

関連文献を参照：[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

出典: Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profile - Colombia., <http://www.healthdata.org/colombia>

図4 コロンビアにおける障害調整生命年（DALY）

⁶ The World Bank, Life expectancy at birth, total (years) – Colombia, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=CO>

⁷ Pan American Health Organization, Health in the Americas 2017, Colombia, <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=2342>

2.2 保健医療政策

コロンビアの厚生・社会保障省（Minsalud：Ministerio de Salud y Protección Social）が推進する中心的な保健医療政策が、「保健セクター戦略計画 2019 年 - 2022 年（Plan Estratégico Sectorial 2019-2022）」である。同計画では、下表の通り 6 つの戦略目標を挙げている。

表 3 保健医療政策の戦略目標

| | |
|--------|--|
| 戦略目標 1 | <ul style="list-style-type: none"> 保健統合社会保障システム（SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud）の全国での監督、ガバナンス機能の強化 |
| 戦略目標 2 | <ul style="list-style-type: none"> 疾病状況、地域、住民の分析・診断・特殊性からみた、優先度の高い公衆衛生やヘルスプロモーションへの介入 住民全体の高い QOL を保障するための福祉向上へのセクターワイドなアクションの実施 |
| 戦略目標 3 | <ul style="list-style-type: none"> 国民に対して質の高い、機会均等で人間味のある保健医療サービスの提供において、アクセスの良い統合保健モデルのための保健セクターのすべてのアクターの連結 |
| 戦略目標 4 | <ul style="list-style-type: none"> 保健医療サービスの質の向上のためのガイドラインに沿った保健医療人材育成の強化 |
| 戦略目標 5 | <ul style="list-style-type: none"> 保健医療サービスの提供を保証するための財務管理、債務処理、あるいは資金調達リソースの増加を通じた保健統合社会保障システム（SGSSS）の持続性の高い財政面の改善 |
| 戦略目標 6 | <ul style="list-style-type: none"> 国民へ質の高い効果的な保健医療サービスを提供するための業務プロセスの最適化、部内連携、IT 技術活用を通じた組織能力の強化 |

出典：Minsalud, 'Plan Estratégico Sectorial 2019-2022, <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/plan-estrategico.aspx> を基に調査団作成。

なお、本戦略計画の概要説明書によれば、保健大臣による序文の中で「コロンビアの保健システムは、保健医療サービスが人口の 95% をカバーし、UHC 達成の目標を実質的に達成している。」と宣言している⁸。また、本戦略計画の前の戦略計画である 2014 年から 2018 年までの計画の成果として、「保健システムで保証される人口の割合」は「2018 年 12 月には人口の 94.66% が保証された」とも報告されている⁹。

「保健セクター戦略計画 2019 年 - 2022 年」の各戦略目標には、国家開発計画（PND）に沿って、表 3 に示す通り、戦略行動計画が立案されている。

⁸ Minsalud, Plataforma Estratégica 2018-2022, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RID E/DE/PES/plataforma-estrategica-2018-2022.pdf>

⁹ Minsalud, Plan Institucional de Gestión y Desempeño 2014-2018, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/plan-estrategico-institucional-2014-2018.pdf>

表 4 戦略行動計画の整理表

| 戦略目標 | 戦略行動 |
|--------------------|--|
| 1. 監督・ガバナンス強化 | I. 全国統合行動モデル（MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial）の設計と実施 |
| | II. La Guajira、Vichada、Casanare、Guaviare 及び Chocó の優先 5 州における全国統合行動モデル（MAITE）の実践 |
| | III. 薬用大麻等の特別管理医薬品の規制 |
| | IV. セクター改革の導入 |
| | V. 保健セクターにおける汚職や不透明性からのリスク回避 |
| 2. 公衆衛生・ヘルスプロモーション | I. 公衆衛生の介入実施の優先順位の決定とヘルスプロモーションのセクターワイドな行動の指導、モニタリングと評価 |
| | II. 向精神薬の使用統合政策の立案と実行 |
| | III. 急性栄養失調児のセクターワイドな受け入れ |
| | IV. マラリア撲滅の地域イニシアティブ |
| | V. 健康生活コロンビア連携行動計画（Plan de Acción Alianza Colombia Vive Saludable）の実施 |
| | VI. 15 国境地域における国家移民対策計画（Plan Nacional de Respuesta al Fenómeno Migratorio）の立案と実行 |
| 3. 保健セクターアクターの連結 | I. 公的病院の連携強化 |
| | II. 優先 8 病院の病院プログラム（Programa Al Hospital）のアクションプランの実施 |
| | III. 質の高い人間味のある保健医療サービスのための政策の改定と実施 |
| | IV. 公的病院改革の実施 |
| | V. 病院インフラ規定の徹底 |
| | VI. 保健・社会保障政策の調査研究及び評価の強化 |
| | VII. 医療保障システムの強化 |
| | VIII. 質が高く効率的なサービスと診療結果の改善のためのインセンティブの醸成 |
| | IX. 利用者の意思決定のための情報提供 |
| 4. 保健医療人材育成 | I. 保健医療人材間のギャップの短縮 |
| | II. 全国の保健人材の量と質のギャップ解消のためのガイドラインの開発 |
| | III. 保健人材の戦略的継続教育の実践 |
| 5. 社会保障・医療財政 | I. 人頭支払ユニット（UPC: Unidad de pago por capitación）による保障計画（Plan de Beneficios）の組織化 |
| | II. 医療保障計画（PBS: Plan de Beneficios de Salud）の効率的な支出改善 |
| | III. 支払い能力に応じた医療補助金制度の立案と実施 |

| 戦略目標 | 戦略行動 |
|-------------------|---|
| | IV. 新たな税収入もしくは自己負担等のリソースの拡大 |
| | V. 国の医療債務低減の計画立案と実行 |
| | VI. 全国の医療債務低減の計画立案と実行 |
| 6. 組織能力の強化 | I. 厚生・社会保障省全体の強化 |
| | II. 統合計画・行政モデルをベースにした省のシステム強化 |
| | III. 国民に対する保健医療サービスの実践 |
| | IV. 省内各部署の連携強化 |
| | V. 省の情報システムの強化 |
| | VI. 保健・社会保障に関する戦略的な広報とパブリックコミュニケーションの強化 |

出典：Minsalud, 'Plan Estratégico Sectorial 2019-2022' (<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/DSector/Paginas/plan-estrategico.aspx>)を基に調査団作成。

コロンビアにおける UHC 達成へ向けての関連政策として2つの重要な動きがある。1つは医療保障制度の変遷であり、国家開発計画にも挙げられている医療財政の赤字等の大きな課題もあるものの、この変遷は UHC 達成へ向けての動きである。これについては、「3 保健医療財政、医療保障制度の現状、課題とニーズ」に詳細説明する。もう一つの動きは、統合保健医療サービスの確立から本サービスの全国への拡大である。2015 年の「持続可能な開発目標（ODS：Objetivos de Desarrollo Sostenible）」の開始を契機に、コロンビアでは、統合保健医療サービス政策（PAIS：Política de Atención Integral en Salud）が施行され、地方分権化の中で、本政策の施策（実施プログラム）として前述の「全国統合行動モデル（MAITE）」が、2018 年の国家開発計画（PND）のメインテーマである「公平性」に基づき、同年に計画され、2019 年 9 月から実施中である。このモデルは、「保健セクター戦略計画 2019 年 - 2022 年」の戦略行動の 1 つに挙げられている通り、優先度の高い 5 つの州から導入するという計画性の高い戦略である。

上記の「全国統合行動モデル（MAITE）」の軸として、①公衆衛生、②保障、③保健医療サービス、④保健医療人材、⑤財政、⑥多様性への配慮、⑦セクター間の連携、及び⑧ガバナンスを挙げている¹⁰。その実施内容については、「2.5 保健医療サービスの供給体制」にて後述する。

コロンビアにおける社会福祉においては、厚生・社会保障省（Minsalud）の組織で後述の通り、同省の両翼の一端を担う領域であり、公衆衛生や保健医療サービスと組織上の連結性が高い。社会福祉で中心となっている制度は、統合社会保障システム（SSSI：Sistema de Seguridad Social Integral）であり、本システムでカバーされるものとして、第 1 が医療保障

¹⁰ Minsalud, Lineamientos Estratégicos Kit Planes de Desarrollo Territorial 2019, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/kpts-msps-2019.pdf>

(Afilación en Salud) であり、第 2 が労働社会保障 (Riesgos laborales) で、そして第 3 が年金保障 (Afilación a pensiones) である¹¹。第 1 の医療保障については、「保健セクター戦略計画 2019 年 - 2022 年」の戦略目標 1 にも挙げられた「保健統合社会保障システム (SGSSS)」という別枠のシステムがあり、この内容については、「3.5 医療保険制度の関連政策」にて後述する。また、第 2 の労働社会保障においては、「インフォーマル労働者社会保障政策 (Políticas públicas en seguridad social para la protección de los trabajadores informales en Colombia)」も整備されているが、医療保障面においては、「3.6 公的医療保障制度」に後述する、貧困層向けの助成制 (Régimen Subsidiado) でなく、インフォーマル労働者の自由裁量によって、正規労働者と同じ所得徴収制 (Régimen Contributivo) に審査によって加入できるというものであり、必ずしもインフォーマル労働者を弱者救済の対象としてとらえているものではない。

課題別の保健医療政策では、非感染症疾患 (NCD) 対策において、「がん対策 10 年計画 2012 年-2021 年 (Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021) 等が実施されている。高齢者医療においては、「高齢者政策 2015 年-2024 年 (Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024)」が政策として実行されている。母子保健分野では、「リプロダクティブヘルス政策 (Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos)」等がある。また、PHC においては、前述した UHC 関連施策である「全国統合行動モデル (MAITE)」に包括されている。

2.3 保健行政機関

コロンビアにおける保健行政機関は社会保障も含めて、厚生・社会保障省 (Minsalud) である。公的保健医療施設については、同省が規定し監督する体制となっているが、基本的には分権化されている。同省の保健社会保障大臣直下の組織図は、添付資料に掲載する。

厚生・社会保障大臣の下、副大臣 2 名が公衆衛生・保健医療サービス領域 (Salud Pública y Prestación de Servicios) と社会保障領域 (Protección Social) の 2 大領域を担当する。公衆衛生・保健医療サービス領域は、予防・ヘルスプロモーション局 (Dirección de Promoción y Prevención)、人口・疫学局 (Dirección de Epidemiología y Demografía)、医薬品・医療技術局 (Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud)、保健医療人材局 (Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud)、医療サービス・PHC 局 (Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria) の 5 局制である。また、予防・ヘルスプロモーション局の下には、感染症副局や NCD 副局など 4 部署がある。

2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況

コロンビアにおける、保健行政の執行に有効な保健医療のデータの取得として、国際的に認知されている調査等の実施状況は、表 4 に示す通りである。

¹¹ Minsalud, SSSI, <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/aseguramiento.aspx>

表 5 保健医療に係る調査実施状況の整理表

| 調査名 | 実施及び支援・協力 機関 | 実施年 | 実施内容 |
|--|---|--|--|
| 人口保健調査 ¹² : Demographic Health Survey2 (DHS2) | <ul style="list-style-type: none"> • PROFAMILIA • BIENESTAR FAMILIAR • USAID • Ministerio de la Protección Social, República de Colombia • UNFPA | 1995 年、2000 年、 2005 年、2010 年、 2015 年 | 避妊具の使用率、産前産後ケアの実施率、熟練した医療従事者による出産、帝王切開による出産、1 歳児の BCG 接種率、肺炎の症状がある 5 歳未満の子どもが医療機関に搬送される割合、1 歳児の DTP3 接種率、母乳育児の開始率、1 歳児の完全予防接種率、1 歳児の麻疹接種率、1 歳児のポリオ接種率、5 歳未満の子供における過体重の割合、乳児死亡率、新生児死亡率、5 歳未満児死亡率等 |
| 生活水準指標調査 ¹³ : Living Standards Measurement Study(LSMS) | <ul style="list-style-type: none"> • The World Bank | 未実施 | 世帯構成、教育、経済活動、貯蓄、収入源、食料消費、非食料消費、農業、健康状態、健康問題、物価等 |
| STEP 調査 ^{14,15} : STEPwise Approach to Surveillance | <ul style="list-style-type: none"> • Secretaría de Salud de Santander • Observatorio de Salud Pública de Santander | 2010 年 | アルコール摂取、ダイエット、身体活動、既往歴（高血圧、糖尿病）、家族情報、身長・体重、ウエスト、血圧、血糖値、総コレステロール値等 |
| 地区保健医療情報シ ステム ¹⁶ | <ul style="list-style-type: none"> • PEPFAR • WHO | Cauca 州のみにパイ ロット的に導入 | 保健情報の収集、伝達、分析、レポートなど保健情報を活用するためのプラットフォーム。 |

¹² The DHS Program, Colombia, https://dhsprogram.com/Countries/Country-Main.cfm?ctry_id=6&c=Colombia&Country=Colombia&cn=&r=6,

¹³ World Bank, Living Standards Measurement Study (LSMS), <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/lms>

¹⁴ WHO, STEPwise Approach to NCD Risk Factor Surveillance (STEPS), <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>

¹⁵ WHO, 2010 STEPS Country Report Colombia, <https://www.who.int/publications/m/item/2010-steps-country-report-colombia>

¹⁶ dhis2, <https://dhis2.org/>

| 調査名 | 実施及び支援・協力 機関 | 実施年 | 実施内容 |
|--|--|-----|------|
| : District Health Information System2(DHIS2) | <ul style="list-style-type: none"> • The Global Fund • CDC • Gavi • UNICEF | | |

出典：調査団作成

一方、コロンビアでは、国家統計システムに沿って、DHS や LSMS の調査項目と類似の内容について、10年に1度の頻度で国勢調査(DANE:Censo Nacional de Población y Vivienda)を実施しており、最新の調査は2018年である。

厚生・社会保障省(Minsalud)の保健医療情報システムは、2006年の国民へのサービスの質を保証するための義務制度(Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad)に端を発した「質向上のための情報システム(Sistema de Información para la Calidad)」と呼ばれるものである。各保健医療施設(IPS: Infraestructura de Prestador de Sevicios)からの各サービス実績だけでなく、入院患者死亡率や院内感染、各診療における患者の待ち日数をも含めた情報を管理している。また、保健医療施設間の情報共有も可能(interoperabilidad)とする「電子カルテ法(Ley para la Historia Clínica Electrónica)」が2015年の国会で採択され、5年間で全国の施設に整備する計画が立案された。保健省では2020年1月の時点でパイロット事業を実施中と発表している。また、コロナ禍の影響もあり、厚生・社会保障省では、診療を含む遠隔医療を進めているが、医療従事者が遠隔医療に不慣れなため、次項で課題として挙げる患者の待ち時間の改善もまだ見られない。

2.5 保健医療サービスの供給体制

コロンビアにおける、保健医療施設(IPS)の総数は48,572であり、その内訳は、民間施設が47,335で全体の97.45%を占め、公的施設は1,204で全体として2.48%に過ぎない。また、教会やNGOが運営する混成(Mixto)と呼ばれる施設も33(全体の0.07%)もある。これらの保健医療施設は、首都Bogotá市に13,097施設で全体の26.96%、また大都市があるAntioquia州では、6,988施設で全体の14.39%、Valle de Cauca州では5,356施設で11.03%、Stantander州では2,200で4.53%、と大都市部に集中している。以上の都市部だけで全体の半数以上の57%を占めている¹⁷。民間病院の中には、計900病床を有するQuinsaludグループや計600床を有するValle de Lili基金の複数の系列病院を持つグループ系もある。なお、コロンビアにおける人口1万人あたりの病床数は、17ベッドである。

¹⁷ Minsalud, Informe nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015, <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Paginas/INCAS.aspx>

コロンビア全体の保健医療従事者 563 千人の内、医師、看護師、歯科医師、薬剤師等の専門職が 55%で、看護助手、放射線技師等の補助技師職が 45%を占める。住民 1 万人あたりの医師数は 20.0 名、看護師数は 12.名 0 に相当するも、配置先を見ると、住民 1 万人あたりの医師数と看護師数の総数は、都市部の 50.1 名に対して、農村部は 21.6 名、へき地では 15.5 名となっており、保健医療従事者の配置も大都市に集中して地域間格差がある。

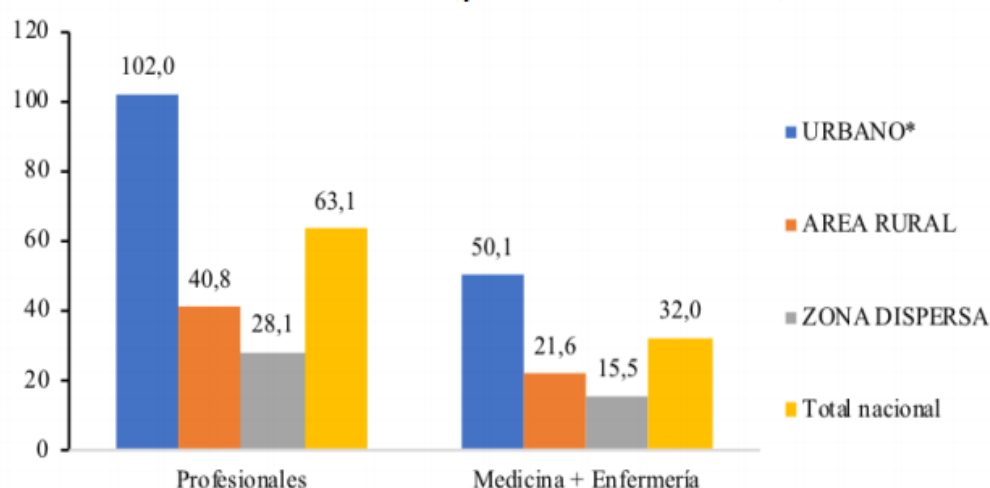


図 5 保健医療従事者の配置における地域間格差

医療専門職の教育機関数は、2006 年には 194 校だったが、2011 年には 231 校に、また 2018 年には 288 校へと増加している。このうち 37.5%が教育省より高評価認定を受けている。

保健医療人材においては、国家開発計画（PND）によれば、格差の大きい地方において医師の増員を 70%高め、人口 1 千人あたり最低 1.7 人の医師を配置することを目標としている。また、保健医療人材国家政策（Política Nacional de Talento en Salud）によれば、本政策に定める戦略目標「国のニーズに応じた保健医療人材配置」に対しては、一次保健医療サービスの強化のため、人材配置をベースラインの 60%以下から 2030 年には 90%以上とすることを目指している。保健医療人材国家政策の中に挙げられている、もう 1 つの戦略目標「都市部とへき地での保健医療人材配置のギャップの解消」においては、現状のベースラインを 100%として 2030 年には 40%へ縮小するという目標を設定している。

2.6 主要保健医療サービスの利用状況

母子保健におけるサービス利用において、4 回以上の産前検診率は 89.9%であり、施設分娩率と適正保健医療従事者による出産介助はともに 98.6%である。出産の 45.49% (2013 年) は帝王切開によるものであり、この割合は増加傾向にある。また、BCG 接種率は 88.7%、DPT 接種率は 90.3%であり、いずれも高水準である。

「保健医療サービスの質国家情報」（2015年）によれば、表5に示す通り、各種診療の患者の待ち時間、すなわち、保健医療施設の対応能力を経年的に見ることができ、サービスの利用状況についても考察できる。

表6 保健医療施設の対応状況

| 診療内容 | 患者への対応時間（全国平均） | | 州別の対応時間（2014年） | |
|--------|----------------|----------|---------------------|--------------------|
| | 2009年 | 2014年 | 最も悪い州 | 最も良い州 |
| 一般外来 | 2.55 日間 | 2.72 日間 | Atlántico (4.56 日) | Guainía (1.0 日) |
| 専門科外来 | 7.75 日間 | 12.11 日間 | Risaralda (21.1 日) | Boyacá (3.8 日) |
| 産婦人科診療 | 6.46 日間 | 8.66 日間 | Mata (10.0 日) | Guainía (1.0 日) |
| 小児外来 | 5.18 日間 | 7.55 日間 | San Andrés (25.1 日) | Magdalena (5.2 日) |
| 外科診療 | 5.18 日間 | 10.33 日間 | Quindío (14.0 日) | Arauca (4.33 日) |
| 計画手術 | 11.03 日間 | 14.15 日間 | Caldas (18.3 日) | Vaupés (2.92 日) |
| 画像診断 | 2.71 日間 | 4.38 日間 | Bogotá DC (7.24 日) | San Andrés (1.0 日) |
| 救急科 | 28.17 分間 | 32.61 分間 | Casanare (58.2 分) | Vichada (15.0 分) |

出典：'Informe Nacional de Calidad y Equidad de la Atención en Salud'を基に調査団作成。

全体として、患者の待ち時間に関しては、保健医療施設の対応は悪化している傾向にある。また、例えば、放射線撮影の予約等の画像診断は首都ボゴタが最も対応が悪い状況であり、これは必ずしも地域格差の問題ではない。前述した、国家開発計画の中でも国民の医療サービスのアクセスの改善について、特に待ち時間を大きな課題として挙げているように、国の課題として取り上げている。これは、「3.6 公的医療保障制度」にて後述する公的制度の仕組みに関連する課題でもあり、当該項にも記載する。

上の時間的な障害に加えて、厚生・社会保障省（Minsalud）の報告によれば、物理的な障害として、国民全体の6%の家族が一般的な保健医療サービスのアクセスに問題があり、特に、Chocó州では19%、またPutumayo州では16%が交通面等のアクセス上の障害があるとしている。母子保健サービスに特化してみると、全体の16%の家族にアクセスの障害があり、Chocó州、Vichata州及びLa Guajira州では33%以上の家族がアクセス上の問題を抱えているとしている。

なお、SDGs（Sustainable Development Goals：持続可能な開発目標）の保健医療分野に係る第3の目標である「すべての人に健康と福祉を」の中のターゲット8がUHC達成であるが、本ターゲットには2つの指標が設定され、その一つがSDG指標3.8.1「サービスカバレッジ指標」である。WHOの2019年モニタリング報告書¹⁸によれば、コロンビアのサ

¹⁸ WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report, https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf

ービスカバレッジは75.9（2017年）であり、2015年の75.8よりわずかに上がっている。ただし、同国は世界銀行の所得分類で中高所得国のグループに入っており、この数値は中高所得国全体の平均値77より低い。なお、日本のサービスカバレッジ値は、83.1であり、近隣のエクアドルは76.5でありペルーは76.9である。

2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況

世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease Study）の結果によると、図5に示す通り、国際疾病分類（レベル1）に沿って死亡を大きく非感染性疾患（NCD）・感染性疾患・外傷の3つのグループに分けたとき、1990年において総死亡の55.65%がNCD、20.25%が感染性疾患・母子・栄養疾患（Group I）、24.1%が外傷と、すでにNCDによる死亡が感染性疾患・母子疾患・栄養疾患による死亡よりも多い。2019年時点では、NCD78.59%、感染性・母子・栄養疾患（Group I）8.11%、外傷13.3%と、NCDが総死亡の約8割を占めており、非感染性疾患による死亡割合が拡大している。

WHOはNCDを「不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒、大気汚染等により引き起こされる、がん、糖尿病、循環器疾患、呼吸器疾患、メンタルヘルスをはじめとする慢性疾患をまとめて総称したもの」と定義^{19,20,21}している。コロンビアにおいては、約30年間でNCDの行動リスク要因（煙草、不健康な食生活、運動不足、過度の飲酒）が増大していると推察される。WHOが提唱する6つの政策にもあるように、患者中心のPHC（プライマリ・ヘルスケア）およびUHCの実現により、NCDとその社会的要因の予防と管理のために保健医療制度を適合させ、強化していくことが求められる。

¹⁹ WHO, Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>

²⁰ WHO, Global status report on noncommunicable diseases 2014, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854>

²¹ WHO, Noncommunicable diseases, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>



出典 : Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD compare, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

図 6 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合

「2.2 保健医療政策」に前述した通り、2019 年から開始されている「全国統合行動モデル (MAITE)」が、コロンビアにおける保健医療サービスの中心的なモデルである。本モデルの中で、公衆衛生面では、NCD 対策が第一優先の課題として取り上げられ、また、保健医療サービス面においては、保健医療施設のネットワーク強化が優先課題として挙げられている。また、同モデルと並んで「保健セクター戦略計画 2019 年 - 2022 年」に掲載されている病院プログラム (Programa Al Hospital) のインフラ整備へも 31,000 百万コロンビアペソ (約 9 億 2 千万円) の予算が発表されている。

2.8 医薬品調達・供給

1993 年に発行された法令に保健の義務計画 (Plan Obligatorio de Salud) の中で国の必須医薬品の選択というコンセプトが明示され、これに基づき、国家医薬品価格委員会 (Comisión Nacional de Precios de Medicamentos) と国家医薬・食品監視協会 (INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) が創設された。必須医薬品については、国家医薬・食品監視協会 (INVIMA) が策定している。また、2003 年には、社会保障省 (Ministerio de Protección Social) が国家医薬品政策 (Política Farmacéutica Nacional) を発表している²²。

²² Minsalud, POLÍTICA FARMACÉUTICA NACIONAL, <https://www.minsalud.gov.co/Políticas%20Farmaceutic>

厚生・社会保障省（Minsalud）では、医薬品・医療技術局が医薬品価格情報システム（SISMED：Sistema de Información de Precios de Medicamentos）を使って、公的セクターの医薬品調達を行っている。なお、コロンビアにおける医薬品の市場規模は3,300 百万米ドルであり、その中で公的調達額は 3 分の 1 の 1,100 百万米ドルである。国家保健協会（INS：Instituto Nacional de Salud）では、予防接種等のワクチン製造も行っているが、全体必要量の60%である。

前述した医薬品の市場 3,300 百万米ドルの中で、純粋な民間市場でも 2,200 百万米ドル規模であり、加えて医用消耗品は 2,800 百万米ドルとなっている。これらの流通元として民間薬局や民間の医用品店の役割は大きい。コロンビアにおいては、保健医療施設で院内処方される医薬品の多くが比較的安価なジェネリック医薬品であるが、それを信頼せずに比較的高価な先発医薬品を薬局で購入する国民も多いと言われている。処方された医薬品の 30%が何らかの理由で患者が受け取っていないという報告も出ているが、前述した理由の一つだと考えられる。

2.9 ドナーの支援実績

以下に、コロンビアの保健医療分野における米州開発銀行（IDB：Inter-American Development Bank）、世界銀行グループ（WB：The World Bank Group）、日本政府等の支援実績を示す。

米州開発銀行（IDB）の、現在実施中の保健医療プロジェクトは下表の通りである。

表 7 IDB による支援協力プロジェクト

| スキーム | プロジェクト名 | 金額（千米ドル） | 承認 |
|--------|---|----------|-------------|
| 有償資金協力 | 包摂的アプローチによるコロンビア保健医療システムの持続性向上プログラム (Program to Improve Sustainability of the Health System in Colombia with an Inclusive Approach) | 150,000 | 2020 年 12 月 |
| 技術協力 | Covid-19 対応地方監視強化 (Strengthening Local Level Surveillance System for the Response to Covid19 Emergency) | 350 | 2020 年 11 月 |
| 無償資金協力 | エクアドル国境地域における緊急公衆衛生対応 (Immediate Public Health Response to Contain and Control the Coronavirus and Mitigate Its Impact on Service Delivery in Departments) | 3,499 | 2020 年 9 月 |

| スキーム | プロジェクト名 | 金額 (千米ドル) | 承認 |
|--------|--|-----------|----------|
| | Bordering Ecuador) | | |
| 技術協力 | 医療ガイダンスプラットフォームのプロトタイプ (Prototype of the Medical Guidance Platform for All) ※内容 : e-Health | 150 | 2020年5月 |
| 技術協力 | COVID-19 重症患者の呼吸器整備 (InnspiraMed - Ventilators for Critically Ill Patients Infected with COVID-19) | 150 | 2020年5月 |
| 技術協力 | 持続的なヘルスケアシステム改善のための戦略的デザイン支援 (Operational Support to Design Strategies Aimed at Improving the Sustainability of the Health Care System in Colombia) | 400 | 2019年8月 |
| 無償資金協力 | 地域マラリア撲滅イニシアティブ (RMEI) (Colombia - Regional Malaria Elimination Initiative (RMEI) in Mesoamerica and Dominican Republic) | 3,875 | 2019年8月 |
| 技術協力 | 組織能力向上のための官民知識移転 (Transfer of Public-Private Knowledge to Improve Institutional Performance) | 150 | 2018年11月 |
| 技術協力 | Valle de Cauca 県保健システムの効率的マネジメント向上支援 (Support the Improvement of the Efficiency in the Management of the Health System of Valle del Cauca) | 150 | 2018年11月 |
| 技術協力 | Antioquia 県低所得者層向けヘルステック革新 (Antioquia Innovates in HealthTech for the Low-income Population) 内容 : e-Health | 1,000 | 2018年10月 |
| 技術協力 | 小児病院における低所得者層への小児診療サービス拡大 (Hospital del Niño: Expansion of Pediatric Services for Poor and Low Income Child) 内容 : PHC | 500 | 2015年12月 |

出典： <https://www.iadb.org/en/projects> を基に調査団作成。

世界銀行グループの現在実施中の保健医療プロジェクトは下表の通りである。

表 8 WB による支援協力プロジェクト

| スキーム | プロジェクト名 | 金額 (千米ドル) | 承認 |
|--------|--|-----------|------------|
| 有償資金協力 | COVID-19 データプラットフォーム (COVID-19 Crisis Response DPF) | 700,000 | 2020 年 6 月 |
| 有償資金協力 | 質の高い効果的なヘルスケアの改善 (Improving Quality of Health Care Services and Efficiency in Colombia) | 150,000 | 2020 年 3 月 |

出典： https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/projects-list?countrycode_exact=CO を基に調査団作成。

日本政府の対コロンビアの援助総額は、前述の通りであるが、2019 年度までの保健医療分野の技術協力の累計支援額は、1,706 百万円であり、無償資金協力の累計支援総額は、1,669 億円である。また、社会福祉分野においても、2019 年度までに技術協力で累計総額 935 百万規模の支援を実施している²³。また、2020 年には、5 億円の無償資金協力（経済社会開発計画）により、保健・医療関連機材供与を実施した。コロンビアに対する援助の基本方針（大目標）は、「均衡のとれた持続的社会的な社会経済発展への支援」であり、重点分野（中目標）は、「均衡のとれた経済成長」と「環境問題及び災害への取組」となっている。なお、世界銀行グループとのパートナーシップである日本開発政策・人材育成基金 (PHRD: Policy and Human Resources Development) によるコロンビアでの実施中の案件は無い²⁴。

韓国は、コロンビアに KOICA (Korea International Cooperation Agency) の事務所を設置しているものの、重点支援は、地域開発や産業開発であり、保健医療分野は入っていない²⁵。また、中国政府の対コロンビアの援助では、経済、貿易支援が中心となっている。なお、中国は、CIDCA (China International Development Cooperation Agency) を通じて、2020 年 5 月に COVID-19 対策として医療従事者向けの医用消耗品を供与している²⁶。

2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ

本章の前項までに記載した、コロンビアの保健医療セクターにおける各種の課題やニ

²³ JICA, 事業実績, <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

²⁴ The World Bank, 日本開発政策・人材育成基金 (PHRD), <https://www.worldbank.org/ja/country/japan/brief/policy-and-human-resources-development-fund>

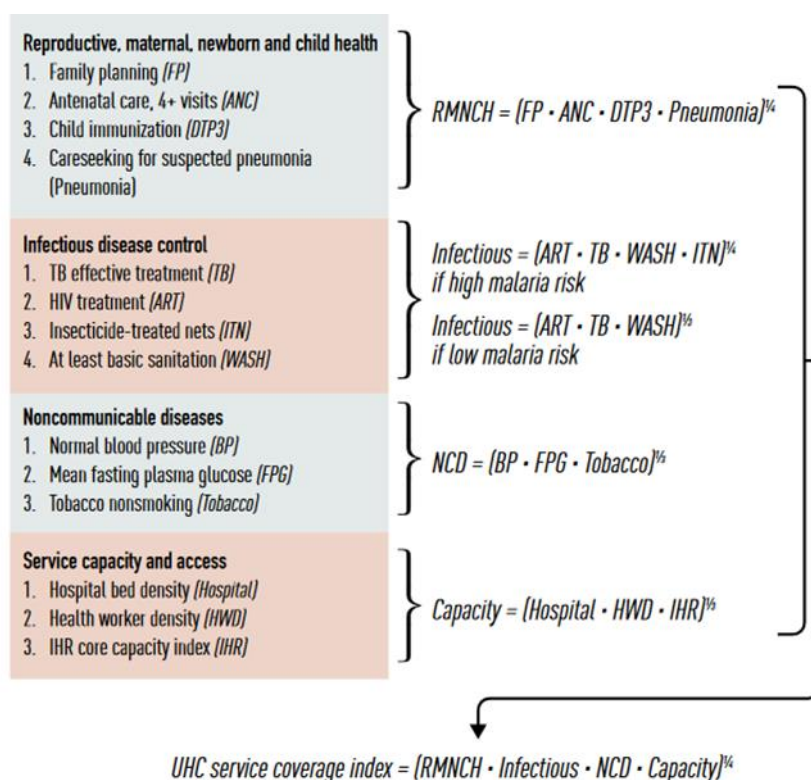
²⁵ KOICA, http://koica.go.kr/sites/koica_en/index.do#n

²⁶ CIDCA, <http://en.cidca.gov.cn/index.html>

ズを UHC 達成に向けた視点で整理すると以下の通りである。

コロンビア厚生・社会保障省 (Minsalud) は、保健医療サービスの強化のため、2019 年より「全国統合行動モデル (MAITE)」の全国展開を進めている。本モデルの展開の中で、保健医療サービスの地域格差との是正を目指し、保健医療施設や人材のリソースの増強も進めている。一方で、後述する公的医療保障制度にも関連するが、保健医療施設の患者の受け入れに課題があり、これは、都市部にもみられる現象である。

図 7 に示す、UHC のカバレッジにおいては、コロンビアは、4 グループの中で、NCD とサービス能力・アクセスの 2 つのグループに対する取り組みが重要である。



出典 : https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf

図 7 UHC サービスカバレッジ指数

3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

コロンビアの保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズとして、以下に、財政の一般情報、主要保健財政指標、保健社会保障省予算、診察料、医療保険制度の関連政策、公的医療保障制度、民間医療保険の概要、及び保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズについて報告する。

3.1 財政の一般情報

2020年10月に発表されたコロンビアの2021年国家予算は、2020年度の歳出271.7兆コロンビアペソに比べて、約16%増の313.9兆コロンビアペソで、約88,840百万米ドル相当²⁷であり、GDPの27%を占める。予算配分は、1番目が教育費で47.3兆ペソ、2番目に国防費で39.1兆ペソ、そして3番目が保健・社会保障費の36.0兆ペソであり全体の13%となっている²⁸。

国家開発計画にも明記されている通り、コロンビアにおける保健財政の最も大きな課題は、96億ペソ（約2.8億円）とも162億ペソ（約4.7億円）ともいわれる大きな累積債務である。同計画によれば、96億ペソは、「3.5 医療保障制度の関連政策」に後述する医療保険機関（EPS：Entidad Promotora de Salud）の試算であり、162億ペソは保健医療施設側が試算する額である。これに対し、大統領は、「終止符法（Ley de Punto Final）」を發布して、この解消に取り組んでいる。

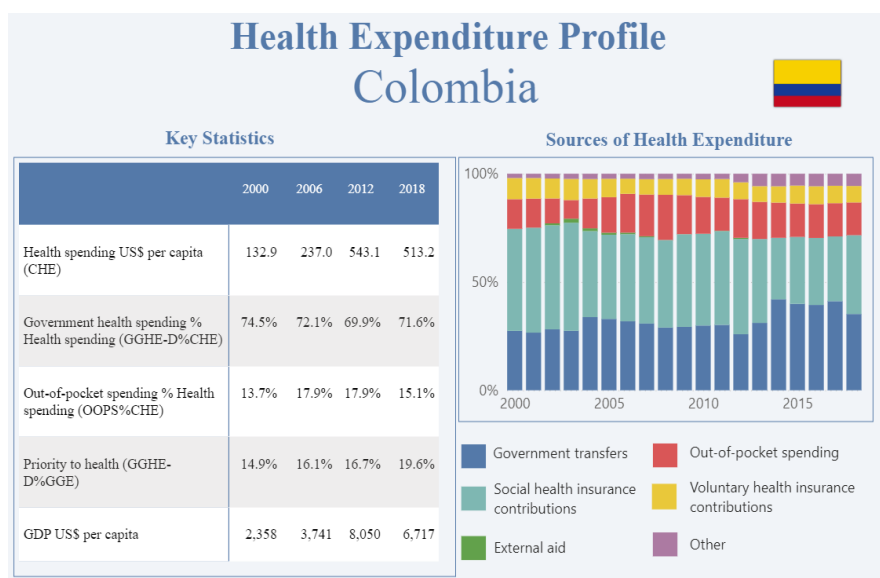
3.2 主要保健財政指標

2018年のコロンビアの総保健支出は25,484百万米ドルであり、対GDP比8%に相当する。これは、OECD加盟国平均の8.8%に近い数値である。なお、日本は10.9%でOECD加盟国中6位である。

図8に示す通り、この総保健支出の財源別の内訳は、国の一般歳出（Government Transfer）が35.22%、公的医療保険（Social health insurance contribution）が36.40%、国民自己負担（Out-of-pocket spending）が15.13%、民間医療保険（Voluntary health insurance contribution）が7.61%、その他が5.65%となっている。従って、政府保健支出（Government health Spending）は、一般歳出と公的医療保険を合わせた71.62%である。2018年時でのコロンビアの国家歳出は70,680百万ドル（235.6兆コロンビアペソ）であったので、政府総支出に占める保健支出は、36.1%に上る。また、対GDP比では、21.8%になる。なお、2018年のコロンビアの国民1人あたりの保健支出は513.16米ドルであり、10年前の2008年の363.80米ドルから41%増加している。一方で、医療費の自己負担は、2012年の97.21米ドルから2018年の77.49米ドルへと20.3%も減少している。

²⁷ 1コロンビアペソ=0.00028米ドル

²⁸ Semana, Noticias Económicas y Negocios en Colombia, <https://www.dinero.com/>



出典：WHO Global Health Expenditure Database, https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

図 8 総保健支出の財源別内訳

3.3 厚生・社会保障省（Minsalud）予算

2020 年の厚生・社会保障省（Minsalud）予算は 30.58 兆コロンビアペソ（約 9,174 億円）で、予算総額の 11%である。この中で、人件費や一般支出等を除く各種計画活動のためのプログラム予算が 5,447 億ペソとなっており、その内訳は、保健医療用が 97%、社会保障用が 2%である²⁹。

経時的な国家予算の伸びと保健支出の増加を見ても保健省の予算は拡大しているが、総保健支出における政府総保健支出は、この 10 年間は 70%前後で推移している。

3.4 診察料

コロンビアにおける医療費は、医療内容で詳細分類しコード化され、保健社会保障国家委員会（Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud）が技術的な根拠に基づき料金化し、大統領令として料金表を公表している。

料金例として挙げると、個室の入院費は、一次医療レベルで 197,500 ペソ（約 5,925 円）、二次医療レベルで 279,500 ペソ（約 8,385 円）、三次医療レベルで 390,400 ペソ（約 13,013 円）となっている。2 人部屋、3 人部屋、4 人以上部屋の順に、これらの料金から段階的に安くなっている。また、画像診断においては、頭部 CT スキャンが 507,000 ペソ（約 15,210 円）で、この他 CT だけでも部位別で 22 分類ある。超音波診断においては、産科診断が 97,200 ペソ（約 2,916 円）で、この他に診断分野単位で 24 分類の料金設定がされている。

コロンビアでの最低賃金は月額 908,526 ペソ（約 27,000 円）であることから、後述する公的医療保障の各種制度に加入し、保険での補填を受けないと家計破綻となるような高額な設定となっている。

²⁹ estructura-presupuestal-mmps-2020

3.5 医療保険制度の関連政策

「2.2 保健医療政策」にて前述した、「保健セクター戦略計画 2019 年 - 2022 年 (Plan Estratégico Sectorial 2019-2022)」の戦略目標 5「社会保障・医療財政」に挙げている医療保障計画 (PBS) を制度化した、「保健統合社会保障システム (SGSSS)」がコロンビアにおける医療保険制度の核となっている。

コロンビアでは、正規労働者向けの社会保障サービスを担うために、1946 年には、社会保障庁 (ISS : Instituto de Seguro Social) を設立している。1991 年公布された新憲法によって、すべての国民の保健医療サービスは国が所管する旨明記された。この流れに沿って、1993 年の第 100 号法令により、雇用者向けの社会保障に加えて、新たに保険加入者の家族から自営業や貧困層までも保障するという特長を持つ SGSSS が公表される。

これによって、ISS が担う社会保障サービスの中の医療保障について、大きな変革が起きた。それは医療サービスを提供する保健医療施設 (IPS) の管理だけを ISS に残し、保険加入者と IPS をつなぐ新たな機関として医療保険機関 (EPS) の導入ある。これは患者と保健医療施設の仲介者を創ったため画期的な制度となった。これにより患者は、混雑する IPS に直接予約を取る必要がなく、また、EPS 内に設置されている簡易保健医療設備によって、適格なレベルの IPS へと紹介を受けることができ、国民全体へ拡大する医療保障サービスの効率化を図った。なお、社会保障サービスの分離・独立の流れの中で、2007 年には IPS も ISS から独立し³⁰、2012 年には ISS 自体が廃止された。この EPS 導入による成果も見られたが、累積債務という大きな課題が起き、この内容については、次項に記載する。

それまで ISS の保険加入者は人口の 26%程度だったものが、1993 年の SGSSS の改革から、加入者はわずか 3 年で 3 倍に増え、現在、96%の人口がカバーされている状況となっている。一方、国民は加入している全国に 44 ある EPS が、個別に提携している特定の IPS のみでしか診療を受けることができない状況で、各 EPS が提供できるアクセスやサービスの質への違いへの不満が数多く上げられている。また、これによって EPS 間の競争も高められ、EPS の中には倒産するものも出ている。一方、国からの保険料の支払いは EPS の請求によって EPS 自体へと行われることから、IPS の患者への提供診療の水増し請求等の EPS の汚職が原因となり、前述した債務課題が生まれたと言われている。現在、この債務問題には、保健省の SGSSS 資金管理局 (ADRES : Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) が介入を開始したところである。

3.6 公的医療保障制度

コロンビアの公的医療保障制度である「保健統合社会保障システム (SGSSS)」への加入は、コロンビア国民全員の義務であり、国民皆保険の性質を持っている。本システムには、加入者の雇用形態や経済状況、また職種によって、所得徴収制 (Régimen Contributivo)、助

³⁰ ISS が管理していた医療保障の他の、年金管理と労災管理も他の機関へと移譲された。

成制 (Régimen Subsidiado) 及び特別制 (Regímenes Espaciales) の3つの制度がある。

所得徴収制 (Régimen Contributivo) は、正規雇用の労働者、年金生活者、及び継続した安定収入のある個人事業者が対象となっている。保険料は、正規雇用者においては、月収の8.5%が雇用者負担であり、被雇用者本人の負担は4%である。また、個人事業者においては、月収の12.5%であり、保険料の全体負担割合は同じものに設定されている。

助成制 (Régimen Subsidiado) は、それまで保障されていない貧困層 (PPNA : Población Pobre No Asegurada) が対象となるもので、SGSSS の特徴的な制度である。本制度へは、国が定める社会保障認定システム (SISBEN : Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales) のツールを用いて³¹、居住する自治体から、最貧困層である第1段から貧困でも弱者でも無い第4段までの4段階に分類される認定コードを取得し、第1段と第2段の認定者が加入できる。保険料は無料もしくは少額負担である。この制度の導入によって、現在では、国民の96%が公的医療保険に加入している状況となっている。

特別制 (Regímenes Espaciales) は、軍や国家警察、また、公立学校や大学の教員など個別の医療保障であるが、この中には、アメリカ先住民のものもある。

以上の制度の貧加入者の、「人頭支払ユニット (UPC)」と呼ばれる徴収額は増加しており、2020年12月の厚生・社会保障省 (Minsalud) の発表によると、2020年には「人頭支払ユニット (UPC)」の総額は、前年比で5.18%上昇している。なお、「保健統合社会保障システム (SGSSS)」の一番の特徴は、前項でも報告した、保険加入者と医療サービスを提供するIPSをつなぐ全国に44ある民間あるいは一部公的³²の医療保険機関 (EPS) の存在であり、これはサービスの効率化という機能を持っているが、同時に、債務につながる課題もある。

3.7 民間医療保険の概要

コロンビア保険協会 (FASECOLDA : Federación de Aseguradores Colombianos) によれば、コロンビアの全世帯の30%は自動車保険等の任意保険に加入しているが、民間保険会社の収益である掛金総額で見ると、医療保険の総掛金金の割合は27%のみである。生命保険の大手5社は下表の示すもので、表に示した割合は掛金ベースでの民間市場占有率である。

³¹ <https://www.sisben.gov.co/Paginas/landing.aspx>

³² 地方農村部のEPSは自治体が運営しているものもある。

表 9 コロンビアにおける大手民間保険会社

| 保険会社名 | 民間市場占有率 |
|--------------------------------|---------|
| Suramericana 社 | 30.67% |
| VIDALFA 社 | 23.70% |
| Seguro Bolivar 社 | 11.61% |
| Positiva Compañía de Seguros 社 | 7.79% |
| AXA Colpatria 社 | 5.74% |

出典：FASECOLDA, <https://fasecolda.com/>を基に調査団作成。

上記の 5 社で民間市場の 79.51%を占めているが、これが、前項の公的医療保障制度と競争になるとはいえない。一般的な生命保険の一例を挙げると、基礎プランの死亡時保険金 100 百万ペソ（約 300 万円）に対する月額掛金は 50,000 ペソ（約 1,500 円）であり、前述の通りコロンビアの最低賃金は月額 908,526 ペソ（約 27,000 円）であることから、家計への負担が高く、富裕層向けの料金設定になっているといえる。

3.8 医療費等による家計破綻・困窮化

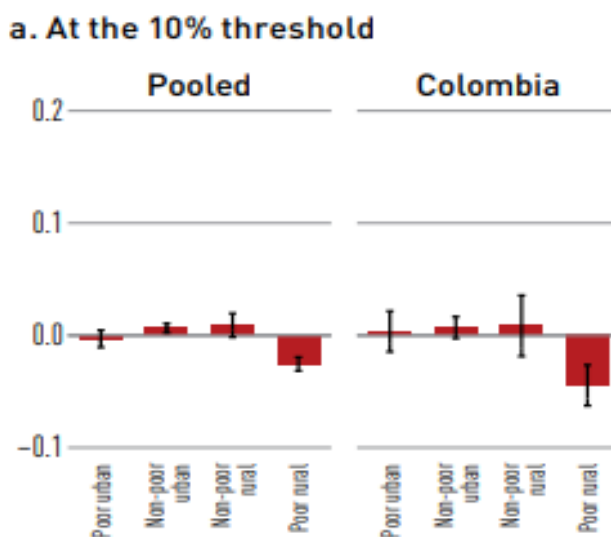
「2.6 主要保健医療サービスの利用状況」に記載した UHC 達成のための指標である SDGs の指標 3.8.1「サービスカバレッジ指標」とは別にもう一つ設定されている指標 3.8.2「家計破綻・困窮化」、で、いわゆる経済破綻効果（Catastrophic Health Expenditure）であり、これは、家計収支に占める健康関連支出が大きい人口の割合を指す。WHO の 2019 年モニタリング報告書³³によれば、経済破綻をきたす出費が家計の中で占める割合の閾値を 10%とした場合には、コロンビアでは 8.2%（2016 年値）の破綻率であり、日本は同閾値で 4.4%（2015 年値）となっている。なお、本指標は、2017 年に設定されたばかりなことから、経变的な比較はまだできない状況である。

前述の公的医療保障である保健統合社会保障システム（SGSSS）では、保証されない医薬品の自己負担額が年間 1 人当たり 2.4 百万ペソであり、これは、所得徴収制の人頭支払ユニット（UPC）の約 5 倍、また助成制の人頭支払ユニットの約 8 倍に相当するという報告もあり、「2.8 医薬品調達・供給」で記載した高額医薬品の購入も、自己負担の増大の原因となる。一方、コロナ禍による家計破綻を回避するため、コロンビア政府は、連帯収入（Ingreso Solidario）等の助成金を、特に貧困層に対して支給している。

下図は、閾値 10%の場合の都市部と農村部、貧困層と非貧困層を比較して、女性（妻）主導型の家計の破綻平均値を見たものである。左図が中南米 6 か国の平均値で、右図がコロン

³³ WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report, https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf

ビアのケースである。コロンビアの場合は、非貧困層においては都市部と農村部ともに破綻率が少し高く、貧困層においては、都市部ではほぼ変化はないが、農村部では平均よりも低くなっている。全体として家計破綻を防ぐには、女性主導型の方が良いといえる。



出典：WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage, 2019 Monitoring Report

図 9 家計の破綻平均値

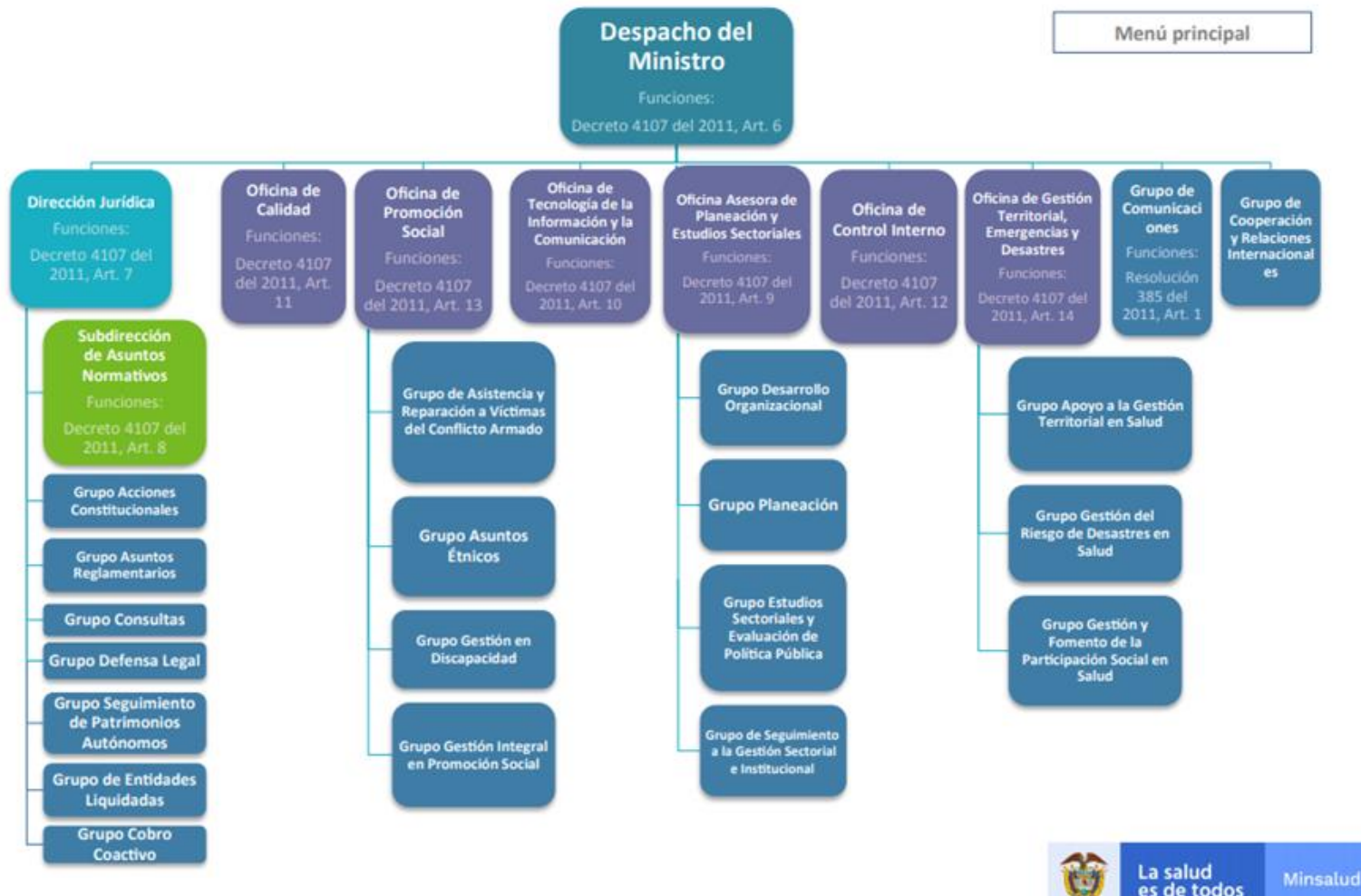
3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ

本章の前項までに記載した、コロンビアの保健医療財政・医療保障制度における各種の課題やニーズを UHC 達成に向けた視点で整理すると以下の通りである。

コロンビアの国家予算において、GDP に対する総保健支出の割合は、OECD 諸国の中で平均的な値である。国民 1 人あたりの保健支出は 4 割以上増加しているものの、医療費の自己負担は、2 割程度減少している。医薬品への支出も高い上に、診療費もコロンビアの一般賃金に比べると高く設定していることから、公的医療保障の中の、助成制度（Régimen Subsidiado）の拡大がこれに大きく貢献しているものと考えられる。

一方、国の医療費の累積債務については、大きなニュースとなり盛んに議論されているが、解決は不透明である。

添付資料



出典： <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/organigrama.aspx>

Minsalud 組織図

第 10 章 エクアドル

目次

| | |
|--|------------|
| 1. 基礎情報 | 335 |
| 1.1 一般情報 | 335 |
| 1.2 政治・経済状況 | 335 |
| 1.3 国家開発計画 | 336 |
| 1.4 日本との外交・経済関係 | 336 |
| 2. 保健セクターの概況 | 337 |
| 2.1 保健・人口の概要 | 337 |
| 2.2 保健医療政策 | 340 |
| 2.3 保健行政機関 | 342 |
| 2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況..... | 343 |
| 2.5 保健医療サービスの供給体制..... | 345 |
| 2.6 主要保健医療サービスの利用状況..... | 350 |
| 2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況..... | 351 |
| 2.8 医薬品調達・供給 | 352 |
| 2.9 ドナーの支援実績（案件名、スキーム、協力額、協力機関・完成年の一覧） | 353 |
| 2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ | 354 |
| 3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 354 |
| 3.1 財政の一般情報 | 355 |
| 3.2 主要保健財政指標 | 355 |
| 3.3 保健省予算 | 356 |
| 3.4 診察料 | 356 |
| 3.5 医療保険制度の関連政策 | 357 |
| 3.6 公的医療保障制度 | 357 |
| 3.7 民間医療保険の概要 | 358 |
| 3.8 医療費による家計破産・困窮化..... | 358 |
| 3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ..... | 358 |

図表目次

| | | |
|------|---|-----|
| 表 1 | 保健医療と社会保障の政策に関連する数値目標..... | 336 |
| 表 2 | 保健医療政策の戦略目標..... | 340 |
| 表 3 | 課題別保健医療政策..... | 341 |
| 表 4 | 保健ガバナンス・監視領域及び統合保健医療サービス領域の事務局整理表 | 342 |
| 表 5 | 保健行政に係る調査の実施状況の整理表..... | 343 |
| 表 6 | ネットワーク構成の整理表..... | 346 |
| 表 7 | MAIS における保健医療人材の業務時間配分 | 347 |
| 表 8 | 保健医療施設数の分布..... | 348 |
| 表 9 | 保健医療人材の配置..... | 349 |
| 表 10 | 地域別診療件数..... | 350 |
| 表 11 | IDB による支援協力プロジェクト..... | 353 |
| 表 12 | WB による支援協力プロジェクト..... | 353 |
| 表 13 | エクアドル国家予算..... | 355 |
| 表 14 | エクアドル省庁予算..... | 355 |
| | | |
| 図 1 | エクアドル国地図..... | 335 |
| 図 2 | エクアドル4つの地域区分地図..... | 335 |
| 図 3 | 1999年及び2019年の人口ピラミッド..... | 338 |
| 図 4 | 2039年の人口ピラミッド..... | 338 |
| 図 5 | エクアドルにおける障害調整生命年 (DALY) | 339 |
| 図 6 | エクアドルにおける肥満率..... | 340 |
| 図 7 | テーマ別疫学週報入手ボタン..... | 344 |
| 図 8 | エクアドル保健管区..... | 345 |
| 図 9 | 一次医療サービスの施設分布..... | 347 |
| 図 10 | 二次医療サービスの施設分布..... | 348 |
| 図 11 | 三次医療サービスの施設分布..... | 348 |
| 図 12 | 1990年及び2019年における3グループ死亡割合 | 351 |
| 図 13 | 総保健支出の財源別内訳..... | 356 |

1. 基礎情報

以下に、一般情報、政治・経済状況、国家開発計画及び日本との外交・経済関係を示す。

1.1 一般情報

エクアドルの人口は 17.37 百万人規模であり、経済規模は GDP1,074 億ドル（2019 年）、世界ランキング第 60 位である¹。なお、一人あたり GNI は 6,090 米ドル（2019 年）であり、GDP 成長率は 2016 年にマイナス 1.2%を記録し 2019 年は 0.05%であり低い数値となっている²。また、国民の 25.0%が 1 日の所得が 1.25 米ドルの貧困ラインにある。エクアドル国家統計、国勢調査庁の発表によれば、2020 年のエクアドルの労働者の中で正規労働者としてカウントできるのは 32.1%のみとしている。



図 1 エクアドル国地図

同国の自然環境の特徴として、火山噴火等の自然災害の脅威が挙げられる。また、2011 年の国家統合保障計画（Plan Nacionaol de Seguridad Integral）の導入により、殺人件数が下がったことは特記できる。

なお、国土は自然環境により大きく、海岸（Costa）地域、山岳（Sierra）地域、アマゾン（Amazonía）地域及び島嶼（Insular）地域の 4 つに区分できる。



図 2 エクアドル 4 つの地域区分地図

1.2 政治・経済状況³

エクアドルの政治形態は共和制であり、任期 4 年の一院制の議会制度となっている。現在の元首は、2021 年 5 月に就任したばかりのギジェルモ・ラッソ大統領である。

主要産業は、石油等の鉱工業、バナナ、カカオ、コーヒー等の農業、エビ等の水産業である。2020 年での失業率は 4.2%であり、これは、同年の全世界平均失業率の 5.4%より低い数値である。なお、エクアドルでは、2000 年に自国通貨を放棄し米ドルを法定通貨とするドル化政策を開始している。

¹ The World Bank, World Development Indicators, <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>

² The World Bank, GDP growth (annual %) – Ecuador, https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=EC&name_desc=false

³ 外務省、エクアドル共和国, <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ecuador/index.html>

エクアドルでの 2018 年 10 月現在での在留邦人は、355 人である。

1.3 国家開発計画⁴

エクアドルにおける現政権の国家開発計画（PND：Plan Nacional de Desarrollo）は、まだ発表されていない。2017 年から 2021 年までの 5 か年計画である、前政権の PND では、全体のスローガンとして、国民の 1 人も取り残さない「すべての命を（Toda una Vida）」を謳っている。

上記の開発計画は、3 つの基軸から成っており、第 1 軸に人権、第 2 軸には経済、そして第 3 軸には社会を置いている。各軸には、それぞれ 3 つの国家開発目標があり、第一軸の第 1 開発目標は「すべての国民に機会均等で尊厳のある命の保証」とあり、17 の政策と、これら政策に対する 43 の 2021 年までの数値目標（指標）が挙げられている。17 の政策の中で、特に保健医療に係るものは「政策 1.6：保健医療と教育の保証」であり、特に社会保障に係るものは「政策 1.7：就労と社会保障」である。

保健医療と社会保障に係る上記 2 つの政策に関連する数値目標は、表 1 に示す通り 13 ある。

表 1 保健医療と社会保障の政策に関連する数値目標

| 項目 | 数値目標（指標） |
|--------------------------------------|------------------------|
| 1. 公的社会保障のカバー率 | 47%から 51.2%へ |
| 2. 出生 10 万人あたりの妊産婦死亡率 | 44.6 から 36.2 へ |
| 3. 出生千人あたりの乳幼児死亡率 | 8.95 から 6.8 へ |
| 4. 3 歳未満慢性栄養失調率 | 24.8%から 14.8%へ |
| 5. 5 歳未満慢性栄養失調 | 23.9%から 13.2%へ |
| 6. 5 歳から 11 歳までの児童の肥満率 | 31.2%から 29.4%へ |
| 7. 生後 6 か月までの乳児の母乳育児 | 46.4%から 64%へ |
| 8. 救急医療処置までの所要時間 | 13 分 27 秒から 10 分 53 秒へ |
| 9. 救急ファーストエイドまでの対応時間 | 9 分 29 秒から 8 分 40 秒へ |
| 10. 保健医療従事者による出産介助 | 95%から 98.9%へ |
| 11. 住民 1 万人あたりの保健医療従事者数 | 25.1 人から 34.8 人へ |
| 12. 保健医療費自己負担の低減 | |
| 13. 保健医療サービスのカバー、アクセスおよび質への住民の満足度の向上 | |

出典：Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 を基に調査団作成。

1.4 日本との外交・経済関係

1908 年 8 月 26 日に外交関係樹立したものの、第二次世界大戦により停止し、戦後、1954 年 9 月 30 日に外交関係が再開した。エクアドルにおける対日貿易では、エクアドルからの輸出は、原油、バナナ、魚粉、ウッドチップ、魚介類、冷凍野菜等で 1,082 億円規模（2018

⁴ エクアドル政府, Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/EcuadorPlanNacionalTodaUnaVida20172021.pdf>

年度実績)である⁵。一方、輸入は、輸送機器、一般機器、鉄鋼、精密機器、ゴム製品等で総額 474 億円 (2018 年度実績)である。また、2011 年から 2015 年度までの累計で日本からの直接投資額は 132.2 万ドルの実績がある。

エクアドルに対する日本の援助実績は、2016 年度までの累計で、有償資金協力が 664.36 億円、無償資金協力が 363.46 億円、技術協力実績が 256.20 億円となっている。日本とエクアドルは、1990 年に青年海外協力隊派遣取極を交わし、1992 年には技術協力協定を締結している。

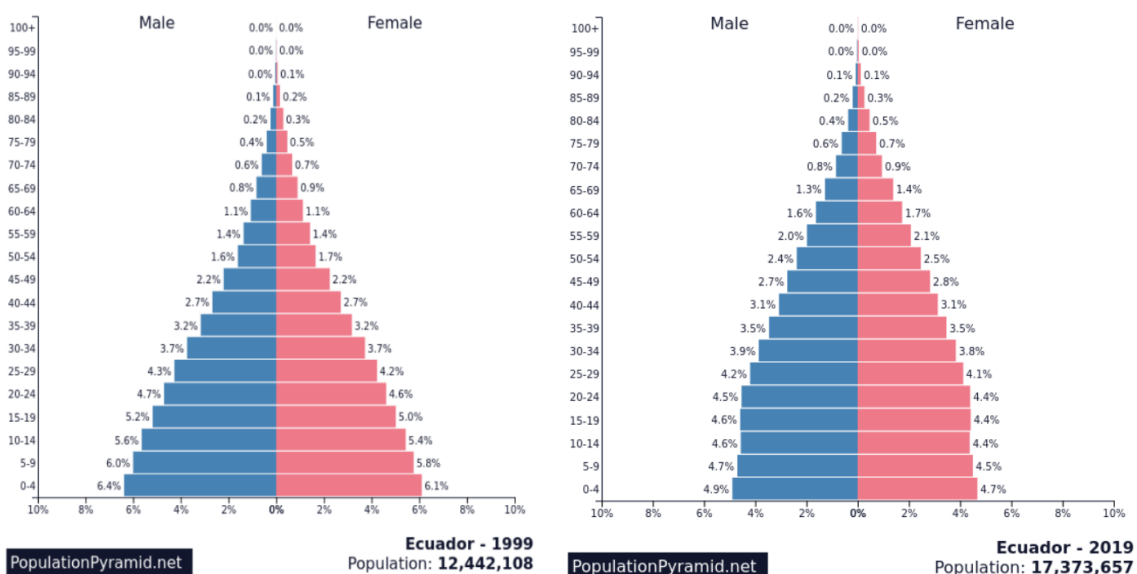
2. 保健セクターの概況

エクアドルの保健セクターの概況として、以下に、保健・人口の概要、保健医療政策、保健行政機関、保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況、保健医療サービスの供給体制、保健医療サービスの利用状況、疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況、医薬品調達・供給、ドナーの支援実績、及び UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズについて示す。

2.1 保健・人口の概要

図 3 に示す通り、1999 年の 12.44 百万人から 2019 年の 17.37 百万へと 20 年間で 40% の増加率である。これは、世界平均の同年間の成長率である 27% よりもかなり高いが、後述する母子保健改善が大きな要素となっている。また、人口ピラミッドの形状は、富士山型から少し釣鐘型へと変化している。加えて、15 歳から 65 歳未満までの成人データを見ても、1999 年の全体の 59.9% から 2019 年には 64.9% へ増加しており、エクアドルは依然人口ボーナス期に入っている。

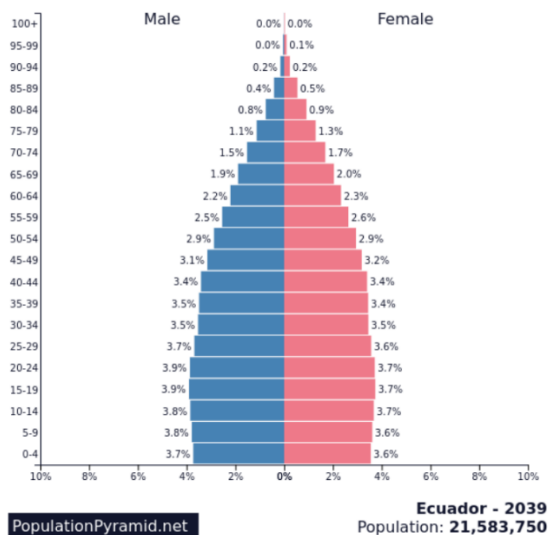
⁵ 外務省、エクアドル共和国、<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/Ecuador/data.html>



出典 : Population Pyramids of the World, <https://www.populationpyramid.net/>(年齢別人口)

図 3 1999 年及び 2019 年の人口ピラミッド

一方、図 4 に示す通り、20 年後の 2039 年の予想ピラミッドは、典型的な釣鐘型となっており、65 歳以上の高齢者は、人口全体の 7.3% (2019 年) から 12.6% (2039 年) へと増大しており、65 歳以上の人口が全体の 7%から 14%にあたる「高齢化社会」には既に入っており、このまま高齢化社会で推移する予想となっている。一方で、15 歳未満児の割合は、2019 年の 27.8%から 20 年後には 22.2%へと減少しており、今後の人口増加を見込んでも少子化傾向に進むとも予想される。



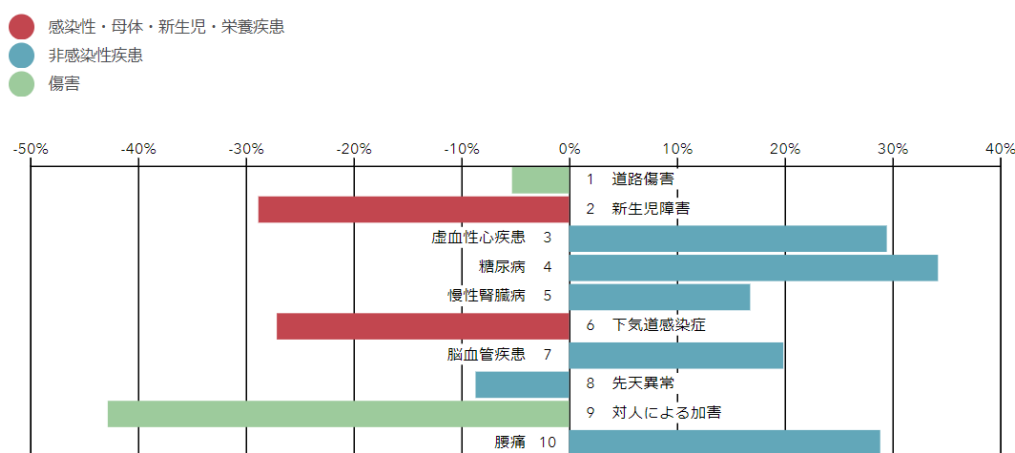
出典 : Population Pyramids of the World, <https://www.populationpyramid.net/>(年齢別人口)

図 4 2039 年の人口ピラミッド

2018年のエクアドルの平均余命は76.8歳（男性74.0歳、女性79.6歳）である⁶。国民全体の3大死因の第1位は循環器疾患（23%）、第2位はがん（17%）、外傷による死亡（13%）と続く。第4位の死因は、呼吸器疾患（10%）、第5位は糖尿病（8%）となっており、エクアドルにおける疾病構造は、NCDが中心といえる。一方で、感染症の代表として対人口1万人の結核の死亡率を見ると、1990年に19.0だったものが2013年には2.0と89.5%減少している。また、母子の保健指標でも、対出生千人の5歳未満死亡率は44.2（1990年）から8.4（2013年）へ81.0%の減少であり、対出生10万人の妊産婦死亡率の2013年データは49.2である⁷。合計特殊出生率も2.615（2010年）から2.427（2019年）へと下がっている。

病的状態、障害、早死により失われた年数を意味した疾病負荷を総合的に示す「障害調整生命年（DALY：Disability adjusted life years）」で見ると、図5に示す通り、10大障害原因の中で、2009年から2019年の10年間の総合的疾患負荷の推移では、新生児疾患は30%近く減少しており、また、暴力による障害においては、40%以上も減っている。一方で、糖尿病は35%近く、虚血性心疾患は30%近く、また、脳卒中が20%近く増加しており、NCDの台頭がわかる。

死亡・障害を合わせて最も多い死因は？



2019年の死亡・障害原因（DALY）上位10位と2009年～2019年の変化率（全年齢合計）

関連文献を参照：[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

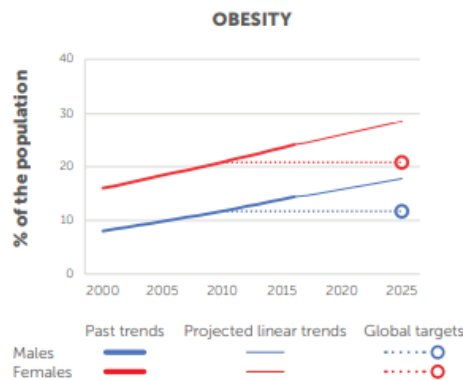
出典: Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profile - Ecuador. (<http://www.healthdata.org/ecuador>)

図5 エクアドルにおける障害調整生命年（DALY）

腰痛による疾病負荷も30%近く増加しているのは、肥満や高齢化と関連できる。なお、下図に示す通り、肥満は男女ともに増加しており、両者ともに、2010年には既に国際的な目標値を超えた状況にある。また、男性より女性の方が人口比で大きくなっている。

⁶ The World Bank, Life expectancy at birth, total (years) – Ecuador, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DY.N.LE00.IN?locations=EC>

⁷ Pan American Health Organization, Health in the Americas 2017, Ecuador, <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=2342>



出典：Noncommunicable Diseases Country Profile 2018

図 6 エクアドルにおける肥満率

2.2 保健医療政策

エクアドルの保健省（MSP：Ministerio de Salud Pública）が推進する中心的な保健医療政策は、「保健省戦略計画 2019 年-2021 年（Plan Estratégico Institucional 2019-2021, MSP）」である。同計画では、下表に示した通り、10 の戦略目標を掲げている。

表 2 保健医療政策の戦略目標

| 戦略目標 |
|--|
| 1. 国家保健システムのガバナンスの強化 |
| 2. 国家保健システムの衛生監視・管理の質の強化 |
| 3. 国家レベルでのジェンダー、多文化及び全年齢層に焦点を合わせた健康習慣の強化 |
| 4. 統合された質の高い、また継続的な保健医療サービスへのアクセス向上 |
| 5. 質の高い保健医療サービスの拡大 |
| 6. 科学研究の増加 |
| 7. ニーズに応じた技術情報の質の向上と活用の増強 |
| 8. 保健省の能力強化 |
| 9. 保健医療人材開発の増強 |
| 10. 効果的な保健省予算の執行の増強 |

出典：MSP, Plan Estratégico Institucional 2019-2021 を基に調査団作成。

上記の戦略目標に沿って計 37 の行動計画（Planes Específicos）があり、その下に、20 のプロジェクトが計画されている。戦略目標 1 の行動計画として「公的セクターと民間セクターとの調整」等 7 つの計画があり、戦略目標 2 に対しては「感染症及び NCD の予防と管理のためのマルチセクターあるいは組織間の連携」等 5 つ、また、戦略目標 3 に対しては「住民参加によるヘルスプロモーションの促進」等 6 つの行動計画がある。

エクアドルにおける UHC 達成へ向けての関連政策では、2014 年に発足した「保健医療統

合ケアモデル（MAIS : Modelo de Atención Integral de Salud）」が中核的なプログラムとなっている。本モデルは、医療だけでなく予防やヘルスプロモーションをも取り組んだ統合ケアが特長であり、また、「多文化を背景に家族やコミュニティを中心にした（FCI : Familia , Comunitario e Intercultural）」コンセプトも含め、現在は「MAIS-FCI」と称されている⁸。この実施内容については、「2.5 保健医療サービスの供給体制」にて後述する。

エクアドルの社会福祉政策に関しては、基本的には、社会経済参画省（Ministerio de Inclusión Económica y Social）が管轄し、障がい者への社会福祉（Servicio de atención para personas con discapacidad）、高齢者福祉（Servicio para la población Adulto Mayor）、また、特に児童労働を規制する児童福祉（Servicio de Protección Especial）に関して、同省より各技術規定書が発行されている⁹。

課題別の保健医療政策では、下表に示す通りの政策、ガイドラインや関連マニュアル等が整備されている。

表 3 課題別保健医療政策

| 課題分野 | 政策等 |
|----------|---|
| 感染症対策 | <ul style="list-style-type: none"> HIV エイズ・マルチセクター国家戦略計画 2018 年-2022 年 (Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta al virus de la inmunodeficiencia humana VIH/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS) 2018-2022) 予防接種手順書 (Manual “Vacunas para Enfermedades Inmunoprevenibles”) (2020 年発行) |
| 栄養問題 | <ul style="list-style-type: none"> マルチセクター栄養対策計画 2018 年-2025 年 (Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición 2018-2025) |
| 非感染症疾患対策 | <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病対策ガイドライン (Guía de práctica clínica, Diabetes Mellitus) (2007 年発行) |
| 母子保健 | <ul style="list-style-type: none"> 妊産婦リスク評価手順書 (Evaluación y Categorización del Riesgo Obstétrico en el Control Prenatal) (2019 年発行) 若年妊娠予防マルチセクター政策 2018 年-2025 年 (Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y adolescentes Ecuador 2018-2025) 小児統合診療 (AIEPI: Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) |
| PHC | <ul style="list-style-type: none"> ヘルスプロモーションの教育とコミュニケーション |

⁸ MSP, MAIS-FCI, <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH9ae1.dir/doc.pdf>

⁹ Ministerio de Inclusión Económica y Social, <https://www.inclusion.gob.ec/>

| 課題分野 | 政策等 |
|------|---|
| | (Educación y Comunicación para la Promoción de la Salud)」 (2019年発布) |
| 弱者救済 | <ul style="list-style-type: none"> 少数民族のための保健保障 (Protección de Salud para los Pueblos Indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial) (2017年発布) |

出典： <https://www.salud.gob.ec/catalogo-de-normas-politicas-reglamentos-protocolos-manuales-planes-guias-y-otros-del-msp/>を基に調査団作成。

2.3 保健行政機関

エクアドルにおける保健行政の中心機関は保健省（MSP）であるが、前述した通り、社会福祉については社会経済参画省が管轄している。なお、「3.5 医療保険制度の関連政策」に後述する通り、医療保障においては、保健省とエクアドル社会保障庁（IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social）の2段制度となっている。また、「2.5 保健医療サービスの供給体制」に後述する通り、保健省の下には、各保健管区（Zona）に保健管区調整局（Coordinación Zonal de Salud）と全国各地区（District）には地区保健局（Dirección Dsital de Salud）が設置されている。同省の保健大臣直下の組織図は、添付に掲載のとおりである。

保健大臣の下、2人の副大臣が、保健ガバナンス・監視領域（Gobernanza y Vigilancia de Salud）と統合保健医療サービス領域（Atención Integral de Salud）の2大領域を担当する。各領域の中には、下表の示す事務局が設置されている。

表 4 保健ガバナンス・監視領域及び統合保健医療サービスの事務局整理表

| | |
|--------------|---|
| 保健ガバナンス・監視領域 | <ul style="list-style-type: none"> 国家保健ガバナンス事務局（Secretaría Nacional de Gobernanza de la Salud） 国家公衆衛生監視事務局（Secretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública） 国家ヘルスプロモーション・平等事務局（Secretaría Nacional de Promoción de Salud e Igualdad） |
| 統合保健医療サービス領域 | <ul style="list-style-type: none"> 国家保健医療サービス供給事務局（Secretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud） 国家保健医療サービスの質保証事務局（Secretaría Nacional de Garantía de la Calidad de Servicios de Salud） |

出典： http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2020を基に調査団作成。

2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況

エクアドルにおける保健行政に係る調査の実施状況は表 5 に示す通りである。

表 5 保健行政に係る調査の実施状況の整理表

| 調査名 | 実施及び支援・協力機関 | 実施年 | 実施内容 |
|---|--|----------------------------|---|
| 人口保健調査 ¹⁰ : Demographic Health Survey (DHS) | <ul style="list-style-type: none"> Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable | 1987 年 | 出生記録、世帯記録、身長・体重スコア（児童成長基準）、個人記録、子供の記録、世帯員の記録等 |
| リプロダクティブヘルス調査 ^{11,12,13} : Reproductive Health Survey(RHS) | <ul style="list-style-type: none"> Center for Studies of Population and Social Development (Ecuador) National Institute of Statistics and Censuses (Ecuador) CDC USAID UNFPA IDB | 1994 年 1999 年 2004 年 | 避妊具の使用率、産前産後ケアの実施率、熟練した医療従事者による出産、帝王切開による出産、1 歳児の BCG 接種率、1 歳児の DTP3 接種率、母乳育児の開始率、1 歳児の完全予防接種率、1 歳児の麻疹接種率、1 歳児のポリオ接種率等。 |
| 生活水準指標調査 ^{14,15,16} : | <ul style="list-style-type: none"> The World Bank | 1995 年 1998 年 | 世界銀行の代表的な家計調査プログラムであり、国の家計調査システムの強化と、開発政策に役立つ |

¹⁰ The DHS Program, Ecuador, https://dhsprogram.com/Countries/Country-Main.cfm?ctry_id=9&c=Ecuador&Country=Ecuador&cn=&r=6

¹¹ The Global Health Data Exchange, Ecuador Reproductive Health Survey 2004 <http://ghdx.healthdata.org/record/ecuador-reproductive-health-survey-2004>

¹² The Global Health Data Exchange, Ecuador Reproductive Health Survey 1999 <http://ghdx.healthdata.org/record/ecuador-reproductive-health-survey-1999>

¹³ The Global Health Data Exchange, Ecuador Reproductive Health Survey 1994 <http://ghdx.healthdata.org/record/ecuador-reproductive-health-survey-1994>

¹⁴ The World Bank, Living Standards Measurement Study (LSMS), <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/lsms>

¹⁵ The World Bank, Encuesta Condiciones de Vida 1998, <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/2693>

¹⁶ The World bank, Encuesta Condiciones de Vida 1995, <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/2692>

| 調査名 | 実施及び支援・協力機関 | 実施年 | 実施内容 |
|--|---|-----|---|
| Living Standards Measurement Study (LSMS) | | | マイクロデータの質の向上を目的としている。 |
| STEP 調査 ¹⁷ : STEPwise Approach to Surveillance | <ul style="list-style-type: none"> WHO | 未実施 | WHO によって開発された、NCD の危険因子の状況を国レベルで把握する調査方法。 |
| 地区保健医療情報システム ¹⁸ : District Health Information System2(DHIS2) | <ul style="list-style-type: none"> PEPFAR WHO The Global Fund CDC Gavi UNICEF、等 | 未導入 | 保健情報の収集、伝達、分析、レポートなど保健情報を活用するためのプラットフォーム。 |

出典：調査団作成

エクアドル独自には、保健省下にある国家ネットワークセンター（CNE：Centro Nacional de Enlace）では、疫学監視状況、妊産婦死亡状況、予防接種状況、ベクター感染症状況、NCD 状況等のテーマ別で、疾病状況等について週単位で状況をまとめ週報で発信している。



出典：https://www.salud.gob.ec/centro-nacional-de-enlace/

図 7 テーマ別疫学週報入手ボタン

また、医療機関の電子カルテの整備状況については、2020 年に発行された「唯一の電子版診療録マニュアル（Historia Clínica Única Electrónica）」によれば、保健省管轄の医療機関 1,500 施設に導入済で、利用状況では 7 百万以上の患者の 3 千万以上の電子カルテが作成されている。保健省がモデルとしているソフトは、「HL7 標準（Health Level Seven）」というも

¹⁷ WHO, STEPwise Approach to NCD Risk Factor Surveillance (STEPS), <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>

¹⁸ dhis2, <https://dhis2.org/>

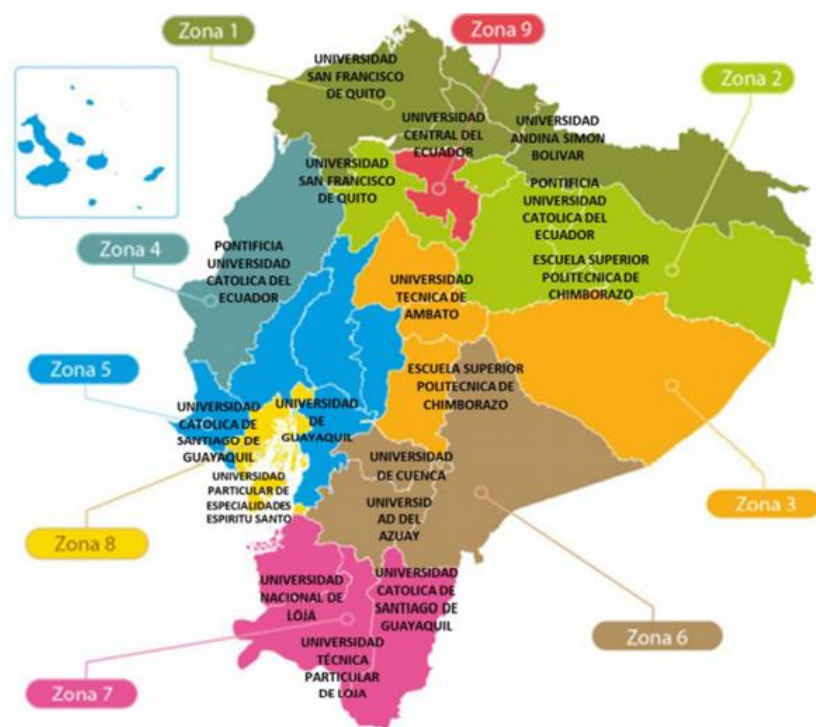
のである。

なお、「エクアドルにおける国家保健システムの中でも、特に、統合された情報システムが脆弱であると、米州開発銀行（IDB： Inter-American Development Bank）が評価している。」と「保健省戦略計画 2019 年-2021 年」に記載されている。ある

2.5 保健医療サービスの供給体制

「2.2 保健医療政策」の中で記載した UHC 達成へ向けての関連政策として中核となっている「保健医療統合ケアモデル（MAIS-FCI）」の実施体制が「保健医療統合公的ネットワーク（RPIS： Red Pública Integral de Salud）」であり、医療機関等のサービス供給の体制の中においては、保健省（MSP）の保健医療施設や人材等の保健リソースだけでなく、エクアドル社会保険庁（IESS）や民間のリソース、また、軍・警察機関もこのネットワークに入っている。

ネットワークは、最小の地区単位の「地区マイクロネットワーク（Microredes Distriales）」、保健管区単位での「保健管区ネットワーク（Redes Zonales）」、及び全国を網羅する「マクロネットワーク（Macroredes）」の 3 種のタイプに分かれる。保健区は、下図に示す通り、全国 20 州の行政管区に対して人口規模をベースに、均等にして 9 つの保健管区としたものである。



出典：MSP, MAIS-FCI, <https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH9ae1.dir/doc.pdf>

図 8 エクアドル保健管区

なお、保健医療サービスのレベルでいうと、「地区マイクロネットワーク」は一次医療サービス、「保健管区ネットワーク（Redes Zonales）」が二次医療サービス、「マクロネットワーク」は三次及び四次医療サービスを提供するものである。表 6 に、各ネットワークの構成等の概略を整理する。

表 6 ネットワーク構成の整理表

| カテゴリー | | 構成等 |
|--------------|--|---|
| 地区マイクロネットワーク | <ul style="list-style-type: none"> 保健医療統合診療チーム (EAIS: Equipo de Atención Integral de Salud) | 構成は、医師、看護師及び PHC 助手の 3 名。都市部では住民 4 千人に 1 チーム、農村部では住民 1,500 人から 2,500 人に 1 チーム配置される。 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 保健ポスト A 型 (Puesto de Salud Tipo A) | 構成は、外来、処置室、事務室、採血室、会議室。住民 1 万人以下の地区に設置される。 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 保健ポスト B 型 (Puesto de Salud Tipo B) | 構成は、保健ポスト A 型の内容に加えて検査室と画像診断室。住民 1 万人より大きく 5 万人以下の地区に設置される。 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 保健ポスト C 型 (Puesto de Salud Tipo C) : | 構成は、保健ポスト B 型の内容に加えてリハビリ室と分娩室、さらに遠隔医療サービス。住民 2 万 5 千人より大きく 5 万人以下の地区に設置される。 |
| 保健管区ネットワーク | <ul style="list-style-type: none"> 専門科診療所 (Consultorio de Especialidad) | 専門医の配置 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 専門科センター (Centro de Especialidad) | 基礎診療科の外来の整備 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 救急センター | 24 時間以内の患者滞在可 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 基礎病院、一般病院、移動ユニット、移送サービス | |
| マクロネットワーク | <ul style="list-style-type: none"> 専門病院、専科病院及び四次医療施設 | |

出典：Modelo de Atención Integral de Salud MAIS, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública を基に調査団作成。

上記のネットワークの他に、保健医療統合ケアモデル (MAIS-FCI) の特徴は、「多文化を背景に家族やコミュニティを中心にした (FCI: Familia, Comunitario e Intercultural)」コンセプトであり、保健医療施設での診療 (壁内の対応：Atención Intramural) の他に、コミュニティでの対応 (壁外の対応：Atención Extramural) や移動診療、また病院搬送前の対応を重視している点である。ネットワークの中で上げた地区マイクロネットワークの中の保健医療統合診療チーム (EAIS) だけでなく、他の保健医療施設、さらには、保健管区ネットワーク内の施設においても、表 7 に示すように、各職種における「施設 (壁) 内の対応」と「施設 (壁) 外の対応」の業務時間配分をモデルとして挙げている¹⁹。

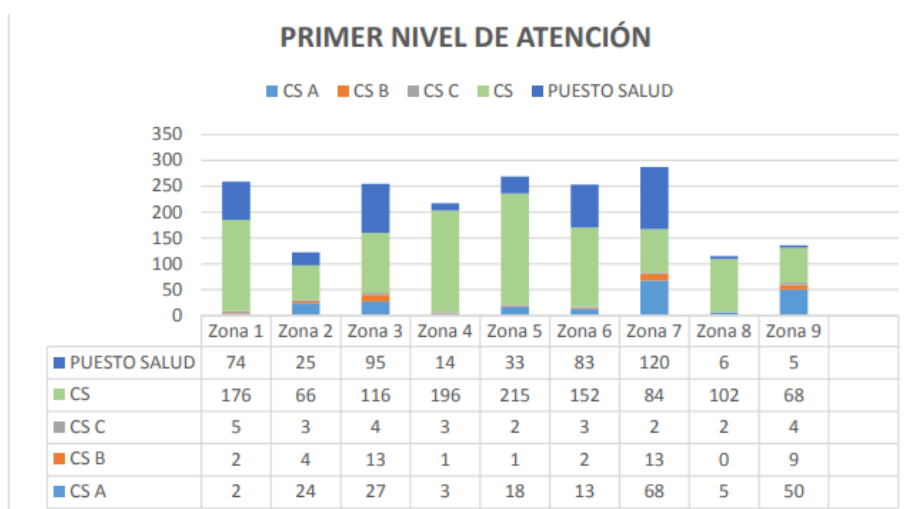
¹⁹ Manual de Modelo de Integral de Salud MAIS

表 7 MAIS における保健医療人材の業務時間配分

| 職種 | 都市部 | | 農村部 | |
|--------|---------|---------|---------|---------|
| | 施設内時間配分 | 施設外時間配分 | 施設内時間配分 | 施設外時間配分 |
| 医師 | 70% | 30% | 50% | 50% |
| 心理士 | 50% | 50% | 30% | 70% |
| 看護師 | 50% | 50% | 40% | 60% |
| 助産師 | 80% | 20% | 30% | 70% |
| PHC 助手 | 10% | 90% | 10% | 90% |

出典：Manual de Modelo de Integral de Salud MAIS を基に調査団作成。

保健省（MSP）の医療機関数は、全国で計 1,182 施設ある。これらの施設の中で、三次医療サービスを提供する専門病院は 12、そして専科病院 1 の計 13 病院である。また、二次医療サービスを提供する一般病院は 16、また基礎病院と称する病院が 52 で、計 68 稼働している。さらに一次保健医療サービスを提供するものは、24 時間保健センターが 29、保健センターが 87、都市部副保健センターが 304、農村部副保健センターが 470、また、保健ポストは 191、移動診療ユニットは 15、診療船が 1、移動式外科ユニットが 2、そして移動式癌ユニットが 2、の計 1,101 である²⁰。なお、コロナ禍の中で、各保健センターでは同施設に隣接してテンプラリーセンターを仮設するなどに対応している。各医療サービスでの保健管区別の施設配置は、下図²¹の通りである。



Fuente: GeoSalud 3.5.2 Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Elaborado por: Dirección Nacional de Cambio de Cultura Organizacional

図 9 一次医療サービスの施設分布

²⁰ Secretaría Nacional de Planificación, PROYECTO “MI HOSPITAL”, http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2019/Junio2019/6.Proyecto_Mi_Hospital.pdf

²¹ MSP, Plan Estratégico Institucional 2019-2021, <https://www.salud.gob.ec/catalogo-de-normas-politicas-reglamentos-protocolos-manuales-plan-es-guias-y-otros-del-msp/>

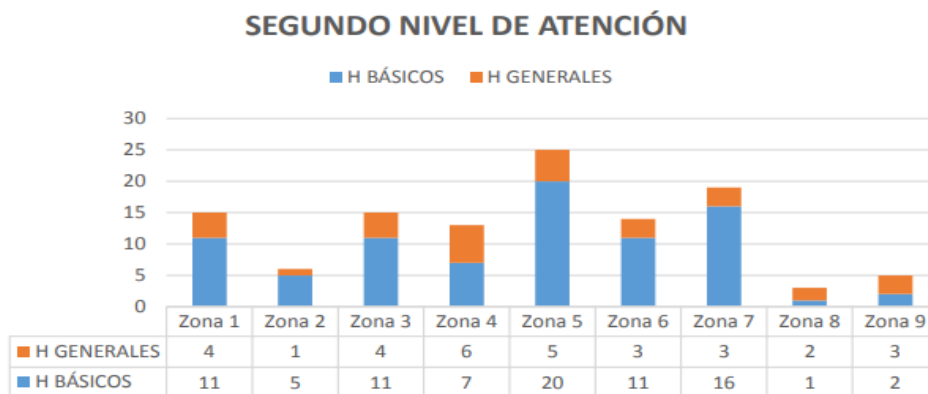


図 10 二次医療サービスの施設分布

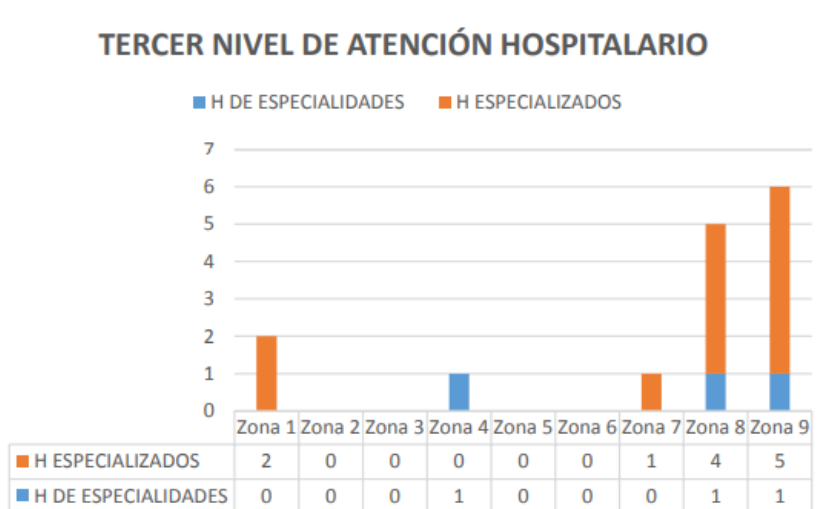


図 11 三次医療サービスの施設分布

施設分布図でわかる通り、三次医療サービスの病院が、大都市部に集中するのは当然ではあるが、一次や二次サービスの施設の配置でも地域差があることが見える。

保健省（MSP）の保健医療施設に加えて、エクアドル社会保険庁（IESS）や軍・警察の施設数を足した公的セクターの施設数は合計 3,418 に上る。また、民間セクターの保健医療施設数は全国で 663 である。これらの配置を、海岸（Costa）地域、山岳（Sierra）地域、アマゾン（Amazonía）地域及び島嶼（Insular）地域の 4 つに区分で示すと下表の通りである。なお、エクアドルにおける対人口 1 万人あたりの病床数は、14 ベッドである。

表 8 保健医療施設数の分布

| 地域 | 公的セクター | 民間セクター | 計 |
|--------|--------|--------|-------|
| 山岳地域 | 1,740 | 288 | 2,028 |
| 海岸地域 | 1,240 | 366 | 1,606 |
| アマゾン地域 | 416 | 9 | 425 |

| 地域 | 公的セクター | 民間セクター | 計 |
|------|--------|--------|-------|
| 島嶼地域 | 13 | 0 | 13 |
| その他 | 9 | 0 | 0 |
| 国全体 | 3,418 | 663 | 4,081 |

出典：Plan Estratégico Institucional 2019-2021 を基に調査団作成。

2013年時点で保健医療従事者数は、119,466人、この中で、公的サービスの従事者は84,690人で、民間サービス従事者は34,776人である。公的サービスの従事者の内訳は、医師が18.39%、看護師が15.67%、その他の専門職種が22.24%、及び看護助手等その他が43.39%となっている。医師数で見ると、首都キトのあるPichincha州と第2の都市グアヤキルのあるGuayas州がいずれも6千人強と他州より大きい。対人口千人で見ると、いずれの州も10から25の範囲内に均等に入っている。最大値を示すのはガラパゴス州の28.18である。代表的な保健医療人材の配置と人口1万人あたりの数を、海岸地域、山岳地域、アマゾン地域及び島嶼地域の4つに区分で示すと表9の通りとなる。なお、エクアドルにおける対人口1万人あたりの医師数は、18.04人である。

表9 保健医療人材の配置

| 地域 | 医師 (1万人あたり) | 心理士 (1万人あたり) | 看護師 (1万人あたり) | 助産師 (1万人あたり) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| 山岳地域 | 14,869 (20.31) | 693 (0.95) | 9,275 (12.67) | 744 (1.02) |
| 海岸地域 | 12,562 (15.64) | 474 (0.59) | 6,420 (8.00) | 1,257 (1.57) |
| アマゾン地域 | 1,841 (21.42) | 69 (0.80) | 1,185 (13.79) | 140 (1.63) |
| 島嶼地域 | 83 (28.18) | 1 (0.34) | 35 (11.88) | 2 (0.68) |
| その他 ²² | 19 (5.03) | 0 (0.00) | 16 (4.23) | 5 (1.32) |
| 国全体 | 29,374 (18.04) | 1,237 (0.76) | 16,931 (10.40) | 2,148 (1.32) |

出典：Plan Estratégico Institucional 2019-2021 を基に調査団作成。

前述の通り、アマゾン地域では、整備されている保健医療施設数は少ないが、人材の配置においては、他の地域に比べても均等といえる。

保健省（MSP）は、保健人材の専門職の育成について、エクアドル中央大学をはじめ13大学と教育カリキュラム協定を締結しており、また、専門医等の資格は、高等教育委員会

²² 山岳地域、海岸地域、アマゾン地域、及び島嶼地域に入らない Las Golondrinas, La Concordio, Manga del Cura, El Piedrero の4市町村（=Zonas No Delimitadas）

(CES)の規定に沿って各州に所在する高等技術協会と呼ばれる17の機関で審査を受けることになっている。なお、医学部を有する公立大学はUniversidad Nacional de Chimborazo等の11校で、私立大学はUniversidad de Las Américas等の12校、計24校で、特に公立大学は全国に分散している。2018年に卒業した医学部生は計11,392人であり、この内で公立大学の卒業生は7割以上にあたる。

2.6 主要保健医療サービスの利用状況

エクアドルにおける麻疹の予防接種率は60.0%（1990年）から2015年には84.0%（2015年）に拡大し、BCGの接種率は最貧困層でも86.3%（1994年）から89.1%（2004年）へと増加している。また、適正な医療人材による出産介助率は富裕層で64.8%（1994年）から94.3%（2004年）へ拡大し、最貧困層でも21.0%（1994年）から40.7%（2004年）へと増加している。4回以上の産前検診率では、富裕層で86.1%（1994年）から90.4%（2004年）へ、最貧困層では29.5%（1994年）から40.3%（2004年）へと拡大している²³。

また、4大地域別の2015年の年間診療件数の実績は、下表の通りとなっている。

表 10 地域別診療件数

| 地域 | 画僧診断件数 | その他の診断件数 | 治療数 | 計 |
|--------|--------|----------|--------|--------|
| 山岳地域 | 13,035 | 1,489 | 3,566 | 18,090 |
| 海岸地域 | 1,003 | 17,751 | 6,655 | 25,409 |
| アマゾン地域 | 101 | 193 | 165 | 459 |
| 島嶼地域 | 16 | 9 | 9 | 34 |
| 国全体 | 14,155 | 19,442 | 10,395 | 43,992 |

出典：Plan Estratégico Institucional 2019-2021 を基に調査団作成。

アマゾン地域や島嶼地域では、診察は地元でできるが、診断や治療は、他の地域に移動して行っていることがわかる。

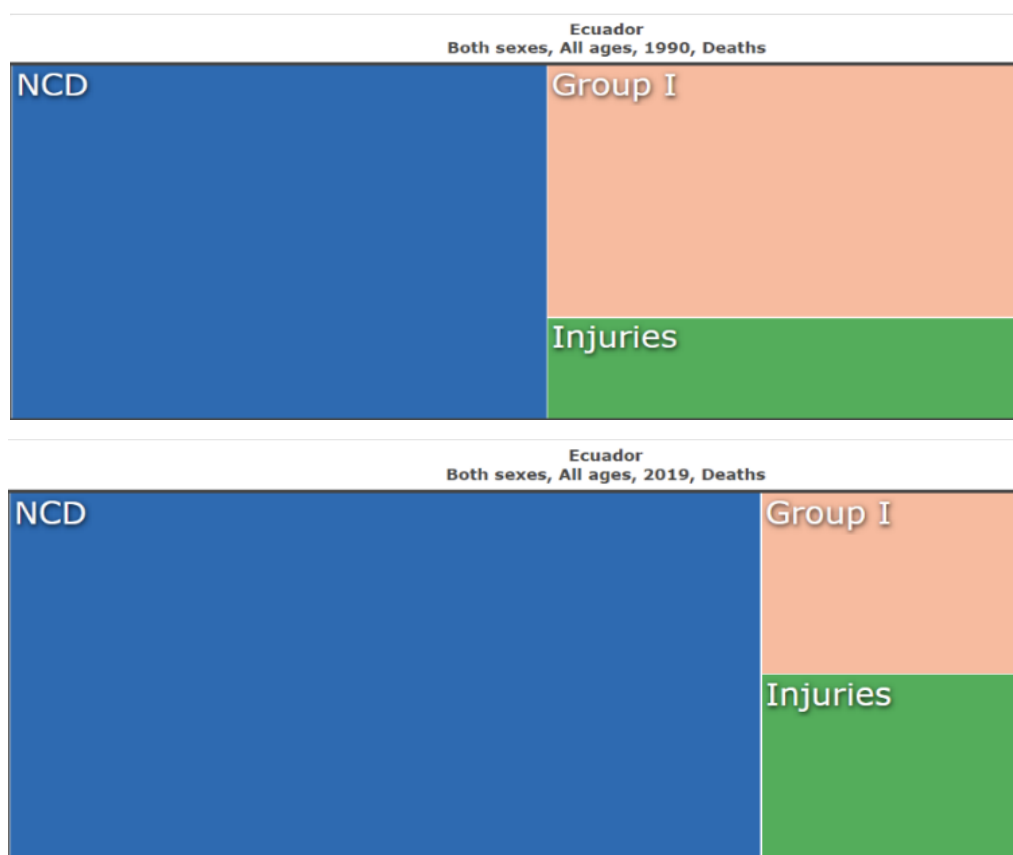
なお、SDGs（Sustainable Development Goals：持続可能な開発目標）の保健医療分野に係る第3の目標である「すべての人に健康と福祉を」の中のターゲット8がUHC達成であるが、本ターゲットには2つの指標が設定され、その一つがSDG指標3.8.1「サービスカバレッジ指標」である。WHOの2019年モニタリング報告書²⁴によれば、エクアドルのサービスカバレッジは2015年の75.9から2017年には76.5と上がっている。全世界の平均値66よりも高い。同国は世界銀行の所得分類で中高所得国のグループに入っており、この数値は中高所得国全体の平均値77と同程度である。なお、日本のサービスカバレッジ値は83.1である。

²³ WHO, Health equity country profiles <https://www.who.int/data/gho/health-equity/country-profiles>

²⁴ WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report, <https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-on-the-road-to-universal-health-coverage-2019-monitoring-report>

2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況

「2.1 保健・人口の概要」に記載の通り、エクアドルにおける疾病構造は NCD 中心ではある。世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease Study）の結果によると、図 12 に示す通り、国際疾病分類（レベル 1）に沿って死亡を大きく感染症疾患・母子疾患・栄養疾患（Group I）、非感染性疾患（NCD）、及び外傷（Injure）の 3 つのグループに分けたとき、1990 年において、総死亡の 52.84%が NCD、33.55%が感染性疾患・母子・栄養疾患（Group I）、13.61%が外傷（Injure）となっており、この時代から NCD が総死亡の半数を占めている。2019 年時点では、感染性疾患・母子・栄養疾患は 12.8%、外傷は 13.04%と、20 年間の間に減少しているが、NCD は 74.15%とさらに増加している。20 年間で NCD の脅威が増していることが分かる。



出典：Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD compare, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

図 12 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合

一方で、エクアドルにおける医療サービスの整備計画の優先度の背景として、1 番に挙げられるのが人口増加への対応であり、第 2 に、地域間格差の低減である。また、「2.2 保健医療政策」に挙げたように感染症対策にも多くのガイドライン等を新たに整備しており、医療サービスの整備においても、疾病構造の変化のみを重視しているものではない。

医療機関の整備においては、2011 年から 4 年計画で総額 819.60 百万米ドルを投資した「私

の病院プロジェクト (Project “Mi Hospital”）」がある²⁵。このプロジェクトによって、多くの施設が増設され、三次医療病院は 13 から 15 に、二次医療病院は、68 から 119 に、一次保健医療施設は、1,101 から 1,931 に増加している。また、これに続くプロジェクトとして、総額 2,050 百万ドル規模の「保健医療インフラ・機材・メンテナンスに係る調査・投資プロジェクト (Project “Infraestructura Física, Equipamiento, Mantenimiento, Estudios y Fiscalización en Salud”）」が進行中である²⁶。

保健医療人材においても、現在実施中の「保健医療人材育成・能力強化プロジェクト (Proyecto de Formación, Capacitación y Certificación del Talento Humano en Salud)」によれば、2020 年までに、PHC 助手 2,210 人、コミュニティ・ファミリー・メディシン専門医 956 人、臨床技師 1,652 人、専門看護師 400 人、薬剤師等修士専門職 50 人、医師 1,800 人の増員を実施中である²⁷。

以上が、前述したサービスカバレッジの上昇に関係したものと考えられる。ただし、前述した医学部卒業生の規模から見ると、医師数の増加は相対的に十分可能だと言えるが、コミュニティに配置されるコミュニティ医の不足等の課題は依然としてある。

2.8 医薬品調達・供給

医薬品の調達は、保健省 (MSP) の国家保健ガバナンス事務局下にある「医薬品・医療消耗品国家局 (Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos)」が管轄し、「医薬品国家政策 2017 年-2021 年 (Política Nacional de Medicamentos 2017-2021)」に従って調達を行う。本政策によれば、国の必須医薬品リストの選択は、民間機関も入る「国家保健委員会 (Consejo Nacional de Salud)」の中の委員会の 1 つである「国家医薬消耗品委員会 (CONAMEI: Comisión Nacional de medicamentos e Insumos)」が決定することになっている。なお、医薬品・医療消耗品国家局が発表している現行の必須医薬品は、916 種である²⁸。

また、調達された医薬品は、保健省の中央倉庫に納められ、そこから各保健管区の倉庫へ、さらに各医療機関へ配布される。詳細は、「医薬品消耗品受付・保管・配布・輸送マニュアル (Recepción, almacenamiento, distribución, y transporte de medicamentos , dispositivos medicos y otros bienes estratégicos en la Red Pública Integral de Salud)」で規定されている。なお、エクアドルでは、2016 年まで PAHO (Pan-American Health Organization) の支援によって、必須医薬品の中のワクチン等を医薬品回転資金で供給していたが、現在では保健省独自の必要供給量に沿ったすべての必須医薬品を戦略資金で調達している。保健医療施設での医薬品の在庫管理については、各保健管区の保健局がこれを行っている。

上記の必須医薬品については、地区マイクロネットワークにある一次保健医療施設においても院内処方され、「3.4 診察料」にて後述する料金に含めて患者へ配布される。第 5 保健管区の保健ポスト A 型に勤務する看護師へのヒアリングによれば、年末・年始の年度切

²⁵ MSP, Project “Mi Hospital”, http://instituciones.msp.gov.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2019/Junio2019/6.Proyecto_Mi_Hospital.pdf

²⁶ MSP, Proyecto Infraestructura, http://instituciones.msp.gov.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2019/Junio2019/9.Proyecto_PIFEMEFS.pdf

²⁷ MSP, Proyecto FTH, http://instituciones.msp.gov.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2019/Junio2019/2.Proyecto_FTH.pdf

²⁸ MSP, Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, <https://www.salud.gob.ec/cuadro-nacional-de-medicamento-s-basico-cnmb/>

り替え時期に医薬品が不足することが一時的にあるが、一次保健医療レベルの施設においても、NCD 対策の糖尿病や高血圧等の治療・予防薬も含めて、基本医薬品は常備されているとのことであった。また、不足が起きた場合は、他の保健ポストや管轄の病院から分けてもらう仕組みとなっており、民間薬局にて購入するケースは少ないとのことである。なお、各民間薬局は、保健省（MSP）に対して医薬品の価格を報告する義務があり、国はそこで、適正価格の調整をやっている。

2.9 ドナーの支援実績（案件名、スキーム、協力額、協力機関・完成年の一覧）

以下に、エクアドルの保健医療分野における米州開発銀行（IDB：Inter-American Development Bank）、世界銀行グループ（WB：The World Bank Group）、日本政府等の支援実績を示す。

米州開発銀行（IDB）の、現在計画中及び実施中の保健医療プロジェクトは下表の通りである。

表 11 IDB による支援協力プロジェクト

| プロジェクト名 | 金額（米ドル）【スキーム】 |
|---|------------------|
| COVID-19 ワクチン購入と配布資金支援 (Support to the financing of the purchase of COVID-19 vaccines and their implementation) | 63,161,940 【準備中】 |
| Covid-19 対策のための効果的ビッグデータ活用 (Big Data for Efficient Management Against COVID-19) | 150,000 【技協】 |
| COVID-19 における医療及び社会保障支援 (Support to the provision of health and social protection services in the context of the pandemic of the coronavirus COVID-19) | 250,000,000 【有償】 |
| 保健医療の質国家政策策定 (Design of a National Policy on Quality in Health) | 400,000 【技協】 |
| 歯科診療の質のスケール化 (Scaling Quality Dental Health) | 280,000 【無償】 |
| 歯科サービルのアクセスギャップの改善 (Novulis: Closing the Access Gap to Dental Health Services in the Ecuador) | 150,000 【技協】 |

出典：https://www.iadb.org/en/projects を基に調査団作成。

世界銀行グループの現在実施中の保健医療プロジェクトは下表の通りである。

表 12 WB による支援協力プロジェクト

| プロジェクト名 | 金額（米ドル） |
|--|-------------|
| COVID-19 緊急対応プロジェクト (Ecuador COVID-19 Emergency Response Project) | 20,000,000 |
| リスク緩和緊急回復プロジェクト | 150,000,000 |

(Ecuador Risk Mitigation and Emergency
Recovery Project)

出典： https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/projects-list?countrycode_exact=EC を基に調査団作成。

日本政府の対エクアドルの援助総額は、前述の通りであるが、保健医療分野の2019年度までの技術協力の累計支援額は、2,050百万円であり、無償資金協力の累計支援総額は、4,651億円である。また、社会福祉分野においても技術協力で2019年度までに累計総額335百万規模の支援を実施している²⁹。エクアドルに対する援助の基本方針（大目標）は、「持続的発展への貢献」であり、重点分野（中目標）は、「経済基盤整備」と「格差是正・包摂的な社会の実現」と「環境保全・防災」となっている。なお、世界銀行グループとのパートナーシップである日本開発政策・人材育成基金（PHRD：Policy and Human Resources Development）によるエクアドルでの実施中の案件は無い³⁰。

韓国政府は、KOICA（Korea International Cooperation Agency）の2014年から2019年のプロジェクトとして、Guayas州Dúran村にC2型保健センターを建設した³¹。

2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ

本章で前項までに記載した、エクアドルの保健医療セクターにおける各種の課題やニーズをUHC達成に向けた視点で整理すると以下の通りである。

エクアドルの人口動態は、依然人口ボーナス期にあるが、既に高齢化社会に入っており、また少子化も進むと予想される。母子保健の改善や感染症の減少が進む中で、相対的にNCDの脅威が台頭しており、疾病構造の変化が起こっている。

保健政策では、UHC達成へ向けて中核となっている保健医療統合ケアモデル（MAIS-FCI）を展開している。保健医療統合公的ネットワーク（PRIS）には、保健省だけでなく、社会保険庁（IESS）の施設も含めて質の高いサービスの拡大を進めている。また、多文化を背景に家族やコミュニティを中心（FCI）とするコンセプトのもと、保健医療チームのコミュニティでのアウトリーチサービスも強化している。

地域間の格差の課題に対しては、保健医療施設の増設や人材の増員も計画的に進めている。

3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

エクアドルの保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズとして、以下に、財政の一般情報、主要保健財政指標、保健省予算、診察料、医療保険制度の関連政策、公的医療保健制度、民間医療保険の概要、及び保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズについて報告する。

²⁹ JICA, 事業実績, <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

³⁰ The World Bank, 日本開発政策・人材育成基金（PHRD）, <https://www.worldbank.org/ja/country/japan/brief/policy-and-human-resources-development-fund>

³¹ KOICA, http://koica.go.kr/sites/koica_en/index.do#n

3.1 財政の一般情報

エクアドルの2020年の国家予算は、35,498.42 百万米ドル（約3兆6,563億円相当）であり、GDPの33%を占める。この内訳は、下図に示す通り、一般歳出である執行予算が全体の97.52%で大多数を占めている。

表 13 エクアドル国家予算

| 国家予算 | 2020年予算費（百万米ドル） | 割合 |
|------------|-----------------|--------|
| 執行予算 | 34,620.3 | 97.52% |
| 立法予算 | 55.5 | 0.16% |
| 司法予算 | 545.3 | 1.54% |
| 社会管理の透明性予算 | 283.8 | 0.67% |
| 選挙予算 | 38.5 | 0.11% |
| 計 | 35,498.4 | 100% |

出典：https://www.gastopublico.org/informes-del-observatorio/datos-y-cifras-de-la-proforma-2020 を基に調査団作成。

また、上位5つの省庁の予算は、下表に示す通り、1位が教育省で、2位が保健省と続く。5大省庁の国家予算全体に対する割合は約3割であり、保健省予算は全体の8.55%となっている。

表 14 エクアドル省庁予算

| 省庁 | 2020年予算（百万米ドル） | 国家予算全体に対する割合 |
|-------|----------------|--------------|
| 教育省 | 3,818 | 10.7% |
| 保健省 | 3,037 | 8.55% |
| 社会経済省 | 1,432 | 4.04% |
| 防衛省 | 1,394 | 3.93% |
| 国家警察 | 1,193 | 3.36% |
| 計 | 10,874 | 30.63% |

出典：https://www.gastopublico.org/informes-del-observatorio/datos-y-cifras-de-la-proforma-2020 を基に調査団作成。

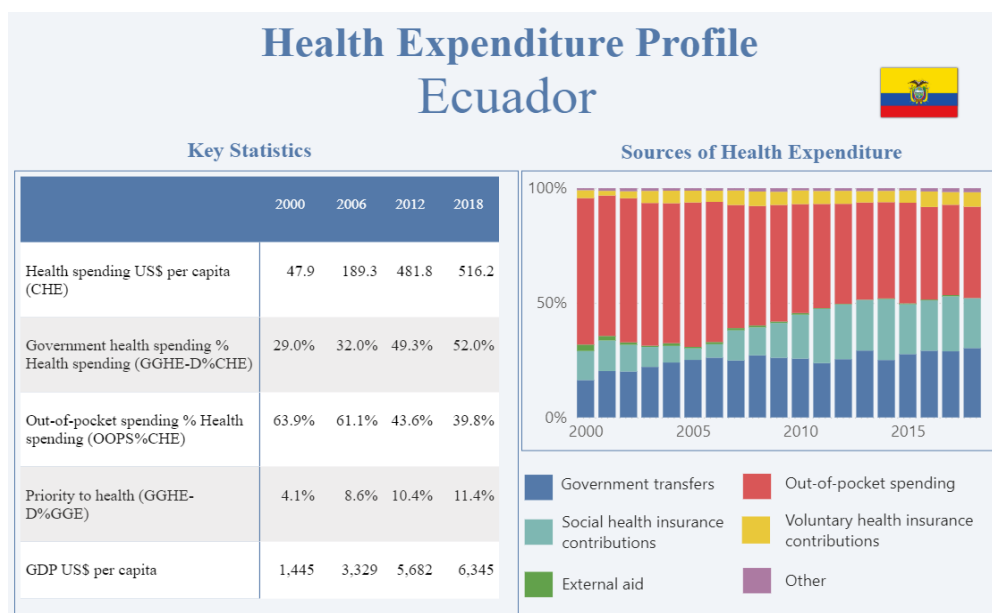
3.2 主要保健財政指標

2018年のエクアドルの総保健支出は8,820百万米ドルである。エクアドルの国家歳出34,818百万ドルに占める保健支出は25.3%に上り、対GDP比では3.2%になる。これは、OECD加盟国平均の8.8%（日本は10.9%でOECD加盟国中6位）に比較してかなり低い値である。

図13に示す通り、この総保健支出の財源別の内訳は、国の一般歳出（Government Transfer）が30.27%（約2,670億円）、公的医療保険（Social health insurance contribution）が21.72%、国民自己負担（Out-of-pocket spending）が39.84%、民間医療保険（Voluntary health insurance contribution）が6.32%、その他が1.75%となっている。従って、政府保健支出（Government health Spending）は、一般歳出と公的医療保険を合わせた52.0%（約4,586億円）である。また、一般歳出の中の約6割が人件費であり、約2割は消耗品費となっている。

なお、2018年のエクアドルの国民1人あたりの保健支出は516.25米ドルであり、10年前

の 2008 年の 327.13 米ドルから 58%増加している。一方で、医療費の自己負担においては、2012 年の 210.06 米ドルから 2018 年の 205.44 米ドルと 2.2%減少している。



出典：WHO Global Health Expenditure Database, https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

図 13 総保健支出の財源別内訳

国の一般歳出（Government Transfer）における分野別の拠出金額は、前項に示した省庁予算でもわかる通り、教育分野が保健医療分野より経年的にも大きい。増加の割合でみると 2013 年から 2018 年にかけて、総教育支出が 8%増加したのに比べて総保健支出は 9%とわずかに多い。

3.3 保健省予算

前述した通り、2020 年の保健省予算は、3,037 百万米ドルで、約 3,312 億円相当³²であり、予算総額の 8.5%である。

これまでの予算の推移を見ると、2008 年は 969.02 百万米ドルであり 当時の GDP の 1.6%に相当、2010 年は 1,239.91 百万米ドルであり GDP の 1.8%、その後は、1,882.89 百万米ドル（2012 年）で対 GDP2.1%、2,287.18 百万米ドル（2014 年）で対 GDP2.2%、2,536.11 百万米ドル（2016 年）で対 GDP2.6%、そして、2018 年では 3,211.03 百万米ドルで GDP の 3.2%に相当する³³。2018 年の大幅増加は、病院等のインフラ整備によるものである。「1.1 一般情報」に記載の通り、GDP 成長率が低い中でも保健医療分野への支出規模は増加傾向にある。

3.4 診察料

エクアドルにおける医療機関のサービス料金は、一部民間のサービスも含めて、保健省

³² 1 米ドル=109.51 円（2020 年 1 月平均）

³³ MSP, Plan Estratégico Institucional 2019-2021

(MSP)の国家保健ガバナンス事務局下にある「国家保健システム政策立案国家局(Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud)」が詳細に規定し、「国家保健システムサービス料金表 (Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud)」として発表している。すべてのサービス料金は、一次、二次及び三次医療のレベルに応じた3つのカテゴリーに分かれる。初診料はいずれのカテゴリーにおいても7.00米ドルである。病床の使用料においは、個室等の状況から15の料金設定があり、1日の使用料は4.10米ドルから12.25米ドルまでの幅がある。医療サービスの種類別で、例えば臨床検査では1,083種にそれぞれ料金設定されている。また、いくつかの条件によって改定料金も設定されている。例えば、地理的条件の中では、海岸と東地域に位置する保健管区でのサービス料金は2%増でありガラパゴス諸島地域では10%増であり、あるいは救急医療条件の中では、医師による救急診療は10%増等の設定がある。

公表されているエクアドルの最低賃金は月収400米ドルであり、インフォーマル労働者も多いとはいえ、即、家庭破綻につながるような高額な料金設定ではない。

3.5 医療保険制度の関連政策

エクアドルにおける、医療保険制度やそれに関わる政策の変遷は以下の通りである。

1928年に、それまでの退職積立や市民互助、共同組合の共済金等を統合し、国家財政から切り離された年金公庫(Caja de Pensiones)が設立された。1935年には、強制社会保障法が制定され、国家保障協会(Insituto Nacional de Previsión)が設立、さらに、1937年には同法を改定し、医療保険を含む社会保険基金(Caja del Seguro Social)となった。

1963年には、上記の公庫と基金が合併して、国家社会保険基金(Caja Nacional del Seguro Social)となり、1970年には、現行のエクアドル社会保障庁(IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social)³⁴となっている。

社会保障庁(IESS)が取り扱う医療を含む保険には、職種の違い等による次の保険法がある。1964年に制定された、労働リスク保険(Seguro de Riesgos del Trabajo)、職人保険(Seguro Artesanal)、専門職保険(Seguro de Profesionales)、及び家事労働者保険(Seguro de Trabajadores Domésticos)、また、1986年に制定された、農業従事者強制保険(Seguro Obligatorio del Trabajador Agrícola)と自主的保険加入制度(Seguro Voluntario)、最低生活賃金を下回る国民の為の限界層社会保障基金(Fondo de Seguridad Social Marginal)である。

3.6 公的医療保障制度

公的保障を管轄するエクアドル社会保障庁(IESS)の医療保障は、基本的には、正規労働者向けと被雇用者でない労働者や自主加入者向けの2つに大別できる。

正規労働者では、被雇用者負担が月給の9.45%で、さらに雇用者は11.15%を負担する。被雇用者が、配偶者や同居者の加入を希望の場合はさらに3.41%の保険料の増額があり、一方、年金を受けている配偶者または同居者を加入の場合には4.15%の割引がある。また、自営業や海外在住のエクアドル人やエクアドル在住の外国人等の自主加入者の場合は、月収の17.6%で、さらに配偶者や同居者も加入の場合は3.41%の増額保険料である。

³⁴ IESS, <https://www.iess.gob.ec/>

また、前項に記載の農業従事者強制保険は、現在では、弱者救済のための特色が大きい村落社会保険 (Seguro Social Campesino) と呼ばれており、上記の各保険料率の中の 0.35% が本保険への助成負担として回される仕組みとなっている。

医療サービスにおいては、妊産婦検診や出産を含むすべての母子サービス、また、18 歳未満の子息に対するサービスも含まれる。保障額 (Valor de Aporte) は、加入者個々の収入状況に応じて決定される。社会保障庁 (IESS) の加入者は、2020 年には 3,099,411 人で、これまで増加傾向にはあったが、国民全体の 18% に過ぎない。また、社会保障庁 (IESS) の試算によると、2021 年にはコロナ渦の影響により全体保険料が、前年比 8.26% 減収の見込みであると発表している。

3.7 民間医療保険の概要

多国籍大手生命保険会社である MetLife 社は、米国の団体生命保険と民間歯科保険で第 1 位の実績を上げており、エクアドルでも第 1 位の民間生命保険会社である³⁵。ただし、保険料が高額であることから富裕層向けであり、このような民間生命保険に加入しているのは、人口の 0.7% (約 12 万人) に過ぎない。

3.8 医療費による家計破産・困窮化

「2.6 主要保健医療サービスの利用状況」に記載した UHC 達成のための指標である SDG 指標 3.8.1「サービスカバレッジ指標」とは別にもう一つ設定されているのが SDG 指標 3.8.2「家計破綻・困窮化」である。これはいわゆる経済破綻効果 (Catastrophic Health Expenditure) であり、家計収支に占める健康関連支出が大きい人口の割合を指す。WHO の 2019 年モニタリング報告書³⁶によれば、経済破綻をきたす出費が家計の中で占める割合の閾値を 10% とした場合には、エクアドルでは 10.3% の破綻率であり、日本の同閾値での 6.17% より高い数値となっている。なお、この指標については、2017 年に設定されたばかりなことから、経年的な比較はできない状況である。

3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ

本章前項までの項目で記載した、エクアドルの保健医療財政・医療保障制度における各種の課題やニーズを UHC 達成に向けた視点で整理すると以下の通りである。

エクアドル国においては、教育分野と保健医療分野を重要セクターとして予算を組んでいる。しかし、対 GDP における総保健支出の割合は低い状況である。

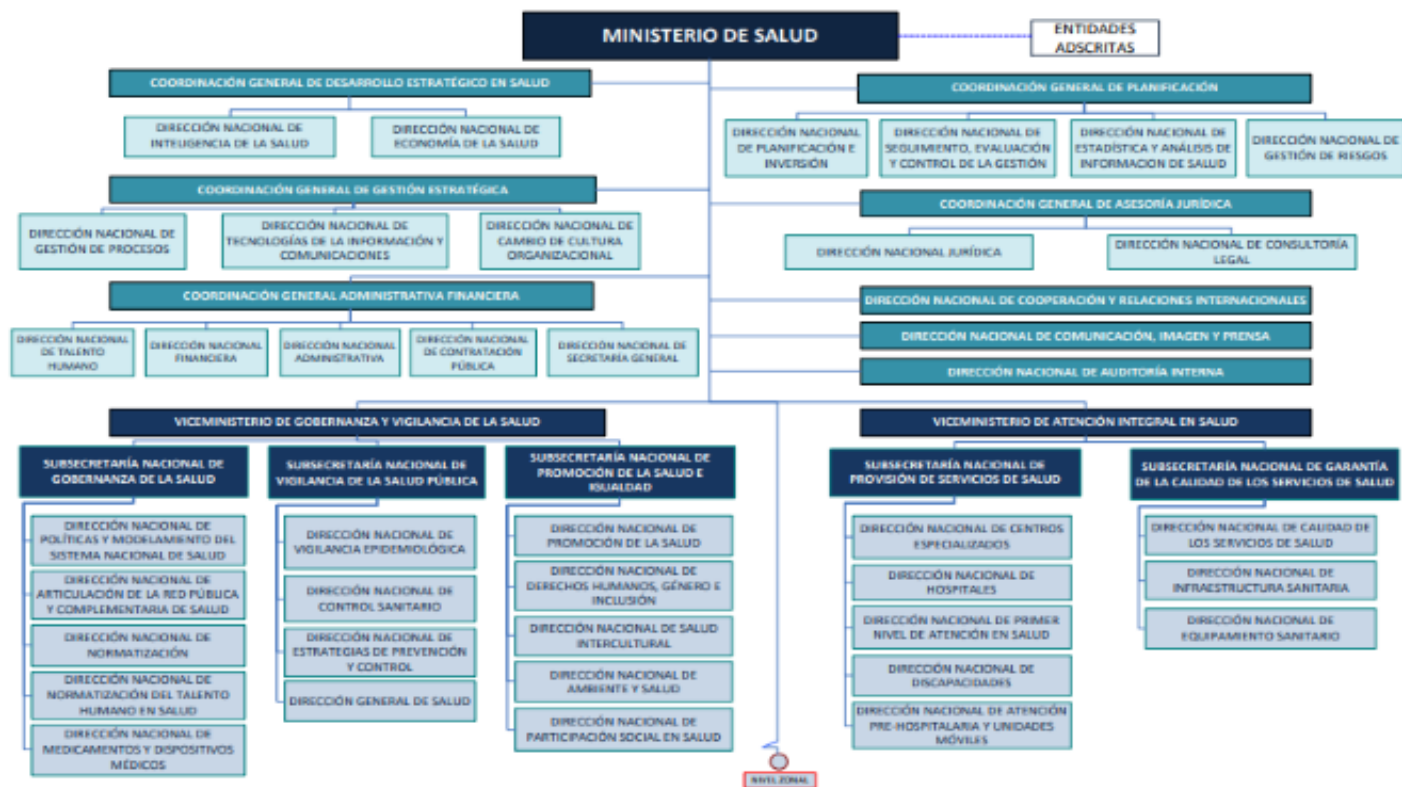
国民は、比較的安価な診療費で医薬品の配給も受ける公的な保健医療サービスを受けられる状況にはなっているものの、公的医療保険に加入している人口は少ない。医療費における国民 1 人あたりの自己負担額はわずかに減少してはいるが、医療費自体は増大している中で、公的保険制度へのより幅広い国民の加入が必要である。そのためには、正規労働者向けも自主加入者向けのものも、被保険者の負担率の低減が一つの方策ではあるが、そのためには、医療保障のための財源をさらに確保する必要がある。また、村落社会保険等の弱者救

³⁵ MetLife, グローバル拠点, https://jobs.metlife.com/content/GlobalPresence/?locale=ja_JP

³⁶ WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage, https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf

済のための保険加入者の増加も重要であり、そのためには、政府や地方自治体の介入が重要と考えられる。

添付資料：MSP 組織図



出典：http://instituciones.msp.gov.ec/images/Documentos/Ley_de_Transparencia/2020

第 11 章 パラグアイ

目次

| | |
|---|------------|
| 1. 基礎情報 | 360 |
| 1.1 一般情報 | 360 |
| 1.2 政治・経済状況 | 360 |
| 1.3 国家開発計画 | 361 |
| 1.4 日本との外交・経済関係 | 363 |
| 2. 保健セクターの概況 | 363 |
| 2.1 保健・人口の概要 | 363 |
| 2.2 保健医療政策 | 366 |
| 2.3 保健行政機関 | 369 |
| 2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況..... | 370 |
| 2.5 保健医療サービスの供給体制..... | 373 |
| 2.6 主要保健医療サービスの利用状況（各種国内格差の分析を含む） | 376 |
| 2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況..... | 376 |
| 2.8 医薬品調達・供給 | 378 |
| 2.9 ドナーの支援実績 | 378 |
| 2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ | 382 |
| 3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 383 |
| 3.1 財政の一般情報 | 383 |
| 3.2 主要保健財政指標 | 383 |
| 3.3 保健省予算 | 384 |
| 3.4 診察料 | 385 |
| 3.5 医療保険制度の関連政策 | 386 |
| 3.6 公的医療保障制度 | 386 |
| 3.7 民間医療保険の概要 | 386 |
| 3.8 医療費等による家計破綻・困窮化..... | 386 |
| 3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ..... | 387 |
| 4. 協力の可能性（案） | 387 |
| 4.1 協力優先度の高いニーズ | 388 |
| 4.2 協力学キーム | 391 |

図表目次

| | | |
|------|---------------------------------------|-----|
| 表 1 | 国家開発計画における戦略軸とその構造..... | 361 |
| 表 2 | 戦略軸「貧困対策と社会開発」における戦略目標と行動計画..... | 361 |
| 表 3 | 行動計画 2.1「保健医療サービス」の目的と内容..... | 362 |
| 表 4 | 保健医療政策における戦略目標と行動ライン..... | 366 |
| 表 5 | パラグアイにおける課題別保健医療政策..... | 368 |
| 表 6 | 疾病別プログラム..... | 369 |
| 表 7 | 保健医療に係る調査実施状況の整理表..... | 371 |
| 表 8 | パラグアイ保健セクターにおける DX 計画..... | 372 |
| 表 9 | IDB による支援協力プロジェクト..... | 378 |
| 表 10 | WB による支援協力プロジェクト..... | 379 |
| 表 11 | 保健セクターDX 計画への支援内容..... | 382 |
| 表 12 | 候補協力案件の内容..... | 388 |
| 表 13 | 「【1】RIISS 地域強化プロジェクト」における事前評価..... | 389 |
| 表 14 | 協力候補案件の 5 項目評価..... | 390 |
| 表 15 | 候補案件における協カスキーム等..... | 391 |
| | | |
| 図 1 | パラグアイ国地図..... | 360 |
| 図 2 | 1999 年及び 2019 年の人口ピラミッド..... | 364 |
| 図 3 | 2039 年の人口ピラミッド..... | 364 |
| 図 4 | パラグアイにおける障害調整生命年 (DALY)..... | 365 |
| 図 5 | 保健社会福祉省 (MSPyBS) 組織図..... | 370 |
| 図 6 | 統合保健医療サービスの統合ネットワーク (RIISS) の概念図..... | 374 |
| 図 7 | Microred Local..... | 375 |
| 図 8 | Microred Distrital..... | 375 |
| 図 9 | Red Regional..... | 375 |
| 図 10 | 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合..... | 377 |
| 図 11 | 総保健支出の財源別内訳..... | 384 |

1. 基礎情報

以下に、一般情報、政治・経済状況、国家開発計画及び日本との外交・経済関係を示す。

1.1 一般情報

パラグアイの人口は7.04百万人規模であり、経済規模はGDP381億ドル(2019)、世界ランキング第97位である¹。なお、一人あたりGNIは5,520米ドルであり、GDP成長率は2017年の5.00%から2019年は0.03%へ下降している²。但し、このような下降は、2009年にも2012年にも発生し、その後、上昇していることから、特異が現象とはいえない。また、国民の24.2%が1日の所得が1.25米ドルの貧困ラインにある。ただし、最貧困層は2009年から2014年で32.5%から18.8%へ減少している。



図1 パラグアイ国地図

1.2 政治・経済状況³

パラグアイの政治形態は立憲共和制であり、二院制の議会制度となっている。任期は5年の再選禁止となっている。現在の元首は、マリオ・アブド・ベニテス大統領、任期は2023年8月までである。なお、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に関わる対応の問題によって、2021年2月に保健社会福祉省(MSPyBS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social)の大臣が交代した。

主要産業は、大豆等の農牧業、食肉等の畜産業、及び林業である。2020年での失業率は4.8%であり、世界平均の5.4%よりやや低い数値となっている。一方、労働・雇用・社会保障省(MTESS: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social)の報告⁴では、インフォーマル労働者は国民の78.0%(2014年)にあたり、2005年の86.1%からは減少しているも依然高い値にある。また、このインフォーマル労働者は都市部人口の71.2%に比べて農村部では88.6%と高い。

¹ The World bank, World Development Indicators, <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>

² The World bank, GDP growth (annual %) – Paraguay, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=PY>

³ 外務省, パラグアイ共和国, <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/paraguay/index.html>

⁴ Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Ocupación Informal en Paraguay

なお、2018年10月時点の在留邦人は5,441人、日系人は推計約1万人である。全国で7か所の日系移住地があり、移住地の他、首都を含む3都市にも日本語学校がある。

1.3 国家開発計画⁵

パラグアイにおける現行の「国家開発計画（Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030）」は、2015年から2030年までの15か年計画である。

本計画は、下表に示す通り3つの縦軸と、それらを横断する4つの横軸の戦略軸で構成されている。

表1 国家開発計画における戦略軸とその構造

| 戦略軸 (縦軸) | 戦略軸 (横軸) | | | |
|------------------|----------------------|-----------------------|-------------------|----------------|
| | 1. 機会均等 | 2. 透明性のある 効果的な公共事業 | 3. 領土の活用 | 4. 環境保全 |
| 1. 貧困削減と社会 開発 | 均等な社会開発 | 質の高い社会サー ビス | 住民参加型地域開 発 | 持続性のある適正 習慣 |
| 2. 包摂的経済成長 | 雇用と社会保障 | 競争性とイノベー ション | 地域特色のある生 産的多様性 | 環境資産の価値 |
| 3. 適切な世界進出 | グローバル社会に おける均等な機会 | パラグアイ色のあ る投資と輸出 | 地方経済の統合 | 国際慣例の尊重 |

出所：Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030 を基に調査団作成。

上記の戦略軸の縦軸1「貧困対策と社会開発」には、表2に示す通り4つの戦略目標とそれぞれに関連する行動計画を定めている。

表2 戦略軸「貧困対策と社会開発」における戦略目標と行動計画

| 戦略目標 | 行動計画のテーマ |
|------------|--------------|
| 1. 均等な社会開発 | 1.1 貧困対策 |
| | 1.2 身分保証 |
| | 1.3 ジェンダーの平等 |
| | 1.4 子どもと思春期 |
| | 1.5 若者 |
| | 1.6 少数民族 |
| | 1.7 障がい者 |
| | 1.8 高齢者 |

⁵ パラグアイ政府, Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030, <https://www.stp.gov.py/pnd/wp-content/uploads/2014/12/pnd2030.pdf>

| 戦略目標 | 行動計画のテーマ |
|---------------|----------------|
| 2. 質の高い社会サービス | 2.1 保健医療サービス |
| | 2.2 教育 |
| | 2.3 人権 |
| | 2.4 行政 |
| 3. 参加型地方開発 | 3.1 地方政府のガバナンス |
| | 3.2 地方間連携行動 |
| 4. 適正で持続可能な習慣 | 4.1 住居・環境開発 |

出所：Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030 を基に調査団作成。

上の表内の行動計画 2.1「保健医療サービス」の目的とその内容は、表 3 に示す通りである。

表 3 行動計画 2.1「保健医療サービス」の目的と内容

| |
|--|
| <p>目的</p> <p>国民の権利を尊重した、公平で汎用性のある、強靱で統合された国民参加型の国家保健システムを計画する。</p> |
| <p>内容</p> <p>(1) 保健医療サービスの拡大</p> <p>(2) 家族保健ユニット（USF：Unidades de Salud familia）と病院とのレファラルシステムの強化</p> <p>(3) UHC 達成のための公的サービスと民間サービスへの自己負担の低減</p> <p>(4) 医薬品政策の改善</p> <p>(5) 統合保健医療サービスの統合ネットワーク（RISS：Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud）の強化</p> <p>(6) 保健医療国家システムにおける多種セクター間の接合と調和</p> <p>(7) QOL 向上のためのプログラム開発</p> <p>(8) 住民参加型ヘルスプロモーションの推進</p> <p>(9) 透明性の高い行動の開発</p> <p>(10) 運動、リハビリテーション及びレクリエーションのためのインフラ整備</p> <p>(11) 国内や国際的なスポーツ大会の推進</p> |

出所：Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030 を基に調査団作成。

以上の開発計画の中で UHC に注視して見ると、保健医療サービスの拡大が挙げられ、これに関連するパラグアイ国の特徴的な保健施設やシステムとして、家族保健ユニット（USF：Unidades de Salud familia）と統合保健医療サービスの統合ネットワーク（RISS：Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud）が挙げられる。また、国民の医療費の低減も開発計画の中で取り上げている。

1.4 日本との外交・経済関係

パラグアイとの外交関係は1919年に樹立し、経済技術協力と日系人の存在を基盤として友好協力関係にある。パラグアイにおける対日貿易では、2019年のパラグアイからの輸出は、ごま、大豆、油かす等で33.6億円規模である。一方、輸入は、電気機器等で総額98.7億円である⁶。

パラグアイに対する日本の援助実績は、2016年度までの累計で、有償資金協力が1,561.57億円、無償資金協力が363.65億円、技術協力実績が881.92億円となっている。二国間援助においては、1976年以降、日本が最大の援助国である（2004年、2011年及び2014年を除く）。日本とパラグアイは、1959年に移住協定、1978年に青年海外協力隊派遣取極を交わし、1979年に技術協力基本協定を締結している。

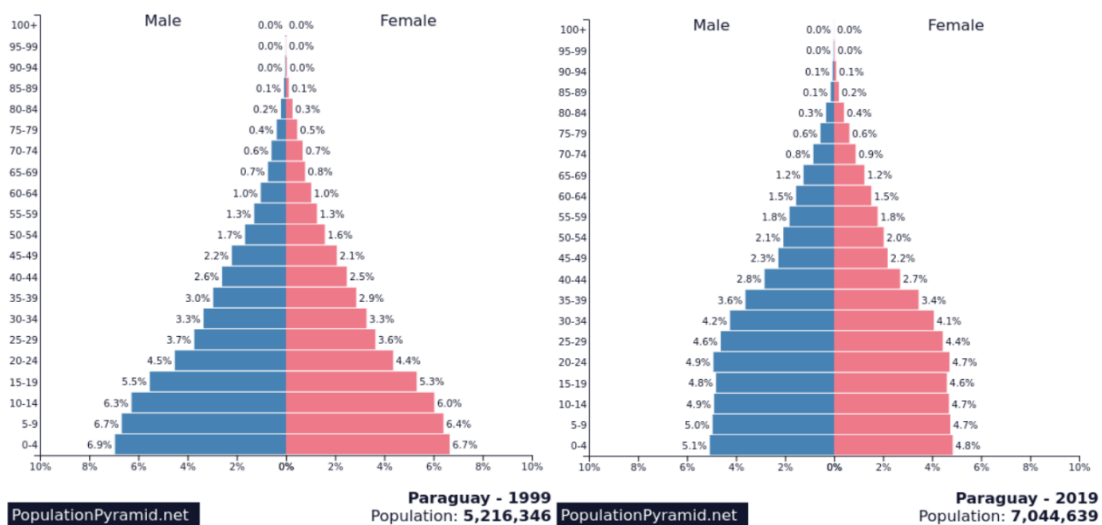
2. 保健セクターの概況

パラグアイの保健セクターの概況として、以下に、保健・人口の概要、保健医療政策、保健行政機関、保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況、保健医療サービスの供給体制、保健医療サービスの利用状況、疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況、医薬品調達・供給、ドナーの支援実績、及びUHC達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズについて示す。

2.1 保健・人口の概要

パラグアイの人口動態は、図2に示す通り、1999年の5.22百万人から2019年の7.04百万へと20年間で35%の人口が増加している。これは、世界平均の同年間の成長率である27%に比べても大きい。また、人口ピラミッドの形状は、富士山型から上部が尖った釣鐘型へと変化している。15歳から65歳未満までの生産層は、56.8%（1999年）から64.0%（2019年）へ増加し、依然人口ボーナス期にある。

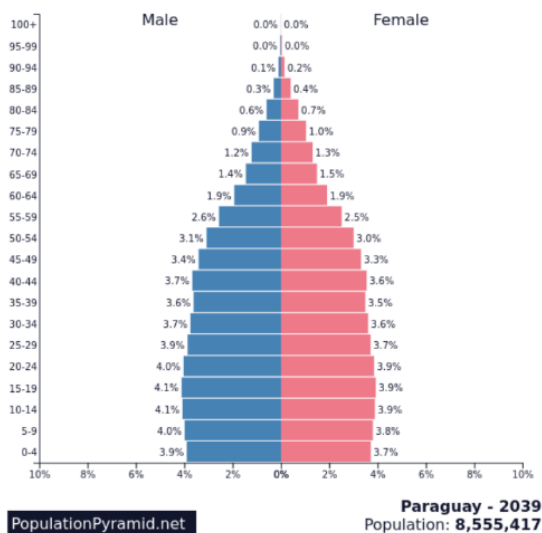
⁶ 外務省，パラグアイ共和国，<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/paraguay/data.html>



出所：Population Pyramids of the World, (<https://www.populationpyramid.net/>(年齢別人口))

図 2 1999 年及び 2019 年の人口ピラミッド

また、図 3 に示す通り、2039 年の予想ピラミッドは、典型的な釣鐘型となっており、65 歳以上の高齢者は、人口全体の 6.5%（2019 年）から 9.6%（2039 年）と増大していることから、65 歳以上の人口が全体の 7%から 14%にあたる「高齢化社会」が直前に迫っている。一方で、15 歳未満児の割合は、29.2%（2019 年）から 23.4%（2039 年）へと減少しており、今後の人口増加を見込んでも少子化傾向に進むと予想される。なお、パラグアイにおいては、2070 年から人口減少も予測されている。



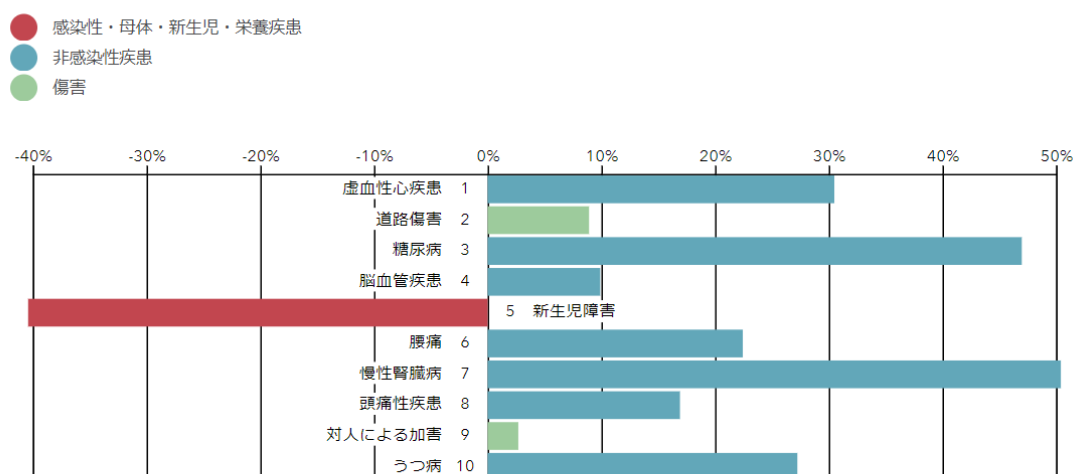
出所：Population Pyramids of the World, (<https://www.populationpyramid.net/>(年齢別人口))

図 3 2039 年の人口ピラミッド

2018年のパラグアイの平均余命は74.1歳（男性72.1歳、女性76.2歳）である⁷。国民全体の3大死因の第1位は、循環器疾患（25%）、第2位はがん（15%）、第3位は外傷（12%）となっている。依然として、デング熱やジカ熱等の感染性疾患が猛威をふるう年もある中、2014年には麻疹・風疹の風土病撲滅宣言を出した。また、人口の1.8%は先住民族であり、グアラニー族等の先住民族での死亡原因の1位は呼吸器疾患によるものであり、典型的な感染症主体の疾病構造にある。

一方で、病的状態、障害、早死により失われた年数を意味する疾病負荷を総合的に示す障害調整生命年（DALY：Disability-Adjusted Life Year）でみると、図4に示す通り、2009年から2019年の10年間に、新生児における障害等が40%以上減少しているのに対して、慢性腎臓病による障害は50%で糖尿病による障害も45%以上増大している。また、死因の3位である外傷の中の交通事故による障害も10%近く増加している。

死亡・障害を合わせて最も多い死因は？



2019年の死亡・障害原因（DALY）上位10位と2009年～2019年の変化率（全年齢合計）

関連文献を参照：[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

出所: Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profile – Paraguay, <http://www.healthdata.org/paraguay>

図4 パラグアイにおける障害調整生命年（DALY）

母子の保健主要指標でみると、対出生千人の5歳未満児死亡率は、36.9（1990年）から14.2（2013年）へ61.5%減少している。また、対出生10万人の妊産婦死亡率の2015年データは81.8であり、1990年から2014年まで57.4%減少し⁸、合計特殊出生率も2.73（2010年）

⁷ The World Bank, Life expectancy at birth, total (years) – Paraguay, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DY.NL.E00.IN?locations=PY>

⁸ Pan American Health Organization, Health in the Americas 2017, Paraguay, <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=4292>

から 2.43（2018 年）へと減少している⁹。

以上から、母子保健の改善や NCD の台頭がいえる。

2.2 保健医療政策

パラグアイにおける現行の保健医療政策は、「国家保健戦略政策 2015-2030 年（Estrategías de la Política Nacional de salud 2015-2030）¹⁰」で、2015 年から 2030 年までの 15 か年計画である。この戦略政策の戦略目標とその行動ラインは、表 4 に示す通りである。

表 4 保健医療政策における戦略目標と行動ライン

| 戦略目標 | 行動ライン |
|----------------------------------|--|
| 1. ガバナンス強化 | 1.1 法律に沿った規定策定の強化 |
| | 1.2 計画、モニタリング、評価の強化 |
| | 1.3 国家保健情報システムの強化 |
| | 1.4 保健政策に沿った計画とプロジェクトの実施開発 |
| | 1.5 保健の質向上システムの拡大 |
| | 1.6 必須公的保健医療の機能強化 |
| | 1.7 保健省の監督能力強化 |
| | 1.8 国家保健システムの強化 |
| | 1.9 UHC 達成の促進とモニタリング |
| | 1.10 社会的弱者を中心とした社会保障の強化 |
| | 1.11 保健医療サービスの質の向上の継続的改善 |
| 2. 保健医療施設の統合的なネットワーク下における PHC 強化 | 2.1 PHC に係るインフラや人材等のすべてのリソース課題の解決策の増加 |
| | 2.2 既存の「家族健康ユニット（USF : Unidades de Salud Familiar）」の適正化とユニット数の増加 |
| | 2.3 PHC 戦略に基づく保健医療施設ネットワークの開発 |
| | 2.4 住民、家族、コミュニティを中心とした診療、業務、ガバナンスのモデル形成 |
| | 2.5 コミュニティ参加によるヘルスプロモーションと疾病予防の信頼獲得 |
| | 2.6 地域の状況とニーズに応じた課題統合ネットワークの形成 |
| | 2.7 保健医療情報サイクルの強化のための情報収集の最適化 |
| | 2.8 社会的弱者のための保健医療施設間の調整の促進 |
| | 2.9 国レベルの社会監査の実施促進 |

⁹ The World Bank, Fertility rate, total (births per woman) – Paraguay, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=PY>

¹⁰ MSPyBS, Política Nacional de Salud 2015-2030, <http://portal.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2016/10/Política-Nacional-de-Salud-2015-2030.pdf>

| 戦略目標 | 行動ライン |
|----------------------------------|--|
| 3. 社会的決定のためのセクターワイドで統合された組織行動の強化 | 3.1 UHC と医療保障の促進 |
| | 3.2 年齢、性別、障がいレベル、経済状況等の状況把握のための情報分析システムの開発 |
| | 3.3 職業や環境による健康への影響把握の強化 |
| | 3.4 気候変動や自然災害への対応の強化 |
| | 3.5 ベクター感染症対策のための調整メカニズムの強化 |
| | 3.6 文化や民族の違いを考慮したコミュニケーションシステムの強化 |
| | 3.7 国家レベル及び地域レベルでの参加型ガバナンスの連結 |
| 4. リソースの最適化による保健システムの効率改善 | 4.1 優先度に応じた予算支出の保証 |
| | 4.2 短期・中期・長期の予算計画の策定 |
| | 4.3 地域の状況やニーズに応じた予算計画の策定 |
| | 4.4 高精度のデータによる情報システムの近代化 |
| | 4.5 情報システムに基づく効率・効果的で透明性のある管理とフォローアップシステムの強化 |
| | 4.6 国家保健政策に沿った国際・国内援助リソースのアライアンス |
| 5. 保健医療人材サービスの強化 | 5.1 国家保健政策に沿った保健医療人材の開発と継続教育 |
| | 5.2 保健医療人材の業務及び配置計画の戦略的情報システムの強化 |
| | 5.3 国家保健政策に沿った保健医療人材の機能メカニズムの遂行 |
| | 5.4 保健医療人材の労働安全に関する必要措置の遂行 |
| | 5.5 保健医療に係る教育者及び研究者の地位向上 |
| 6. 国境地域における公共保健医療の開発と強化 | 6.1 関係各国の法的規定に沿った調整、対話メカニズムの開発と促進 |
| | 6.2 国境地域における優先性の高い保健医療課題の抽出 |
| | 6.3 国境地域における UHC 達成の促進 |
| | 6.4 国境と接する両国での情報ネットワークの強化 |
| | 6.5 法医学行動の共有 |
| 7. 安全で質の高い、効果的な医薬品へのアクセスの保証 | 7.1 公的医療保障のための各レベルでのリーダーシップとガバナンスの強化 |
| | 7.2 医薬品、医療消耗品、食品の安全性と質の保証 |
| | 7.3 安全で質の保証された医薬品、医療消耗品、食品の備蓄と配布の保証 |
| | 7.4 薬局、医療消耗品業者の効果的アクセスの保証 |
| | 7.5 国家医薬品政策に沿った十分なリソースの保証 |
| | 7.6 電子カルテ等による情報システムの開発強化 |
| | 7.7 公的規定に沿った調達の実施 |

出所: Estrategias de la Política Nacional de salud 2015-2030 を基に調査団作成。

また、戦略政策に基づき、保健社会福祉省 (MSPyBS) は、「保健社会福祉省戦略計画 2019-

2023 年（Plan Estratégico Institucional 2019-2023）¹¹」を公表している。これは、2019 年から 2023 年までの 5 か年の中期計画である。ここに掲げる 3 つの目標は、①PHC を中心とした UHC 達成へ向けての権限とガバナンスの強化、②機能プロセスの強化、及び、③憲法に定める国民の健康を保証し、質の高く包括的な保健医療サービスの展開となっている。

パラグアイにおける UHC 達成のための関連政策では、前述の「国家保健戦略政策 2015-2030 年」の中の、戦略目標 1「ガバナンス強化」の 3 番目の行動ラインとして「UHC 達成の促進とモニタリング」が明示されている。また、課題別の保健医療政策である「ヘルスプロモーション政策（Política de Promoción de la Salud）」でも、本政策の主眼を UHC 達成に置いている。本政策においては、国家保健システム（Sistema Nacional de Salud）の強化・推進を強調しているが、これについては、「2.5 保健医療サービスの供給体制」に後述する。

パラグアイにおける社会福祉政策は、名称通り、保健社会福祉省（MSPyBS）が管轄し、同政策は前述の「保健社会福祉省戦略計画 2019-2023 年」に含まれている。また、パラグアイの課題別の保健医療政策は表 5 に示す通り 9 つ¹²の政策がある。

表 5 パラグアイにおける課題別保健医療政策

| |
|--|
| 1. 国家保健政策（Política Nacional de Salud） |
| 2. 国家アメリカ先住民保健政策（Política Nacional de Salud Indígena） |
| 3. ヘルスプロモーション政策（Política de Promoción de la Salud） |
| 4. 肥満予防・管理国家戦略 2015-2025 年 （Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de la Obesidad 2015-2025） |
| 5. 運動プロモーション国家政策（Política Nacional de Promoción de Actividad Física） |
| 6. 多量飲酒予防国家政策 （Política Nacional de Prevención de Consumo Nocivo de Bebidas Alcohólicas） |
| 7. 喫煙-PRONATERC（Tabaquismo - PRONATERC） |
| 8. ナショナル・ヘルス・クオリティー・ポリシー（Doc de Política Nacional de Calidad en Salud） |
| 9. 医薬品国家政策パラグアイ 2015 年（Política Nacional de Medicamentos Paraguay 2015） |

出所：Ministerio de SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL を基に調査団作成。

表 5 中の「医薬品国家政策パラグアイ 2015 年（Política Nacional de Medicamentos Paraguay 2015）」については、「2.8 医薬品調達・供給」で言及する。また、パラグアイでは上記の政策の下、表 6 に示す通り、疾病別の各種のプログラムを設置している。NCD 対策だけでなく、感染症対策も依然重視していることがわかる。

¹¹ MSPyBS, PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2019-2023, <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/405555-RS66719PEIdelMSPyBS.pdf>

¹² MSPyBS, Ministerio de SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, <https://www.mspbs.gov.py/politicas-nacionales.html>

表 6 疾病別プログラム

| | |
|--------------------|--|
| <p>NCD 対策プログラム</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 循環器疾患予防国家プログラム (2008 年発布) (Programa Nacional de Prevención Cardiovascular) • 糖尿病国家プログラム (1994 年発布) (Programa Nacional de Diabetes) • がん国家プログラム (Programa Nacional de Cáncer) |
| <p>感染症対策プログラム</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 結核管理国家プログラム (Programa Nacional de Control de la Tuberculosis) • ベクター媒介感染症国家プログラム (Programa Nacional de Enfermedades Transmitidas por Vectores) |

出所： Ministerio de SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL を基に調査団作成。

2.3 保健行政機関

パラグアイにおける保健行政機関は、社会福祉事業も含めて保健社会福祉省 (MSPyBS) が管轄している。

図 5 に示す通り、保健社会福祉省の組織は、大臣の下に 2 名の副大臣が配置され、保健医療監督・監視領域、統合保健医療及び社会福祉領域をそれぞれ担当している。保健医療監督・監視領域には、監視総局、保健人材・施設・技術総局、ヘルスプロモーション総局、地方分権化総局等の 5 つの総局と並び、環境サービス局や中央検査センターが位置付けられている。また、統合保健医療及び社会福祉領域には、保健医療サービス開発・ネットワーク総局、戦略医薬資材管理総局、及び保健医療プログラム総局の 3 つの総局とこれらと並列し、社会福祉協会が位置付けられている。なお、「2.5 保健医療サービスの供給体制」で後述する全国のサービスネットワークは、保健医療サービス開発・ネットワーク総局が担当している。また、組織内には地方分権化総局はあるが、保健施設や保健人材等の保健リソースの分権化は進んでいない。

「2.2 保健医療政策」で前述した通り、保健社会福祉省 (MSPyBS) を含むガバナンスの強化は、保健 (省) 戦略計画 2019-2023 (Plan Estratégico Institucional 2019-2023) の UHC 達成への第一目標として挙げられている。



出所： <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/porta/adjunto/250790-OrganigramaGenricodelMSPyBS.pdf>

図 5 保健社会福祉省 (MSPyBS) 組織図

2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況

保健行政の執行に有効な保健医療のデータの取得として、国際機関が支援する国際的に認知されている調査等の、パラグアイにおける実施状況は、表 7 に示す通りである。

表 7 保健医療に係る調査実施状況の整理表

| 調査名 | 実施及び支援・協力機関 | 実施年 | 実施内容 |
|--|---|---|--|
| 人口保健調査 ¹³ : Demographic Health Survey (DHS) | <ul style="list-style-type: none"> Centro Paraguayo de Estudios de Población Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc. | 1990 年 | 出生記録、世帯記録、身長・体重スコア（WHO 児童成長基準）、個人記録、子供の記録、世帯員の記録、裕福度等 |
| リプロダクティブヘルス調査 ¹⁴ ¹⁵ : Reproductive Health Survey (RHS) | <ul style="list-style-type: none"> CDC UNICEF International Planned Parenthood Federation USAID | 1995 年, 1998 年, 2004 年, 2008 年 | 避妊具の使用率、産前産後ケアの実施率、熟練した医療従事者による出産、帝王切開による出産、1 歳児の BCG 接種率、1 歳児の DTP3 接種率、母乳育児の開始率、1 歳児の完全予防接種率、1 歳児の麻疹接種率、1 歳児のポリオ接種率等。 |
| 複数指数クラスター調査 ¹⁷ : Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) | <ul style="list-style-type: none"> General Directorate of Statistics, Surveys and Censuses (Paraguay) Ministry of Public Health and Social Welfare (Paraguay) UNICEF IDB Sanitary Services Regulatory Entity (ERSSAN) (Paraguay) | 2016 年 | 避妊具の普及率、満足した家族計画の需要、産前ケアの普及率、熟練した医療従事者による出産、帝王切開による出産、1 歳児の BCG 接種率、下痢で経口補水塩療法を受けた 5 歳未満の子供、1 歳児の DTP3 接種率、母乳育児の早期開始、1 歳児のポリオ接種率等。 |
| 生活水準指標調査 ¹⁸ : Living Standards Measurement Study (LSMS) | <ul style="list-style-type: none"> The World Bank | 未実施 | 世界銀行の代表的な家計調査プログラムであり、国の家計調査システムの強化と、開発政策に役立つマイクロデータ |

¹³ The DHS Program, Paraguay: Standard DHS, 1990 <https://dhsprogram.com/methodology/survey/survey-display-33.cfm>

¹⁴ WHO, Global Health Observatory data repository, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SUBREGcpmfms-PRY>

¹⁵ The Global Health Data Exchange, Reproductive Health Survey (RHS) <http://ghdx.healthdata.org/series/reproductive-health-survey-rhs>

¹⁶ CDC, Reproductive Health Surveys, <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/global/tools/surveys.htm>

¹⁷ unicef, SURVEYS, <https://mics.unicef.org/surveys>

¹⁸ The World Bank, Living Standards Measurement Study, <https://www.worldbank.org/en/programs/lms/overview>

| 調査名 | 実施及び支援・協力機関 | 実施年 | 実施内容 |
|--|---|-----|---|
| | | | の質の向上を目的としている。 |
| STEP 調査 ¹⁹ ： STEPwise Approach to Surveillance | <ul style="list-style-type: none"> WHO | 未実施 | WHO によって開発された、NCD の危険因子の状況を国レベルで把握する調査方法。 |
| 地区保健医療情報シ ステム ²⁰ ：District Health Information System2(DHIS2) | <ul style="list-style-type: none"> PEPFAR WHO The Global Fund CDC GAVI UNICEF、等 | 未導入 | 保健情報の収集、伝達、分析、レポートなど保健情報を活用するためのプラットフォーム。 |

出所：調査団作成。

パラグアイ独自の保健医療情報のデータ取得とこれのモニタリングの体制では、保健社会福祉省（MSPyBS）が管轄する国家保健医療情報システム（SINAIS：Sistema Nacional de Información de Salud）がある。本情報システムは4つのサブシステムから成り、1つは疫学情報、2つ目は経済情報、3つ目は社会人口情報、そして、4つ目に臨床情報となっている。これらに加えて、社会福祉情報等のサブシステムを構築中である。なお、各医療機関における電子カルテの導入に関しては、2010年にUSAID協力の下、電子カルテ導入マニュアルを策定し、2015年12月の国会で「電子カルテ導入法」が採択されている。

上記を背景に、パラグアイにおける抜本的な保健医療情報システムの長期的な改革が、2018年に策定された「保健医療情報強化行動計画（Plan de Acción para el Fortalecimiento de las Sistema de Información para la Salud）2019-2023」である。本計画では、「2030年に向けてデジタル・トランスフォーメーション（DX）化されたパラグアイ保健システム」を標ぼうに、実施計画は下表の示す3つのフェーズから成っている。現時点で、フェーズIはほぼ完了している。

表 8 パラグアイ保健セクターにおける DX 計画

| フェーズ (期間) | 内容 |
|----------------------------------|---|
| I. 基礎構築フェーズ (2019年7月～2021年6月) | <ul style="list-style-type: none"> 保健 DX 国家政策の公表 個人情報保護を含む電子情報規定の策定 |

¹⁹ WHO, STEPwise Approach to NCD Risk Factor Surveillance (STEPS), <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/>

²⁰ dhis2, <https://dhis2.org/>

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> 基礎インフラ条件書の策定 191 の保健医療施設のインフラや情報ネットワークの完備 パイロット病院と管轄内の家族保健ユニット（USF）とのネットワーク試験 |
| II. 開発と全国展開フェーズ (2021 年 7 月～2023 年 6 月) | <ul style="list-style-type: none"> 公共・民間施設間の情報交換の規定策定 国民への情報提供規定の策定 480 の保健医療施設のインフラや情報ネットワークの完備 官民施設間のパイロット情報ネットワーク試験 |
| III. 完全構築と継続フェーズ (2023 年 7 月～2025 年 6 月) | <ul style="list-style-type: none"> 全保健医療施設へのインフラ等の完備 電子カルテへのアクセスの改善 遠隔医療の拡大 |

出所：Paraguay Transparente, Eficiente y Efectivo: MSPyBS を基に調査団作成。

上記の DX 計画は、保健社会福祉省（MSPyBS）を中心にして、技術省（MITIC）も協力する体制となっている。また、Itaipú ダム公団もインフラ整備等へ資金協力し、さらに、台湾や韓国等も協力パートナーとして手を挙げているが、これについては、「2.9 ドナーの支援実績」に後述する。

2.5 保健医療サービスの供給体制²¹

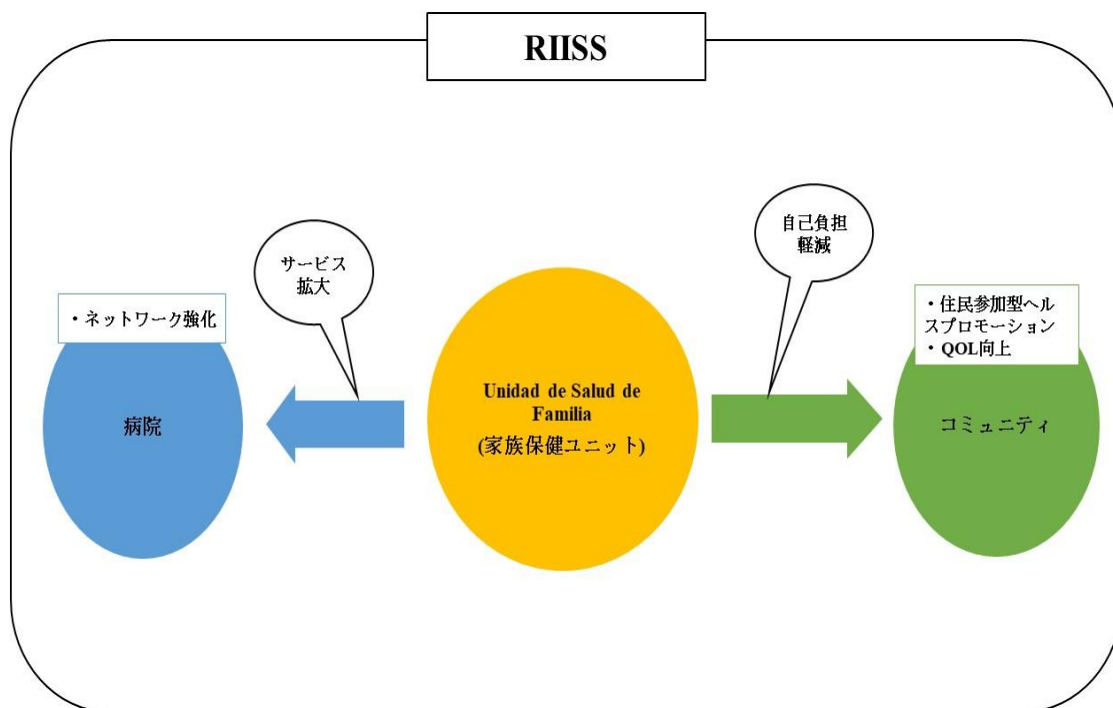
パラグアイにおける保健管区は、17 の行政区分に首都圏を加えた計 18 管区から成る。

前述した保健医療政策の中核である「保健（省）戦略計画 2019-2023（Plan Estratégico Institucional 2019-2023）」には、「PHC の強化」、「既存保健医療施設の不十分な活用」、及び「保健医療施設間のネットワーク強化」が大きな課題として挙げられている。

「PHC 強化」においては、2009 年より、住民、家族、コミュニティを中心とする PHC の橋頭堡である家族保健ユニット（USF：Unidad de Salud de Familia）のコンセプトの下、それまで地域にあった保健ポスト（Puesto de Salud）や保健センター（Centro de Salud）に代わる新たな一次保健医療施設の導入を開始した。また、全公的保健医療施設 1,419（病床数：6,500）を、保健医療サービスの提供内容で 3 つのレベル（低難度：Baja complejidad、中難度：Mediana complejidad、高難度：Alta complejidad）に分類し、国民に対して享受できるサービスのイメージをわかりやすく簡略化している。

以上の保健医療サービスの供給体制の改革である「統合保健医療サービスの統合ネットワーク（RIISS：Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud）」を、2019 年より本格的に推進中である。

²¹ MSPyBS, <https://www.mspbs.gov.py/manuales-normativas.html>



出所：Manual de Organización de los Servicios de Salud en el marco de las RIISS Paraguay を基に調査団作成。

図 6 統合保健医療サービスの統合ネットワーク（RIISS）の概念図

2019 年から開始された RIISS とは、保健医療サービスの統合と保健医療施設間のネットワークの統合の 2 つの意味を持つ供給体制である。RIISS 構築のためにまず、これまでの施設分類を簡易化する。簡易化の内容は、新設の家族保健ユニット（USF）を 804 ユニット今後整備することに加え、既存の 377 保健ポスト（Puesto de Salud）も USF に組み込み、104 ある保健センター（Centro de Salud）を USF、あるいは 2 次医療施設へと振り分ける。また、これまでは、専門病院（Hospital Especializado）、母子病院（Hospital Materno-Infantil）及び国立センター（Instituto Nacional）と分類されていた施設を一括して専門病院とするように編成中である。

USF は、低難度の 1 次保健医療サービスを提供する。中難度では、2 次医療サービスを提供する専門診療センター（CAES：Centro de Atención de Especialidades）、地区基礎病院（Hospital Básico Distal）、3 次医療サービスの地域一般病院（Hospital General Nacional）が位置する。また、高難度には 4 次医療サービスを提供する専門病院が位置付けられる。

上記の医療サービスの難易度を繋ぐネットワークは、地域マイクロネットワーク（Microred Local）、地区マイクロネットワーク（Microred Distrital）、地区間ネットワーク（Red Interdistrital）、及び地域ネットワーク（Red Regional）の 4 段階に分類される。

地域マイクロネットワークは、図 7 に示す通り、農村コミュニティや先住民族の村落を対象に、住民 2,800 から 4,000 人単位で形成される。これは、家族保健チーム（Equipo de Salud de Familia）の巡回活動を含めた中核 USF を中心とするネットワークである。また、地区ミ

クロネットワークは、図 8 に示す通り、市町村単位の地区病院を中心とするネットワークである。

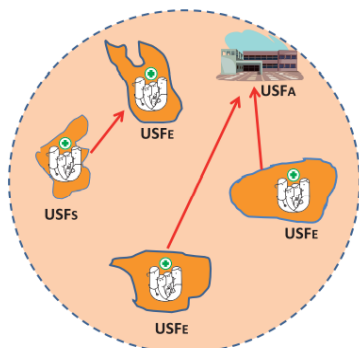


図 7 Microred Local

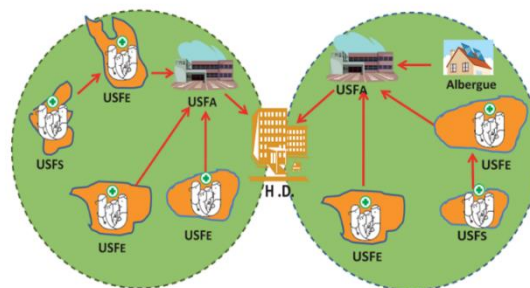


図 8 Microred Distrital

地区間ネットワークは、下図に示す通り、地区病院のない地区と地区病院を有する地区の連携ネットワークである。

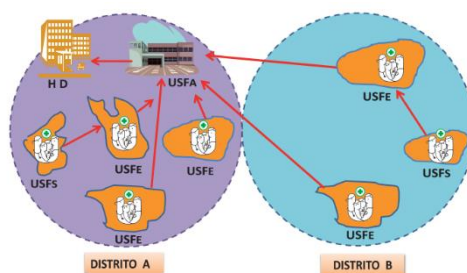


図 9 Red Regional

地域ネットワークは、地域単位で地区病院と地域の中核病院を繋ぐネットワークである。なお、地域病院は、上位の専門病院とのレファラル機能も有している。これらの専門病院には、国立がんセンター（Instituto Nacional de Cáncer）、国立腎臓病センター（Instituto Nacional de Nefrología）、国立栄養センター（Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición）等がある。なお、救急医療体制もこのネットワークに沿っており、中央では国立救急医療センター（CEM: Centro de Emergencia Médica）がこの体制を管理しているが、救急車の搬送に伴うコミュニケーションシステムが十分に機能していないという報告²²もある。

以上記載した統合保健医療サービスの統合ネットワーク（RIISS）については、「2.9 ドナーの支援実績」に後述する、世界銀行グループ（WB：The World Bank Group）及び米州開発銀行（IDB：Inter-American Development Bank）の支援動向を見ても、依然本体制の構築を開始したばかりの状況といえる。

保健医療人材開発計画においては、人口 1 万人あたり専門保健医療人材 25 人という当初

²² 現地リソース（保健省元 PHC 局長）へのインタビュー調査（日本時間：2021 年 4 月 13 日実施）

の目標は 2013 年に達成した。また、2015 年には対人口 1 万 55.2 人となり、2013 年から僅か 2 年で 60% 増強した。一方、専門保健医療人材の 70% は都市部に集中しており、地域間でも首都圏 69.3 人に対して Alto Paraná 県では 7.9 人と格差がある。さらには、一次保健医療サービスに従事するのは 9.17% に過ぎないと算出されている。なお、パラグアイでは、人口 1 万人あたりの病床数は 8 ベッドであり、1 万人あたりの医師数は 13.5 人である。

2.6 主要保健医療サービスの利用状況（各種国内格差の分析を含む）

BCG の予防接種率は、最貧困層においても 91.9%（2004 年）から 94.8% へ（2016 年）へ拡大している。2015 年の適正医療者による出産介助の割合は富裕層で 97.2%（1995 年）から 100%（2016 年）へと、また、最貧困層では 35.4%（1995 年）から 87.9%（2016 年）へと増大している。4 回以上の産前検診率は富裕層で 95.2%（1995 年）から 98.7%（2016 年）へ、また、最貧困層では 42.8%（1995 年）から 83.0%（2016 年）へと増加している²³。

また、汎米保健機構（PAHO : Pan-American Health Organization）が発表している「パラグアイ保健基礎指標（Indicadores Básicos de Salud, Paraguay 2019）」によると、年 4 回以上の産前検診率は全国平均 85.9%（2018）の中で、Alto Paraguay 州では 71.9%、BCG 接種率は、全国平均 76.2% のところ、San Pedro 州で 74.9% と地域間格差が見える。

なお、SDGs（Sustainable Development Goals : 持続可能な開発目標）の保健医療分野に係る第 3 の目標である「すべての人に健康と福祉を」の中のターゲット 8 が UHC 達成であるが、本ターゲットには 2 つの指標が設定され、その一つが SDG 指標 3.8.1 「サービスカバレッジ指標」である。WHO の 2019 年モニタリング報告書²⁴によれば、パラグアイのサービスカバレッジは 68.5（2017 年）である。全世界の平均値は 66 でありこれより高いが、世界銀行の所得分類でパラグアイは中高所得国のグループに入っているが、この数値は中高所得国全体の平均値 77 に比較するとかなり低い数値である。なお、日本のサービスカバレッジ値は、83.1 である。「保健（省）戦略計画 2019-2023（Plan Estratégico Institucional 2019-2023）」においても、「保健医療サービスへのアクセス」を大きな課題として挙げていることから、前述した統合保健医療サービスの統合ネットワーク（RIISS）の構築が大きな期待となっているといえる。

2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況

世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease Study）の結果によると、図 10 に示す通り、国際疾病分類（レベル 1）に沿って死亡を大きく非感染性疾患（NCD）・感染性疾患・外傷の 3 つのグループに分けたとき、1990 年において総死亡の 61.83% が NCD、28.47% が感染性疾患・母子・栄養疾患、9.7% が外傷と、すでに NCD による死亡が感染性疾患・母子疾患・栄養疾患による死亡よりも多いことがわかる。また、2019 年時点では、NCD 77.23%、感染

²³ WHO, Health equity country profiles, <https://www.who.int/data/gho/health-equity/country-profiles>

²⁴ WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage, <https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-on-the-road-to-universal-health-coverage-2019-monitoring-report>

性・母子・栄養疾患 11.42%、外傷 11.35%と NCD が全体の 8 割近くを占めており、NCD の脅威の台頭が顕著である。



図 10 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合

出所：Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD compare, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

「2.5 保健医療サービスの供給体制」に前述した通り、パラグアイでは、全公的保健医療施設を、保健医療サービスをレベル分けした統合保健医療サービスの統合ネットワーク (RIISS) を推進中であるが、大きな特徴は、PHC サービスの徹底を維持しながらも高次医療サービスを拡充する点にある。高次医療サービスの中には、NCD 対策も含まれている。なお、統合ネットワーク (RIISS) 確立に向けて、各レベルでのサービス内容を規定 (Cartera de Servicios por Curso de vida y Niveles de Atención y Complejidad, 2019) し、その徹底を目指して実施している段階にある。

なお、パラグアイにおける NCD の脅威の台頭は前述した通りではあるが、「保健 (省) 戦略計画 2019-2023 (Plan Estratégico Institucional 2019-2023)」によると、保健省は「感染症と NCD の二重疾患への負担」という認識である。

2.8 医薬品調達・供給

2011年、パラグアイでは、大学及び医療機関の関係者らで構成される「必須医薬品リスト作成国家技術委員会（Comité Técnico Nacional para la elaboración de la Lista de Medicamentos Esenciales）」が作成した、必須医薬品リストが保健大臣令により発布された。本リストは、疾病を19グループに分類し、全441薬品で形成される。必須医薬品リストと必須医用品リストは同時に公表されたが、後者にはカテーテル等587品目が掲載されている。

パラグアイにおける公的セクターでの医薬品調達は、保健社会福祉省の戦略医薬資材管理総局の管轄下にある、中央衛生パーク（Parque Sanitario del Nivel Nacional）が民間業者から調達している。また、医薬品供給においては、中央衛生パークの中央倉庫から専門病院へ直接配送され、また、調達要請は専門病院から直接同所へ提出される。その他の病院や保健医療施設には、一旦、各地域にある地域衛生パークの倉庫へと配送されてから分配される。

パラグアイにおける医薬品市場には、医薬品製造業者22、医薬品輸入業者138、医薬品供給業者119、民間薬局2,680が関与している。これらの業界に対して、保健社会福祉省は9,660種の医薬品関連の規制を課している。なお、薬局の17%は首都に位置する。

なお、Alto Paraguay州の家族保健ユニット（USF）の院長へのヒアリングによれば、同ユニットに常備されるべき必須医薬品の中で、予防薬や高血圧症や糖尿病等のNCD治療薬の在庫切れが頻繁に見られ、その場合には、患者は都市の薬局で購入せざるを得ない状況となる。また、国境を超えてブラジル側でより安価な医薬品を仕入れる者もいるとのことである。「2.2 保健医療政策」で記載した医薬品国家政策の中でも、国民の医薬品に係る支払い額について、課題として挙げている。これは、公共調達の医薬品は国際価格の1.97倍の値段となっており、国民は国際市場の12.99倍の支払い負担があると指摘している。

2.9 ドナーの支援実績

パラグアイの保健医療分野における米州開発銀行（IDB：Inter-American Development Bank）、世界銀行グループ（WB：The World Bank Group）、日本政府やその他の国による支援実績を以下に示す。なお、パラグアイにおける保健医療分野のドナーの窓口は、保健社会福祉省（MSPyBS）の計画・評価総局（Dirección General de Planificación e Evaluación）が担当している。

IDBにより計画中及び実施中の保健医療プロジェクトは、下表の通りである。

表9 IDBによる支援協力プロジェクト

| スキーム | プロジェクト名（概要） | 金額 （千米ドル） | 承認 |
|------|---|--------------|----------|
| 技術協力 | コロナ渦におけるパイロットデジタル病院 (Pilot Hospital Digital in the framework of COVID-19) | 150 | 2020年10月 |

| スキーム | プロジェクト名 (概要) | 金額 (千ドル) | 承認 |
|--------|--|-------------|------------|
| | ※COVID-19 感染拡大時の枠内で公的及び民間のパイロット病院における診療録等の電子データの共有プラットフォームの構築 | | |
| 技術協力 | PHC を基礎とした保健医療サービス統合ネットワーク (RIISS) の強化及びプログラム支援 (Support to the Program to Strengthen Integrated and Integral Health Services Networks based on Primary Health Care (PR-L1167)) ※次項の有償プログラムの技術支援 | 200 | 2019 年 9 月 |
| 有償資金協力 | PHC を基礎とした保健医療サービス統合ネットワーク (RIISS) の統合強化プログラム (Program to Strengthen Integrated and Comprehensive Health Services Networks based on Primary Health Care) ※RIISS におけるネットワークの拡大と強化、また、母子保健、NCD 及び HIV/エイズを照準にした診療の質の向上を目的とする | 45,000 | 2019 年 9 月 |

出所： <https://www.iadb.org/en/projects-search?country=PR§or=SA&status=&query=> を基に調査団作成。

世界銀行グループによる、現在実施中の保健医療プロジェクトは、表 10 の通りである。

表 10 WB による支援協力プロジェクト

| スキーム | プロジェクト名 (内容) | 金額 (千ドル) | 実施期間 |
|--------|--|-------------|-------------------------------|
| 技術協力 | COVID-19 緊急対応プロジェクト PY (COVID-19 Emergency Response Project) ※COVID-19 の疑感染決定、感染確認、感染経路のトレーシング、記録及び報告の確立と保健システム強化を目的とする。 | 20,000 | 2020 年 4 月から 2022 年 4 月まで |
| 有償資金協力 | 公衆衛生強化 (Paraguay Public Health Sector Strengthening) ※母子保健、NCD 対策及び感染症対策へのアクセス向上を目的とする。 | 115,000 | 2019 年 5 月から 2024 年 12 月まで |

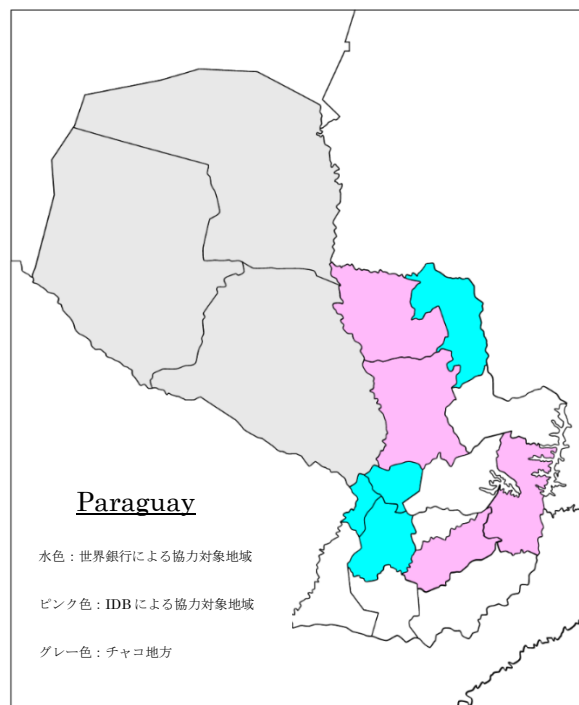
出所： https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/projects-list?countrycode_exact=PY を基に調査団作成。

また、世界銀行グループとパートナーシップである日本開発政策・人材育成基金（PHRD：Policy and Human Resources Development）において、2020年にUHCプログラムの第3フェーズのコンセプトノートのコンサルテーションと情報交換を実施している。そこでは、UHC推進計画の人的費やサービス費等の原価計算と医薬品の価格を含む規制の見直しに照準を当てている。

「2.5 保健医療サービスの供給体制」で特記した、統合保健医療サービスの統合ネットワーク（RIISS）に対し、IDBとWB共に有償資金協力を行っている。その支援内容はBOX1に示した通りである。

BOX1：統合保健医療サービスの統合ネットワーク（RIISS）に対するドナー協力

WBによる「公衆衛生強化プロジェクト」とIDBによる「PHCを基礎としたRIISSの統合強化プログラム」は共に、RIISS構築のための協力であり、それぞれ異なる4つの県（世界銀行の場合は首都を含む）を対象としている。なお、IDBのプログラムは2021年5月現在、国会の承認待ちである。また、WBの「公衆衛生強化プロジェクト」は、「幼児開発支援プロジェクト（支援額：30,000千米ドル）」の継続支援の意義もある。



WBとIDBによる協力対象地域

WB「公衆衛生強化プロジェクト」は、下表の通り3つのコンポーネントから構成されている。

- 被益者：Asunción, Central, Amambay, Paraguari, Cordillera の1都、4県で計約7百万人(全人口の48%)
- 介入対象の保健医療施設：152のUSFの新築と114のUSFと10の地区病院の改築と機材整備

| コンポーネント | 活動 | 支援額 |
|-----------------------------|---|------------|
| 1. PHC ミクロネットワークの保健医療サービス強化 | <ul style="list-style-type: none"> • 152のUFS新築、114のUFSと10地区病院の改築 • 医療機材と情報・コミュニケーションシステム整備 • 特別支援（医薬品・医用品の調達・管理メカニズム支援等） | 94.61百万米ドル |
| 2. 質の高い保健医療サービスへのアクセス向上 | <ul style="list-style-type: none"> • 母子保健対策 • 優先度の高いNCD対策 • 感染症対策 | 15.00百万米ドル |
| 3. プロジェクト管理・実施支援 | | 5.10百万米ドル |

貸付実行計画（百万米ドル）

| 年 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|----|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 年間 | 28.51 | 33.76 | 25.52 | 17.42 | 5.66 | 4.12 |
| 累積 | 28.51 | 62.28 | 87.80 | 105.22 | 110.88 | 115.00 |

IDBの「PHCを基礎としたRIISSの統合強化プログラム」は、下表の通り3つのインフラ整備のコンポーネントである。

- 被益者：Concepción, San Pedro, Caazapá, Alto Paraná の4県で計167万人の全人口の24%
- 介入対象の保健医療施設：15のUSFの新築と95のUSFと6の地区病院の改築と機材整備

支援額：45.00百万米ドル

| コンポーネント | 整備対象 | 内容 |
|---------|--------------|-------------------|
| 1 | 67の既存USFの改修 | 基本的に全面改修となる |
| 2 | USFが無い地域での新築 | 調査によって必要地域と新築数を決定 |
| 3 | 地区及び県病院の改修 | 主に救急、臨床検査、画像診断部門 |

出所：<https://www.iadb.org/en/project/PR-L1167>,

<https://www.iadb.org/en/project/PR-T1273>,

<https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P167996>を基に調査団作成。

日本政府の対パラグアイ援助総額は、前述した「日本との外交・経済関係」の通りであるが、保健医療分野における2019年度までの技術協力の累計支援額は、7,691百万円、無償資

金協力の累計支援総額は、6,648 百万円である。また、社会福祉分野においても、2019 年度までの技術協力として、累計総額 754 百万円規模の支援を実施している²⁵。また、韓国政府は、KOICA（Korea International Cooperation Agency）を通じて、2020 年に COVID-19 対策として、17,550 枚のマスク（1 万米ドル相当）を供与している²⁶。台湾政府は、2021 年に、COVID-19 用の検査キットとしての 35,700 の抗原テストキットと 10,000 の抗体テストキットを供与している。

また、「2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況」に記載した、パラグアイ保健セクターDX 計画に対するドナーの支援内容は、下表に示した通りである。

表 11 保健セクターDX 計画への支援内容

| 支援団体 | 支援額（千米ドル） | 内容 |
|------------------|-----------|---------------|
| IDB | 17,900 | 110 施設整備等 |
| WB | 3,000 | 289 施設整備等 |
| 台湾（ICDF） | 6,400 | 60 施設整備等 |
| 韓国（KOICA） | 500 | 21 施設整備等 |
| PAHO | 検討中 | コンサルティングサービス等 |
| パラグアイ政府負担 | 3,480 | 人件費、資材費等 |

出所：Paraguay Transparente, Eficiente y Efectivo: MSPyBS を基に調査団作成

上の表内にある支援額は、現時点でコミットされた金額であり、フェーズ II（2021 年 7 月～2023 年 6 月）では 77%の資金不足が試算されている。

2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ

本章前項までの項目に記載した、パラグアイの保健医療セクターにおける各種の課題やニーズを UHC 達成に向けた視点で整理すると以下の通りである。

パラグアイの人口動態は、依然人口ボーナス期にあるが、今後、高齢化や少子化の予測もできる。疾病構造は、母子指標の改善の一方で NCD の台頭が進む中でも、未だ感染症疾患の脅威もある。また、全体として改善されてきた母子保健においても地域間格差は見られる。

保健政策では、PHC を中心とする UHC 達成を標ぼうにし、中心的な施策として保健セクター改革といえる全国規模での統合保健医療サービスの統合ネットワーク（RIISS）を推進中である。この施策は、「統合的な保健医療サービスの拡大」と「保健医療サービスのネットワークの統合」の 2 つの特徴を有している。

この統合保健医療サービスの統合ネットワーク（RIISS）の構築にあたり、「統合的な保健

²⁵ JICA, 事業実績, <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

²⁶ KOICA, http://koica.go.kr/sites/koica_en/index.do#n

医療サービスの拡大」においては、PHC を通じた保健医療サービス拡大の中心的役割を持つ家族保健ユニット（USF）の新設や増設、また、既存施設の改築や新たなカテゴリーへの統廃合等のインフラ整備のニーズは喫緊で大きい。インフラ整備に合わせた資機材の整備も必要であるが、なかでも必須医薬品の恒常的な整備は、NCD 対応としても課題である。また、インフラ整備に沿った保健医療人材の配置や配置される人材に対するヘルスプロモーション等の能力強化も今後必要となると考えられる。

もう一つの特徴である「保健医療サービスのネットワークの統合」においては、レファラル・カウンターレファラル体制の強化、救急システム等のシステム構築や組織能力強化のニーズがある。特に、保健セクターの DX 化の計画が進む中で、単一の保健医療情報システムの強化が重要な課題となっている。

3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

パラグアイの財政の一般情報、主要保健財政指標、保健省予算、診察料、医療保険制度の関連政策、公的保健保障制度、民間医療保険の概要、及び保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズについて報告する。

3.1 財政の一般情報

パラグアイの 2020 年の国家予算は、42,152,371 百万グアラニー（約 5,908 百万米ドル相当²⁷）であり、GDP の 15.5%を占める。歳入は、主に税収入から成る一般歳入が全体の約 80%を占め、その他、資本所得、その他財源となっている。また、歳出としての 4 大省庁の予算は、1 位が大蔵省（14,435,966 百万グアラニー）、2 位は教育科学省（7,609,055 百万グアラニー）、3 位は保健社会福祉省（6,005,159 百万グアラニー）、そして、4 位は公共事業通信省（4,960,702 百万グアラニー）となっている²⁸。

3.2 主要保健財政指標

2018 年時点でのパラグアイの総保健支出は 2,785 百万米ドルであり、対 GDP 比 7.3%に相当する。これは、OECD 加盟国平均の 8.8%（日本は 10.9%で OECD 加盟国中 6 位）に比較して低い値である。

図 11 に示す通り、この総保健支出の財源別の内訳は、国の一般歳出（Government Transfer）27.77%、公的医療保険（Social health insurance contribution）15.99%、国民自己負担（Out-pocket spending）45.33%、民間医療保険（Voluntary health insurance contribution）10.85%とな

²⁷ 1 グアラニー=0.000014 米ドル（2010 年）

²⁸ Ministerion de HACIENDA, PRESUPUESTO PLURIANUAL POR ENTIDAD 2020 – 2022, <https://www.hacienda.gov.py/web-hacienda/index.php?c=1095>

っている。従って、政府保健支出（Government health Spending）は、一般歳出と公的医療保険を合わせた 43.8%である。なお、2018 年の国民 1 人あたりの保健支出は 400.4 米ドル（約 43,600 円）であり、20012 年の 339.4 米ドルから、15.17%増加している。また、医療費の自己負担においても、2012 年の 157.48 米ドルから 2018 年には 181.38 米ドルへと 15.18%と同程度増加している。パラグアイの国が定める最低賃金は、月収 2,193,000 グアラニー（約 37,000 円）であり、年換算した場合の保健医療支出の自己負担は家計の約 10%に相当すると推定される。また、最低賃金も保証されないインフォーマル労働者も多いことから見ると、この保健支出と自己負担の推移は、家計破綻につながるものである。

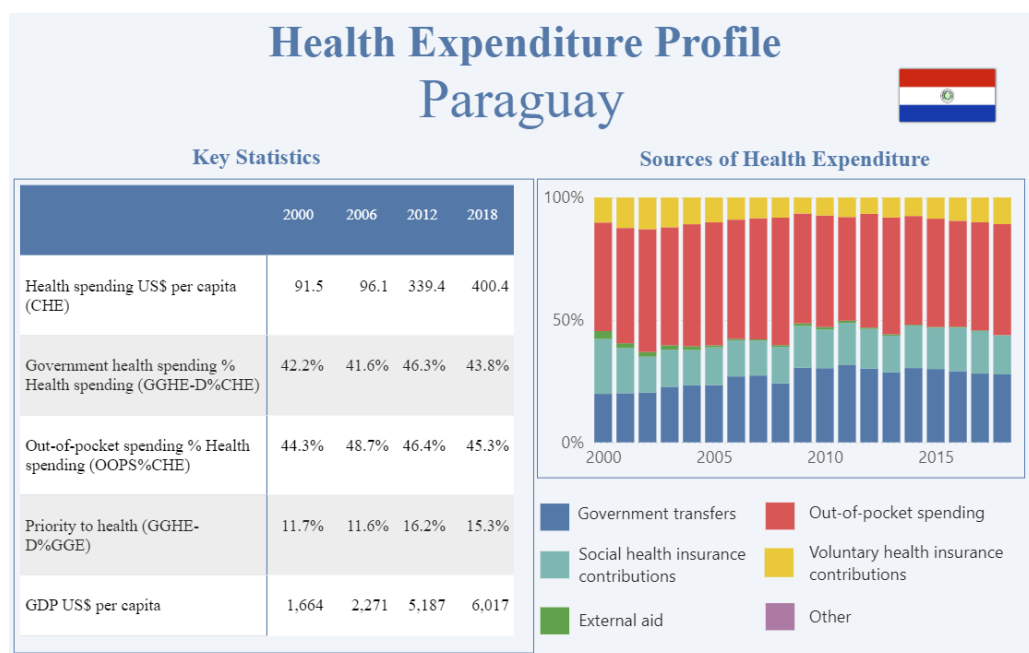


図 11 総保健支出の財源別内訳

出所：WHO Global Health Expenditure Database(https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en)

Alto Paraná 州にある家族保健ユニット（USF）の院長（元保健省 PHC 局長）へのヒアリング²⁹では、医療費への自己負担の増額は、前述した保健医療施設に不備のため提供できない医薬品費や救急搬送のコミュニケーションシステムが脆弱のために患者の同行者を含む交通費等の自己負担が大きいと指摘している。なお、医薬品においては、より安価なものを求め、国境を越えブラジルにて購入するケースもある。

3.3 保健省予算

前述した通り、国の一般歳出から保健社会保障省への予算は 6,005,159 百万グアラニーであり、予算総額の 14%である。予算内訳は、本省が直接管轄する中央プログラム（Programa

²⁹ 2021 年 4 月 13 日（日本時間）にインタビューを実施。

Central) 1,629,305 百万グアラニー、各プログラムが個別に管理する主体プログラム (Programa Sustantivo) 4,375,854 百万グアラニー (約 744 億円)、及びその他 (Partida No Assignable a Programa) 4,523 百万グアラニーとなっている。中央プログラムには、NCD 監視、医薬品等消耗材新規登録などが上げられている。主体プログラムには、「一次保健医療サービスへのアクセス向上」や「死亡・疾病率低減のための病院サービス」等がある。

上記の主体プログラムを、「2.5 保健医療サービスの供給」に記載した、統合保健医療サービスの統合ネットワーク (RIISS) の構築への予算としてみた場合、当然、保健医療施設の規模によって割り当てる金額に差があると考えられるが、全体を均すと、従事者の人件費、消耗品を含む施設運営費は、1 施設あたり約 3,300 万円である。次項に示す通り、施設が得る診療費は安く抑えられていることからしても、RIISS が計画する施設の新築や増改築まで本予算を割り当てるのは困難だと考えられる。

3.4 診察料

2014 年に報告された汎米保健機構 (PAHO) の「保健医療施設レベルでの医療サービス費の決定 (Determinación de costos de los servicios prestados por niveles de establecimientos del MSByBS)」では、医療サービスのレベルによる各施設での医療サービス費の調査結果を示している。専門病院として救急医療センター (Centro de Emergencia Médicas)、地域 (保健管区) 病院の代表として San Juan Bautista 地域病院、地区病院として San Juan Nepomuceno 地区病院、保健センターでは Acahay 保健センター、そして、家族保健ユニットでは Ñu Pyahu ユニットを本調査で抽出している。例えば、内科外来の平均診療費は、救急医療センターでは 704,202 グアラニー (約 10,563 円)、San Juan Bautista 地域病院では 64,804 グアラニー (約 972 円)、San Juan Nepomuceno 地区病院では 14,359 グアラニー (約 215 円)、Acahay 保健センターでは 33,158 グアラニー (約 497 円)、Ñu Pyahu ユニットは 45,391 グアラニー (約 681 円) となっている。

前述の通り、パラグアイの最低賃金は、月収 2,193,000 グアラニー (約 37,000 円) であることからみて、救急診療以外は、診察料自体は、家計に大きな負担するような料金とはなっていない。パラグアイにおいては、国が定めた定額診療費の規定はなく、各保健医療施設において診療費が異なるが、公的保健医療施設においては、少なくとも、患者が負担できないような乖離した料金設定とはなっていないといえる。一方で、各保健医療施設の人件費や運営費を賄うような料金体系ではないことから、前項にも示した通り、国の補填の必要が大きいといえる。

ヒアリングした Alto Paraguay 州の家族保健ユニット (USF) の院長の意見では、公平な保健医療人材の配置等から地方分権化の推進が重要とのことであったが、料金体制の整備からしても、分権化への政策転換には大きな障壁がある。

3.5 医療保険制度の関連政策

パラグアイにおいて、医療保険を含む公的社会保障を担っているのは、1943年に創立された、大統領府直下に位置付けられている「社会保障協会（IPS：Instituto de Previsión Social）」である。本協会は、労働・雇用・社会保障省（Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social）と保健社会福祉省（MSPyBS）もメンバーに入っている。なお、日本の国民保険にあたる皆保険政策はない。

3.6 公的医療保障制度

IPSへの加入には、自己負担は給与の9%以下、雇用主が14%、自治体が1.5%を負担することになっている。加入者数は人口の19.2%（2012年）から20.4%（2016年）へ微増加している。未加入者は8割近くある。また、公的制度ではないが、農業組合で保険を組織している地域も多いが、この保障は主に死亡と交通事故のみ対象であり一般の医療保険とはいえない。弱者救済という面で、先住民保護のため先住民協会（INDI：Instituto de Indígena）が医薬品を先住民へ無償で配布する事業がある。

2016年度の「IPS年間統計報告書（Anuario Estadístico Institucional）」によると、加入者とその家族を合わせた保障対象総数は、1,380,191人である。なお、社会保障協会（IPS）では、直接運営する地域病院や保健ポスト、保健ユニットの他、保健社会保障省（MSPyBS）の医療機関の一部とも協定を結び、医療サービスを提供している。また、同協会の全体の運営費の約6割は、18の銀行による財政投資から成っている。なお、IPSには、個人事業登録者（RUC：Registro Único de Contribuyentes）は加入できないという規定となっており、事業主がいる正規労働者のみが加入できる仕組みである。

3.7 民間医療保険の概要

パラグアイには、MAPFRE社やCOVERING社等の多国籍大手生命保険会社が進出しているが、交通事故対応の車両保険が主である。また、民間病院が独自に発行する医療保険にはUNIMED、Sanatorio Adventista SAMAP等があるが、それら保険料は高額であり国民全体からみると少数の富裕層向けである。

3.8 医療費等による家計破綻・困窮化

「2.6 主要保健医療サービスの利用状況」に記載したUHC達成のための指標であるSDGsの指標3.8.1「サービスカバレッジ指標」と並んで指標3.8.2「家計破綻・困窮化」については、いわゆる経済破綻効果（Catastrophic Health Expenditure）の大きさを測るものであり、家計収支に占める健康関連支出が大きい人口の割合を指す。WHOの2019年モニタリング報告書³⁰によれば、経済破綻をきたす出費が家計の中で占める割合の閾値を10%とした場合に

³⁰ WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report, https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf

は、パラグアイでは7.1%（2014年値）の破綻率であり、日本は同閾値で4.4%（2015年値）となっている。この指標については、2017年に設定されたばかりなことから、経年的な比較はできない状況である。

なお、「保健（省）戦略計画 2019-2023（Plan Estratégico Institucional 2019-2023）」によると、保健省では「医療費の自己負担」を大きな課題として挙げており、政府の保健支出を増額すべきであるとしている。

3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ

本章の前項までに記載した、パラグアイの保健医療財政・医療保障制度における各種の課題やニーズを、UHC 達成に向けた視点で整理すると以下の通りである。

パラグアイの国家予算においては、保健医療をはじめとする社会セクターを重視しているが、対 GDP における政府による保健支出の割合は高いとはいえない。特に大きな課題となっているのは、国民の医療支出がこの6年で15%以上増加している中、医療の自己負担額も並列して同程度の割合で増えている。

インフォーマル労働者が多い中で、公的医療保障制度は、フォーマル労働者向けの社会保障協会（IPS）のみであり、その加入者は国民の2割程度に留まる。パラグアイの社会経済状況から見て、今後、急激に正規労働者が増えるとは予想困難であることから、インフォーマル向けの公的保証制度の仕組みを検討する必要があるといえる。近隣国の例を見ると、コロンビアのように単一公的制度の中で、IPSと同様な所得徴収制と並列してインフォーマル労働者向けの助成制を設ける例がある他、ペルーのように所得徴収制とは別に弱者向けの助成制を新たに設けるケースもある。なお、両国ともに国民の医療支出が上がっている中で、自己負担は減少している。これは、助成制の公的医療保障の推進が大きな理由である。

以上、パラグアイでは、UHC 達成のための2面性の内、サービスカバレッジとは別の医療費等による家計破綻・困窮化に対する大きなニーズがある。ただし、新たな制度を創造するには様々な課題もあることから、「2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ」で注目した統合保健医療サービスの統合ネットワーク（RIISS）の展開の中で、弱者のための無料診療や無料医薬品の確保等を取り入れることも一案として考えられる。

4. 協力の可能性（案）

「2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ」並びに「3.9 保健医療財政及び保健保障制度の課題とニーズ」に報告した内容を中心に、以下に、現時点での今後の JICA 協力の可能性の検討結果を示す。

4.1 協力優先度の高いニーズ

保健医療セクターにおいては、パラグアイの新たな保健改革である、家族保健ユニット（USF）を中心にした全国規模のプログラムである「統合保健医療サービスの統合ネットワーク（RIISS：Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud）」が実施しだしたところであり、このプログラムには、UHCへの達成、特に、母子保健、感染症・NCD対策、及びサービス能力とアクセスの向上とすべてのサービス・カバレッジ（SDG指標3.8.1）の要素が含まれる。このRIISSには2つの大きな動きがあり、1つ目は保健サービス網の全国への拡大であり、2つ目は国全体の統合した保健システムの構築である。

国民一人あたりの医療支出が増える中、医療への自己負担も高まる一方では、家計破綻・困窮化（SDG指標3.8.2）が解消されることは困難であり、特にインフォーマル労働者とよばれる弱者救済の公的医療保険を整備するニーズが高いと考えられる。なお、弱者救済とはいえ、本保険を助成制度とし、被保険者の収入状況によって段階的な医療費負担割合を設定するとなると、現在の医療無償制に比べても財源は多少なりとも確保できることになる。

以上から、以下の3つの協力案件の候補が考えられる。

- [1] RIISS 地域強化プロジェクト
- [2] 保健セクターDX強化
- [3] 弱者救済公的医療保険制度の構築

上の協力案件の概要を表にまとめると表12の通りとなる。

表 12 候補協力案件の内容

| [1] RIISS 地域強化プロジェクト |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• WB 及び IDB との協調案件• 被益者：WB 対象の首都と地方 4 県（住民人口：全体の 48%）、IDB 対象の地方 4 県（住民人口：全体の 24%）、及びチャコ地域を除く、6 県（Guairá 県、Caaguazú 県、Itapúa 県、Misiones 県、Ñeembucú 県及び Canindeyú 県）の住民 1,815,244 人（全人口の 26%）• 対象：地方保健行政機関及び一次及び二次レベルの保健医療施設（特定調査が必要：IDB の案件形成でも全踏破調査を実施している。）• コンポーネント：インフラ整備（USF の新設・改築、機材整備）、組織能力強化（特に、地方保健行政機関と USF の RIIS 導入に関わる行政や実務の組織内での責任体制の確立とそれに関わる技術能力の強化）、システム強化（レファラル・カウンターレファラルシステム、救急搬送システムの中の特にコミュニケーションシステム等『保健医療情報システムについては別協力で検討』）、人材育成（特に、USF の NCD 対策やヘルスプロモーション等）• 支援額：IDB の支援総額と被益人口を基に概略試算すると 48, 75 百万米ドル• 留意：被益対象の 6 県の中で優先度によって選択もあり得る。 |

【2】保健セクターDX強化

- WB、IDB、韓国、台湾との協調案件
- 被益者：WB と IDB の RISS 支援案件対象の首都と地方 8 県（全人口の 72%）から国民全体まで想定可能
- 対象：パラグアイ保健 DX 計画のフェーズⅡ（2021 年 7 月～2023 年 6 月）の 480 の USF、及びフェーズⅢ（2023 年 7 月～2025 年 6 月）の全国の保健医療施設
- コンポーネント：政策・施策・規定の整備、インフラ・情報ネットワークの整備、組織能力強化（保健医療情報の分析と施策等への反映）、人材育成（電子カルテ、遠隔医療等）
- 支援額（現在、保健省で試算されている不足額）：フェーズⅡでは 22.4 百万米ドル、フェーズⅢでは今後の試算が必要
- 留意：どのフェーズに入るか、また、どのポジションを担当するかを選択もあり得る。

【3】弱者救済公的医療保険制度の構築

- 被益者：IPS 未加入者（全人口の 8 割）
- 対象：IPS 内に新設する助成制の公的医療保険のための別部局
- コンポーネント：助成型公的医療保険制度設計、組織化、パイロット事業、政策等の整備
- 支援額：現時点では試算不可
- 留意：既存の徴収型公的保険制度においても大統領直轄の制度となっていることから、ハイレベルでの協議の上で、大規模な財務調査や国民生活調査が必要である。

以下に、現時点で確認している調査結果から、事前評価を表にまとめると、「【1】RISS 地域強化プロジェクト」については、表 13 のように整理される。

表 13 「【1】RISS 地域強化プロジェクト」における事前評価

【妥当性】

- 開発政策との整合性：「国家開発計画」の戦略目標 2「質の高い社会サービス」の 2.1「保健医療サービス」
- 保健医療政策との整合性：「中長期保健戦略計画」の戦略目標 2「保健医療施設の統合的なネットワーク下における PHC 強化」の中の特に、USF の適正化・増強と RISS の推進
- ニーズとの整合性：RISS を中心として保健改革の導入期、疾病構造の変化による NCD の台頭
- ターゲット：WB や IDB の対象と重複しない。
- 日本の優位性：地域保健医療強化の JICA プロジェクトの実績

【有効性】

- 既存リソースを生かした RISS の全体計画は 2019 年に策定されている。
- RISS の中心一次保健医療施設となる USF の導入は 2009 年より開始されている。
- RISS の支援について、WB は 2021 年に既に第 1 回の資金投入を実施し活動を開始しており、IDB でもパラグアイの予算への組み込みという開始直前の段階であり、ドナー支援の有効性は証明

| |
|--|
| させている。 |
| <p>【効率性】</p> <ul style="list-style-type: none"> 先行している WB や IDB の案件と実施上の課題やその解決策について共有できる。 RIISS の大枠のコンポーネントが既に策定されている。 |
| <p>【インパクト】</p> <ul style="list-style-type: none"> RIISS が全国レベルで構築される。 対象に含む Itapúa 県には大きな日系移住地がある。 |
| <p>【持続性】</p> <ul style="list-style-type: none"> RIISS は 20 年に一度というパラグアイの保健セクター改革であることから、その構造や関連組織の役割には変更なく継続されるものと考えられる。 |

以下は、現時点で考えられる 3 つの協力候補案件の 5 項目評価視点からの目安である。なお、本目安は、上で示した「【1】RIISS 地域強化プロジェクト」の事前評価結果を○とした場合の、課題がある場合には△を、課題が大きい場合には×をとした相対的なものである。

表 14 協力候補案件の 5 項目評価

| 5 項目評価 | 【1】RIISS 地域強化プロジェクト | 【2】保健セクターDX 強化 | 【3】弱者救済公的医療保険制度の構築 |
|--------|---------------------|---|--|
| 妥当性 | ○ | △：行動計画はあるも、当該政策が策定中である。 | △：当該政策が未整備、一方で多くの国民にニーズがある。 |
| 有効性 | ○ | ○：既に電子カルテや保健医療施設の地理情報システムが有効活用されている基礎があり、保健医療情報システムの DX 化の方向性はある。 | ○：ペルーやアクアドル等の近隣諸国でも実証されている医療の自己負担を低減できる。 |
| 効率性 | ○ | ○：ドナー間協調で各ドナーの強みが発揮できる。 | ○：現在の農業協同組合の自発的な互助活動の必要が無くなる |
| インパクト | ○ | ○：保健セクターの DX は中南米のパイオニアを標ぼう | ○：貧困層の削減 |
| 持続性 | ○ | △：現在のフェーズ I の時点でも予算不足である。 | △：財政の抜本的な見直しが必要 |

4.2 協カスキーム

前項に示した、3つの協カ候補案件ともに、それぞれの全体の規模から見ると円借款案件に入ると考えられるが、それぞれの案件においては、分離や分割して検討すれば、無償資金協カや技術協カプロジェクトも考えられる。また、インフラ等の各種調査や政策協カ等のための官ミッションの派遣、あるいはドナー間協カ等の専門家派遣については、案件形成に必要となる。

JICAの協カスキーム等で整理すると下表に示すことが、現時点で考えられる。

表 15 候補案件における協カスキーム等

| 候補案件 | 協カスキーム等 |
|------------------|--|
| RIISS 地域強化プロジェクト | <p>事前：政策協カミッションの派遣、保健リソースの現状調査</p> <p>全体実施：有償資金協カ+ドナー間調整等の専門家派遣</p> <p>分離・分割の可能性：インフラ・機材の無償資金協カ、優先県におけるパイロット技術協カプロジェクト、USFのNCD対策やヘルスプロモーション強化の技術協カプロジェクト</p> |
| 保健セクターDX強化 | <p>事前：政策協カミッションの派遣、保健システムの現状調査</p> <p>全体実施：有償資金協カ+ドナー間調整等の専門家派遣</p> <p>分離・分割の可能性：保健情報システム、救急搬送システム、遠隔医療の技術協カプロジェクト</p> |
| 弱者救済公的医療保険制度の構築 | <p>事前：ハイレベル政策協カミッションの派遣、財務・国民生活調査</p> <p>全体実施：有償資金協カ+財務等の専門家派遣</p> <p>分離・分割の可能性：有償資金協カによる地域限定のパイロット事業、財政や国民生活調査</p> |

第 12 章 ペルー

目次

| | |
|---|------------|
| 1. 基礎情報 | 392 |
| 1.1 一般情報..... | 392 |
| 1.2 政治・経済状況..... | 392 |
| 1.3 国家開発計画..... | 393 |
| 1.4 日本との外交・経済関係..... | 394 |
| 2. 保健セクターの概況 | 395 |
| 2.1 保健・人口の概要..... | 395 |
| 2.2 保健医療政策..... | 399 |
| 2.3 保健行政機関..... | 401 |
| 2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況..... | 401 |
| 2.5 保健医療サービスの供給体制..... | 403 |
| 2.6 主要保健医療サービスの利用状況..... | 405 |
| 2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況..... | 407 |
| 2.8 医薬品調達・供給..... | 410 |
| 2.9 ドナーの支援実績..... | 411 |
| 2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ..... | 414 |
| 3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ | 414 |
| 3.1 財政の一般情報..... | 414 |
| 3.2 主要保健財政指標..... | 415 |
| 3.3 保健省予算..... | 416 |
| 3.4 診察料..... | 416 |
| 3.5 医療保険制度の関連政策..... | 417 |
| 3.6 公的医療保障制度..... | 417 |
| 3.7 民間医療保険の概要..... | 419 |
| 3.8 医療費等による家計破綻・困窮化..... | 419 |
| 3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ..... | 420 |
| 4. 協力の可能性（案） | 420 |
| 4.1 協力優先度の高いニーズ..... | 420 |
| 4.2 協力学キーム..... | 423 |

図表目次

| | |
|--|-----|
| 表 1 国家開発計画の保健医療分野に係る抽出整理表 | 393 |
| 表 2 保健医療に関する戦略行動 | 394 |
| 表 3 「医療保障のカバー率」と「結核有病率」の指標整理表 | 394 |
| 表 4 「保健省戦略計画 2019 年-2021 年」の UHC 関連整理表 | 399 |
| 表 5 保健医療に係る調査実施状況の整理表 | 401 |
| 表 6 保健医療施設の分類と概略 | 403 |
| 表 7 一次保健医療施設における医薬品の在庫状況 | 410 |
| 表 8 IDB による支援協力プロジェクト | 411 |
| 表 9 WB による支援協力プロジェクト | 412 |
| 表 10 IDB と WB による RIS への協調支援内容 | 412 |
| 表 11 ペルー社会保険 (EsSalud) の内容 | 417 |
| 表 12 統合医療保険 (SIS) の内容 | 418 |
| 表 13 候補協力案件の内容 | 421 |
| 表 14 協力候補案件の 5 項目評価 | 422 |
| 表 15 候補案件における協カスキーム等 | 423 |
| | |
| 図 1 ペルー国地図 | 392 |
| 図 2 1999 年及び 2019 年の人口ピラミッド | 396 |
| 図 3 2039 年の人口ピラミッド | 396 |
| 図 4 ペルーにおける障害調整生命年 (DALY) | 397 |
| 図 5 肥満率の推移 | 398 |
| 図 6 糖尿病罹患者の人口比の状況 | 398 |
| 図 7 5 段階経済層における妊産婦検診の推移 | 406 |
| 図 8 UHC サービスカバレッジ指数 | 407 |
| 図 9 1990 年及び 2019 年における 3 グループ死亡割合 | 408 |
| 図 10 統合保健医療ネットワーク (RIS) の概念図 | 409 |
| 図 11 総保健支出の財源別内訳 | 416 |
| 図 12 家計破綻平均値 | 420 |

1. 基礎情報

以下に、一般情報、政治・経済状況、国家開発計画及び日本との外交・経済関係を示す。

1.1 一般情報

ペルーの人口は 32.51 百万人であり、経済規模は GDP2,268 億ドル（2019 年）、世界ランキング第 50 位である¹。なお、一人あたり GNI は 6,740 米ドル（2019 年）であり、GDP 成長率は 2010 年の 8.3% から経時的に下がっているものの、ここ 5 年は 3% 前後であり 2019 年は 2.15% となっている²。また、国民の 20.2% が 1 日の所得が 1.25 米ドルの貧困ラインにある。特に、国土の 60% を占めるアマゾン川流域のセルバに位置する Loreto 県や Ucayali 県等では、社会的弱者とされる先住民の人口の割合が大きい。



図 1 ペルー国地図

同国の自然環境の脅威として、地震やエル・ニーニョ現象による気象温暖化による災害が挙げられる。また、国民の 64.0% がインフォーマル労働者であり、この 10 年間で 10% 以上減少しているが、依然、中南米地域でも 4 番目に高い割合の国となっている³。

1.2 政治・経済状況

ペルーの政治形態は立憲共和制であり、一院制の議会制度となっている。現在の元首は、2020 年 11 月 17 日に就任したフランシスコ・サガステイ大統領であるが、2016 年に大統領選が行われて以来 5 年足らずで 4 人目の大統領である。2016 年に続く大統領選が 2021 年 4 月 11 日に行われ、その決戦投票が 6 月 6 日に実施された。なお、新大統領は 7 月 28 日に就任する予定である。また、この 4 人の大統領の期間内に、保健大臣は 10 回交代している。

¹ The World Bank, World Development Indicators, <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>

² The World Bank, GDP growth (annual %) – Peru, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=PE>

³ ペルー戦略計画国家センター（CEPLAN: Centro Nacional de Planeamiento Estratégico）の定義によれば、インフォーマル労働者とは、雇用主補填による社会保障を受けていない労働者に限定しており、「3 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ」に示す公的医療保障を受けていない者を示すものではない。

主要産業は、製造業、石油・鉱業、商業、農業、水産、及び建設業である⁴。2020年での失業率は3.2%であり、これは同年の全世界平均失業率の5.4%より低い数値である⁵。

ペルーに進出している本邦企業は75社あり、これらの半数以上が輸出業等の非製造業者である⁶。なお、2018年10月時点の在留邦人は3,410人、日系人は推計約10万人であり、これは世界で3番目の規模である。

1.3 国家開発計画⁷

ペルーにおける国家開発計画は、国家戦略計画センター（CEPLAN：Centro Nacional de Planeamiento Estratégico）が発表した「国家開発戦略計画=2021に向かって=（Plan Estratégico de Desarrollo Nacional Actualizado-Perú hacia el 2021）」であり、これは2017年から2021年までの5か年計画である。

本開発計画には6つの基本軸が設定されており、各基本軸に沿って、戦略目標や戦略行動等を挙げている。これらの中で保健医療分野に関連するものを抽出し整理したものが表1に示した通りである。

表1 国家開発計画の保健医療分野に係る抽出整理表

| 基本軸 | 戦略目標 |
|------------------------|---|
| 第1軸：人権と社会的包摂（インクルージョン） | 第1目標：社会的包摂に向かって能力強化と機会均等（社会的弱者である母子と高齢者の課題や栄養改善のテーマが含まれている） |
| 第2軸：サービスへの機会とアクセス | 第1目標：均等な基礎教育の質の向上と高等教育整備の保証（教育） 第2目標：予防、ヘルスプロモーション、治療およびリハビリテーションの整備と質の向上（医療） （保健医療に続く戦略目標のテーマは、水と衛生、電気サービス、テレコミュニケーション、住居等である） |
| 第3軸：ガバナンス | |
| 第4軸：経済と雇用 | |
| 第5軸：領土開発と生産性のあるインフラ | UHCとの関連性が乏しいため省略 |
| 第6軸：環境と自然災害 | |

出典：Plan Estratégico de Desarrollo Nacional Actualizado-Perú hacia el 2021-を基に調査団作成。

保健医療に関する戦略目標の中の戦略行動としては、表2の通り11の項目が挙げられている。

⁴ 外務省、ペルー共和国、<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/peru/index.html>

⁵ The World Bank, World Development Indicator, <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>

⁶ JETRO, 2018年度中南米進出日系企業実態調査（2019年2月）、<https://www.jetro.go.jp/world/reports/2019/01/534aedc512ccb88c.html>

⁷ CEPAL, Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%20Peru%20PEDN>

表 2 保健医療に関する戦略行動

| 戦略行動 |
|------------------------------|
| 1. 貧困層や社会的弱者への保健医療サービスの拡大 |
| 2. 基礎保健医療サービスの徹底 |
| 3. 住民参加によるプライマリ・ヘルスケア（PHC）強化 |
| 4. 農村部での保健医療サービスの拡大 |
| 5. 医薬品規制 |
| 6. 保健人材育成の安定 |
| 7. 保健医療調査研究のイノベーション |
| 8. 保健医療インフラの更新 |
| 9. 保健省の機能強化 |
| 10. 社会保障カバーの拡大 |
| 11. 精神医療サービスの保証 |

出典：Plan Estratégico de Desarrollo Nacional Actualizado-Perú hacia el 2021-を基に調査団作成。

また、この保健医療の戦略目標の指標は、「3.6 公的医療保障制度」に後述する公的医療保険がカバーする人口の割合である「医療保障のカバー率」と「結核有病率」の 2 つに注目している。それぞれのベースライン値、中間目標並びに最終目標は表 3 の通りである。

表 3 「医療保障のカバー率」と「結核有病率」の指標整理表

| 項目 | 指標 | | |
|-----------------------|---------------------|------------------|------------------|
| | 2014 年 (ベースライン値) | 2016 年 (中間目標) | 2021 年 (最終目標) |
| 医療保障のカバー率 | 69% | 82% | 95% |
| 結核有病率 (人口 1 万人あたり) | 87.5 | 84.3 | 69.5 |

出典：Plan Estratégico de Desarrollo Nacional Actualizado-Perú hacia el 2021-を基に調査団作成。

1.4 日本との外交・経済関係⁸

外交関係設立は、1873 年と中南米地域で最も早い。アジア太平洋経済協力（APEC）、環太平洋パートナーシップに関する包括的及び先進的な協定（TPP11 協定）の参加国である。また、メキシコ、チリ、コロンビアと共に、中南米地域において開かれた経済連合を目指すイニシアティブである太平洋同盟の加盟国でもある。これまでに日本を含む 19 の国・地域との間に通商協定（自由貿易協定、経済連携協定等）のネットワークを構築し、貿易総額の約 90%に相当する市場をカバーする等、積極的な施策を展開している。なお、日ペルー経済連携協定（EPA）は、我が国が中南米ではメキシコ、チリに次いで 3 番目、全世界では 13 番目に締結した協定であり、2011 年 5 月に署名し、2012 年 3 月に発効した。ペルーにおける対日貿易では、ペルーからの輸出は、銅、亜鉛、液化天然ガス、魚粉、亜鉛合金

⁸ 外務省, ペルー共和国, <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/peru/index.html>

等で 1,976 億円（2019 年）規模である。一方、輸入は、自動車、タイヤ、鉄鋼製品等で総額 1,071 億円である。

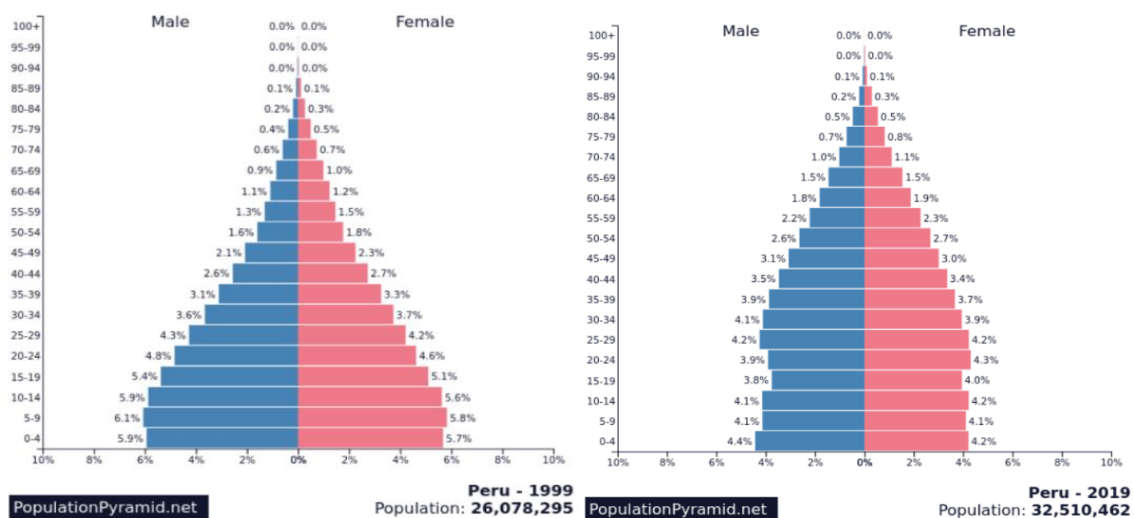
ペルーに対する日本の援助実績は、2016 年度までの累計で、有償資金協力が 4,439.38 億円、無償資金協力が 671.69 億円、技術協力実績が 567.68 億円となっている。日本とペルーは、1979 年に青年海外協力隊派遣取極、1980 年に技術協力基本協定、また 1985 年には文化協定を締結している。

2. 保健セクターの概況

ペルーの保健セクターの概況として、以下に、保健・人口の概要、保健医療政策、保健行政機関、保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況、保健医療サービスの供給体制、保健医療サービスの利用状況、疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況、医薬品調達・供給、ドナーの支援実績、及び UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズについて示す。

2.1 保健・人口の概要

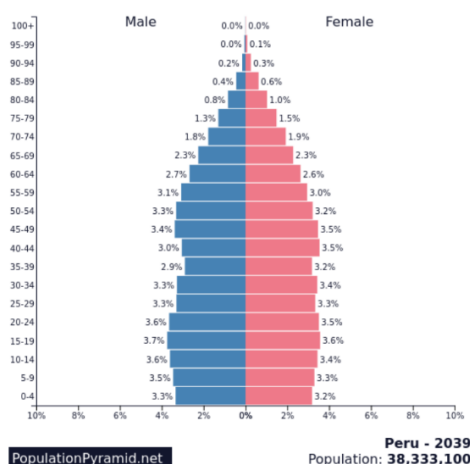
図 2 に示す通り、1999 年の 26.08 百万人から 2019 年の 32.51 百万へと 20 年間で 25% の人口増加率である。これは、世界平均の同年間の成長率である 27% と同程度である。また、人口ピラミッドの形状は、裾野がくびれた富士山型から 15 歳から 24 歳の層がくびれた釣鐘型へと変化している。15 歳から 65 歳未満までの生産層では、1999 年の全体の 60.3% から 2019 年には 66.5% へ増加している。



出典：Population Pyramids of the World, <https://www.populationpyramid.net/>(年齢別人口)

図2 1999年及び2019年の人口ピラミッド

また、図3に示す通り、20年後の2039年の予想ピラミッドは、上部と下部が膨らんだ形状となっている。65歳以上の高齢者は、2019年の人口全体の8.3%から2039年には14.5%と増大していることから、65歳以上人口が全体の7%から14%に入っている現在の「高齢化社会」から、65歳以上人口が14%から21%に入る「高齢社会」へと進むと予想される。一方で、10歳未満児の割合は、8.4%（2019年）から6.65%（2039年）へと減少しており、今後の人口増加を見込んでも少子化傾向に進むと予想される。なお、ペルーにおいては2065年から人口減少も予測されており、さらに、生産層の人口比が66.5%（2019年）から65.1%へ減少していることから、生産層の高齢者に対する負担も増大すると考えられる。



出典：Population Pyramids of the World, <https://www.populationpyramid.net/>(年齢別人口)

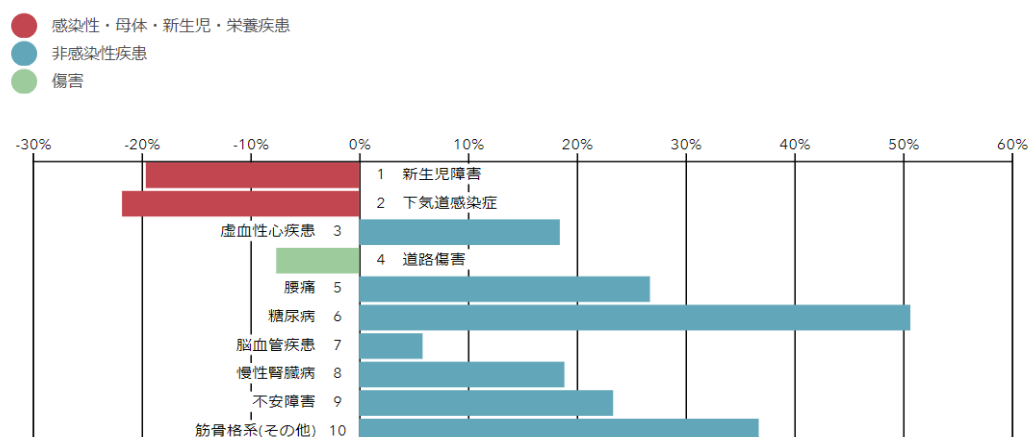
図3 2039年の人口ピラミッド

2018年のペルーの平均寿命（0歳時平均余命）は、76.5歳（男性73.8歳、女性79.3歳）である⁹。国民全体の3大死因の第1位は呼吸器疾患（21%）、第2位はがん（20%）、循環器疾患（19%）、3つが拮抗している¹⁰。年齢調整死亡率では、対人口10万でのがんの死亡率は127.6で、感染症による死亡率は154.4である。

感染症においては、結核の死亡率は34.0（1990年）から7.4（2013年）と78.0%も減少している。死因第1位の呼吸器疾患の中で最も多い下気道感染症（肺炎）においても、病的状態、障害、早死により失われた年数を意味する疾病負荷を総合的に示す「障害調整生命年（DALY：Disability-Adjusted Life Year）」でみると、図4に示す通り、2009年から2019年の10年間に20%以上減少している。

この総合的の疾病負荷の推移によると、10大障害原因の内の7つが増加している。中でも、非感染性疾患（NCD）に関わるものは、虚血性心疾患や慢性腎臓病は20%近く、また、糖尿病においては、50%以上の増加である。

死亡・障害を合わせて最も多い死因は？



2019年の死亡・障害原因（DALY）上位10位と2009年～2019年の変化率（全年齢合計）

関連文献を参照：[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

出典: Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profile - Peru., <http://www.healthdata.org/peru>

図4 ペルーにおける障害調整生命年（DALY）

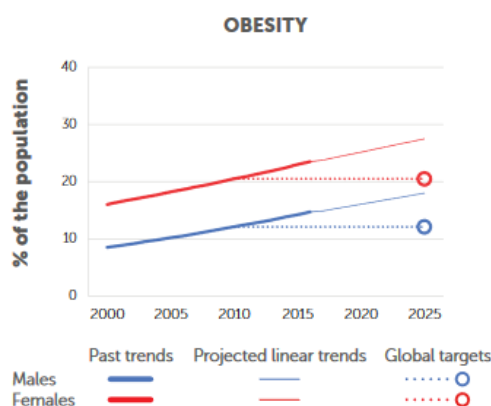
また、母子保健指標でみると、対出生千人の5歳未満児死亡率は56.5（1990年）より15.0（2013年）と73.5%の減少、対出生10万人の妊産婦死亡率は93（2011年）から68.0（2015年）、合計特殊出生率は2.546（2010年）から2.254（2018年）へと減少している¹¹。

⁹ The World Bank, Life expectancy at birth, total (years) – Peru, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=PE>

¹⁰ Pan American Health Organization, Health in the Americas 2017, Peru, <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=3232>

¹¹ The World Bank, Fertility rate, total (births per woman) – Peru, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=PE>

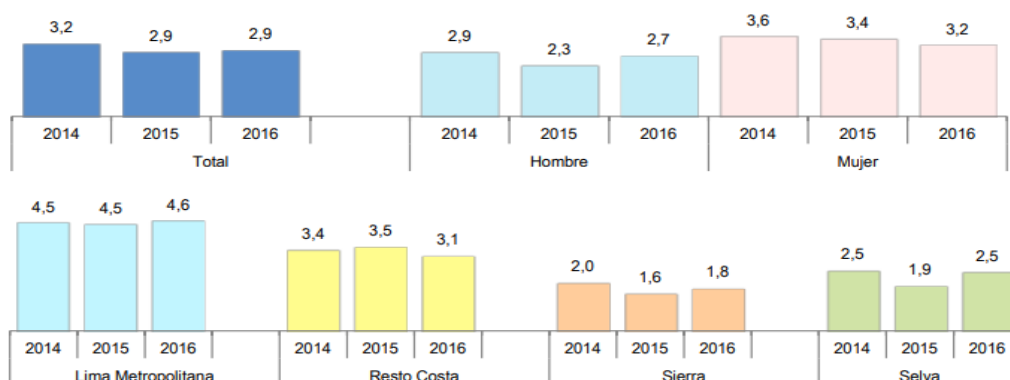
上の総合的疾患負荷の推移でも、新生児疾患は、20%以上下がっている。以上から、母子保健の改善が進む中で、NCDの台頭が見える。また、40代及び50代の健康な生活の損失率の一番の原因は循環器疾患であるというデータも存在する¹²。国民の健康生活を標ぼうとするペルーの長期保健政策である「2030年へのマルチセクター保健政策（Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030）」によれば、不適正な生活習慣、不適正な生活様式、及び不適正な生活スタイルが第1の直接的な危険因子だとしている。また、下図に示す通り、ペルーにおいては、NCDの原因ともなる肥満が、2010年には既に国際基準値を超え、その後も増加が続き、特に女性においては顕著である。



出典：WHO, Noncommunicable diseases country profiles 2018, https://www.who.int/nmh/countries/2018/per_en.pdf?ua=1

図5 肥満率の推移

ペルーにおける糖尿病の2014年から2016年の、15歳以上の性別、地域別の人口比の推移を見ると、図6に示した通り、全体では大きな変化はなく、肥満と同様に、女性の方が高い数値である。また、首都部が最も高く、次いで海岸地域となっている。



出典：Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú

図6 糖尿病罹患者の人口比の状況

¹² Pan American Health Organization, Health in the Americas 2017, Peru, <https://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2017/?p=3232>

2.2 保健医療政策

ペルーの保健省（MINSA：Ministerio de Salud）が推進する現行の保健医療政策は「保健省戦略計画 2019 年 - 2021 年（Plan Estratégico Institucional 2019-2021）」である¹³。

本戦略計画には、戦略目標、その指標や行動計画が掲載されている。UHC に関連するものを抽出し整理したものが、表 4 が示すものである。

表 4 「保健省戦略計画 2019 年 - 2021 年」の UHC 関連整理表

| 戦略目標 | 指標 |
|---|---|
| 第 1 戦略目標：国の優先度に配慮した疾病の予防、監視、管理及び削減 | 1.1 子どもの貧血の有病率 1.2 5 歳未満児の慢性栄養失調の有病率 1.3 新生児死亡率 1.4 妊産婦死亡率 1.5 若年妊娠の割合 1.6 結核による死亡率 1.7 HIV 感染率 1.8 先天性梅毒感染率 1.9 成人の高血圧症有病率 1.10 女性の暴力事故率 1.11 自殺率 1.12 子どもの予防接種率 |
| 第 2 戦略目標：予防とヘルスプロモーションに配慮し、住民、家族及びコミュニティ中心の統合保健ネットワークの下、質の高い保健医療サービスの保証 | 2.1 統合医療保険（SIS：Seguro Integral de Salud）への加入率 2.2 医療保険加入率 2.3 SIS を含む医療保障基金協会（IAFAS：Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud）への加入率 2.4 二次医療施設の平均入院日数 2.5 三次医療施設の平均入院日数 2.6 保健省等セクター間での混合サービスの割合 |
| 第 3 戦略目標：安全な医薬品、食品及び飲料水の保証 | 3.1 医薬品の品質管理の割合 |
| 第 4 戦略目標：公共事業としての保健省の機能と保健医療システムに対するガバナンスの強化 | 4.1 保健医療費の自己負担率 |
| 第 5 戦略目標：全国の公平性に配慮した保健人材開発の改善 | 5.1 住民 1 万人に対する保健人材数 |
| 第 6 戦略目標：デジタル化による意思決定とサービスの改善 | 6.1 電子カルテの割合 |
| 第 7 戦略目標：保健医療情報の分析と利用強化 | 7.1 保健省疫学センター（CDC: Centro Nacional de Epidemiología）から提供されるエビデンスに基づいた情報の政策等への反映率 |
| 第 8 戦略目標：緊急災害におけるリスク管理と防御強化 | 8.1 災害対応プランの有する地域数 |

出典：Plan Estratégico Institucional 2019-2021 を基に調査団作成。

¹³ MINSA, Plan Estratégico Institucional, http://www.dirislimanorte.gob.pe/wp-content/uploads/2019/04/PEI-MINSA-2019-2021-Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__1334-2018-MINSA.PDF-1.pdf

また、本目標の行動計画として、「非感染性疾患（NCD）の早期発見と統合診療」等の10の計画が挙げられている。

上の表に示す通り、UHC達成へ向けた関連政策として、「保健省戦略計画2019年-2021年」の戦略目標2に注目できるが、ペルーにおいては、次のようなUHCに関する特別な経緯があった。2014年2月にリマ市において、国際会議「UHC達成に向けて（Hacia la Cobertura Universal en Salud）」が開催され、汎米保健機構（PAHO：Pan American Health Organization）を中心に、ペルー近隣国を含めてUHC達成へ向けた議論が行われた。2019年11月には「UHC対策緊急法令（Decreto de Urgencia que establece medidas para la Cobertura Universal de Salud）」が發布され¹⁴、医療保障の推進がUHCの重要対策であるとする特徴的な内容をペルー政府の公約として発表した。また、同国は2020年をUHC年（Año de la Universalización de la Salud）と決定、2020年7月の独立記念日における、恒例の大統領から国民に向けた演説において、マルティン・ビスカラ大統領（当時）は、政権終了月である2021年7月までに全国民を公的医療保険に加入することを宣言している。

「保健省戦略計画2019年-2021年」より長期計画で、かつ保健省（MINSA）以外の他省庁も含めた保健政策である「2030年に向けたマルチセクター保健政策」¹⁵では、いくつかの横断的な照準を定めている。その照準には、ジェンダーや障がい者支援に加え、多文化共生や国民の全生涯を通じたライフコース等の社会的包摂に広く貢献できるような観点が含まれている。特に、その中で指摘されている国民の健康に関する課題としては、「健康年齢（Año de Vida Saludable）」という視点から見て、これの脅威となる疾病グループの中で、感染症が21.4%に対してNCDは66.2%が健康年齢を短縮する割合であると算出している。

また、ペルーにおいて社会福祉政策の中心となっているのは、「女性と脆弱層省（Ministerio de la Mujer y Población Vulnerables）」であり、これは女性、高齢者、障がい者やへき地少数民族等の社会的弱者を保障する役割を持っている。なお、障がい者においては、「障がい者統合国家委員会（CONADIS：Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad）」が認定機能を持っている。衛生施設等の社会福祉に関するインフラは、「住宅・建設・衛生省（Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento）」が管轄している。高齢者対策に関して、保健省が2014年に「高齢者保健戦略イニシアティブ（Iniciativas Estratégicas en Salud）」で現状を報告している。

課題別の保健医療政策では、マラリア、デング熱、チクングニア熱、ジカ熱、結核、HIVエイズ等の感染症対策においても、個別に2015年から近年にかけて、新たに対策プログラムを立案している。NCD対策においては、2012年「がん統合診療計画=希望計画=（Plan de atención integral del cáncer - Plan Esperanza）」や2015年「ヘルスプロモーションプログラム行動計画（Plan de acción para el programa de promoción de la salud de población）」等

¹⁴ El Peruano, NORMAS LEGALES, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/431389/1831446-1.pdf>

¹⁵ ペルー政府, Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 : <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1127209-politica-nacional-multisectorial-de-salud-al-2030>

がある。母子保健においては、「母子栄養ガイドライン (Lineamiento de Nutrición Materno Infantil del Perú)」や「母子貧血症と小児慢性栄養失調改善国家計画 2017 年-2021 年 (Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021)」等が出ている。

2.3 保健行政機関

ペルーにおける保健行政機関の中心は、保健省 (MINSA : Ministerio de Salud) である。

保健省の組織図は、添付に掲載の通りであるが、保健大臣直属の事務局とは別に、副大臣 2 名が担当する 2 領域制となっている。公衆衛生 (Salud Pública) の領域を担当する副大臣の下に、公衆衛生戦略介入総局や医薬・消耗品総局等、5 つの総局が位置する。公衆衛生戦略総局の中には、リプロダクティブヘルス局、がん対策局、HIV エイズ対策局、結核対策局、ヘルスプロモーション局等、13 局が設置されている。保健医療サービス提供・医療保障領域を担当する副大臣の下には、オペレーション総局、保健医療人材総局、保健医療保障総局、遠隔保健医療 (Telesalud) の 4 つの総局が位置する。なお、分権化されている保健医療施設を管轄するのはオペレーション総局である。また、公的医療保険 (Seguros del Estado) である統合医療保険 (SIS : Seguro Integral de Salud) は、大臣直轄の領域となっている。

ペルーの公的保健セクターには、行政機関ではないが、保健省と並んでペルー社会保険庁 (EsSalud : Seguro Social del Perú) が独立した組織として、「2.5 保健医療サービスの供給体制」に後述する通り、独自の保健医療施設や保健医療人材をも有している。両者の他に、公的セクターには軍関係も含まれる。

2.4 保健行政に係るデータ取得・モニタリング状況

保健行政の執行に有効な保健医療のデータの取得として、国際的に認知されている調査等のペルーにおける実施状況は、表 5 に示す通りである。

表 5 保健医療に係る調査実施状況の整理表

| 調査名 | 実施及び支援・協力機関 | 実施年 | 調査内容 |
|---|---|--|--|
| 人口保健調査 ^{16,17} : Demographic Health Survey (DHS) | <ul style="list-style-type: none"> Instituto Nacional de Estadística e Informática Ministerio de Economía y Finanzas USAID UNICEF | 1996 年、2000 年、 2004 年、2005 年、 2006 年、2007 年、 2008 年、2009 年、 2010 年、2011 年、 2012 年、2013 年、 2014 年、2015 年、 2016 年、2017 年、 2018 年 | 避妊具の使用率、産前産後ケアの実施率、熟練した医療従事者による出産、帝王切開による出産、1 歳児の BCG 接種率、ビタミン A の補給を受けた生後 6～59 ヶ月の子供の割合、肺炎の症状がある 5 歳未満の子どもが医療機関に搬送される割合、1 歳児の DTP3 接種率、母乳育児の開始率、1 歳 |

¹⁶ The DHS Program, Survey Characteristics Search, <https://dhsprogram.com/Methodology/survey-search.cfm?pgtype=main&SrvyTp=country>

¹⁷ WHO, Global Health Observatory data repository, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SUBREGfertility-PER>

| 調査名 | 実施及び支援・協力機関 | 実施年 | 調査内容 |
|---|---|------------------------------|--|
| | | | 児の完全予防接種率、1歳児の麻疹接種率、1歳児のポリオ接種率、5歳未満の子供における過体重の割合、乳児死亡率、新生児死亡率、5歳未満児死亡率等。 |
| 生活水準指標調査 ^{18,19,20,21,22} ; Living Standards Measurement Study (LSMS) | <ul style="list-style-type: none"> • IDB • USAID • PAHO • Group for Analysis of Development (GRADE) • University of the Pacific • Peru National Institute of Statistics and Informatics | 1985-1986年、1990年、1991年、1994年 | 世帯構成、教育、経済活動、貯蓄、収入源、食料消費、非食料消費、農業、健康状態、健康問題、物価等 |
| STEP 調査 ²³ : STEPwise Approach to Surveillance | <ul style="list-style-type: none"> • WHO | 未実施 | WHOによって開発された、NCDの危険因子の状況を国レベルで把握する調査方法。 |
| 地区保健医療情報システム ²⁴ : District Health Information System2(DHIS2) | <ul style="list-style-type: none"> • PEPFAR • WHO • The Global Fund • CDC • Gavi • UNICEF、等 | 未導入 | 保健情報の収集、伝達、分析、レポート等保健情報を活用するためのプラットフォーム。 |

出典：調査団作成

「保健省戦略計画 2019-2021」の戦略目標 6「デジタル化による意思決定とサービスの改善」の指標として、「電子カルテの割合」が挙げられていると前述したが、この行動計画の目標値として、ベースライン値 1.0%（2017年）に対して、2019年、2020年及び2021年の目標をそれぞれ10.0%、30.0%、50.0%と設定している。但し、2021年3月に発表された2020年までの「戦略計画評価報告書」²⁵によれば、この指標の成果は報告されていない。

また、ペルー政府は、公共事業のデジタル化を推進しているが、「国家長期保健政策：Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030」によれば、ペルーの公的医療機関におけるICTを利用した遠隔診療は、保健省（MINSA）でも、また、「3.5 医療保険制度の関連政策」

¹⁸ The World bank, Living Standards Measurement Study (LSMS), <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/lms>

¹⁹ The World Bank, Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida 1994, <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/617>

²⁰ The World bank, Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida 1991, <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/618>

²¹ The World bank, Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida 1990, <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/596>

²² The World Bank, Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Niveles de Vida 1985, <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/597>

²³ WHO, STEPwise Approach to NCD Risk Factor Surveillance (STEPS), <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/>

²⁴ dhis2, <https://dhis2.org/>

²⁵ Informe de evaluación de resultados del Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud

にて後述するペルー社会保険庁（EsSalud）でも遠隔医療（Tele Medicina）の利用方法について広報している。主にネットや電話を活用した診断や処方を実施しており、2017年の実施数は788件、その後、2,391件（2018年）、6,170件（2019年）と急増している。

また、ペルー独自の保健医療や生活に係るデータ取得・モニタリングツールとして、国家統計・情報庁（Instituto Nacional de Estadística e Informática）が毎年実施している「人口・家族保健調査（ENDES：La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar）があり、一部の内容は人口保健調査（DHS）と重複している。なおこの調査の最新版は2017年である。

2.5 保健医療サービスの供給体制

保健省の保健医療人材総局が規定する「保健医療施設カテゴリー（Categoría de Establecimientos del Sector Salud）²⁶」によれば、保健省管轄の保健医療施設は、表6に示す通りである。

表6 保健医療施設の分類と概略

| カテゴリー | | 設置数 | 配置人員の構成 | 役割 |
|----------|--|-------|--|-------------------------------------|
| 一次保健医療施設 | I-1. 保健ポスト (Puesto de Salud) | 4,383 | 非常勤一般医、看護師 | ヘルスプロモーション、予防、及び緊急処置等を行う。 |
| | I-2. 医師付保健ポスト (Puesto de Salud con Médico) | 2,504 | 一般医、看護師、助産師及び看護助手 | 救急診療、ヘルスプロモーション、及び予防事業を実施する。 |
| | I-3. 無床保健センター (Centro de Salud sin Internamiento) | 1,490 | 外科医または家庭医、看護師、助産師、歯科医、検査技師、薬剤技師及び統計担当 | 緊急医療診療に対応する。 |
| | I-4. 有床保健センター (Centro de Salud con Internamiento) | 346 | 外科医または家庭医、産婦人科医または小児科医、看護師、助産師、歯科医、薬剤師及び栄養士 | 母子を中心とする短期入院サービスの提供が可能である。 |
| 二次医療病院 | II-1. 二次病院 1 | 137 | 内科医、小児科医、外科医、麻酔医、歯科医、心理士、看護師、助産師、ソーシャルワーカー、栄養士、薬剤師、及び各種技師等 | 4つの基礎診療科（内科、外科、小児科、産婦人科）の医療サービスを行う。 |
| | II-2. 二次病院 2 | 49 | 二次病院1の人員に加えて、循環器科医、リハビリ科医、呼吸器科医、消化器科医、眼科医、耳鼻咽喉科医、泌尿器科医、外傷科医、病理医、及び放射線科医等 | 総合診療の医療サービスを実施する機能を持つ。 |

²⁶ MINSA, Categoría de Establecimientos del Sector Salud, [https://www.gob.pe/busquedas?contenido\[\]=publicaciones&institucion\[\]=minsa&reason=sheet&sheet=1](https://www.gob.pe/busquedas?contenido[]=publicaciones&institucion[]=minsa&reason=sheet&sheet=1)

| カテゴリー | | 設置数 | 配置人員の構成 | 役割 |
|--------|-----------------|-----|-----------------------|--------------------|
| | II-E. 専門二次医療病院 | 20 | 二次病院 2 の人員に加えて、複数の専門医 | 専門科の医療サービスを標榜している。 |
| 三次医療病院 | III-1. 三次医療病院 | 31 | 多種の専門医 | 高度医療サービス |
| | III-E. 専門三次医療病院 | 6 | | 教育・研究機能も有す。 |

出典：Categoría de Establecimientos del Sector Salud を基に調査団作成。

また、保健省と並ぶペルー社会保険庁（EsSalud）が管轄する一次保健医療施設は、全国に 242 あり、二次・三次医療病院は 73 ある。また、「3.6 公的医療保障制度」に後述する本庁の社会保険の加入者は、これら本庁が管轄する保健医療施設の他に、三次医療病院等の保健省管轄の病院や提携している民間病院で受診できる制度もある。

2018 年、全国の公的セクターの保健医療施設の従事者の総数は 282,808 人であり、その中の約半数の 140,353 人が正式職員、残りは契約職員や時間給職員である。この施設従事者の中で保健医療職種においては、医師が 43,506 人、看護師は 49,904 人、助産師は 16,857 人となっている。この総数の 71.5%は保健省の人材であり、19.8%は社会保険庁（EsSalud）の人材である。残りの 8.7%は民間保健医療人材に相当するが、民間人材の中には公的セクターと兼職の者もいる。

民間セクターの保健医療施設の多くは、個人クリニックや日秘総合診療所等のようなポリクリニックであるが、病床数 200 床以上の Clínica Ricardo Palma、Clínica Anglo Americana（100 床）、ペルー日系人協会運営の日秘移住百周年病院（Clínica Centenario Peruano Japonés：120 床）等の大型病院や、信託銀行所有の計 300 床以上の Clínica San Borja（SANNA グループ）や San Pablo グループ等のグループ化されている医療施設もある。なお、ペルーにおける人口 1 万人あたりの病床数は、16 ベッドである。南米地域の大国の中では、アルゼンチン 50 床、チリ 21 床、ブラジル 21 床、コロンビア 17 床に比べるとこれは低い数値である。

「2.2 保健医療政策」に掲載した「2030 年に向けたマルチセクター保健政策」によれば、インフラの課題としては、一次医療施設の 77.78%が施設構造、整備機材、配置人材等のいずれかにおける保健省の基準を満たしておらず、二次及び三次病院においても 51%の病院においても整備されるべき建築・設備構造、専門職人材等、何かしらの基準リソースの欠陥から質の問題があると分析している。また、施設数である量的にも課題がある。一次保健医療施設は全国で 8,723 施設配置されているが、人口動態等の状況で必要とされている数の 13,550 とは 20.74%のギャップがある。また、二次医療及び三次医療病院は、必要数の 303 に対し、全国で 243 施設しか存在せず、そのギャップは 56.21%である。さらに、保健医療人材の格差も課題となっている。対人口 1 万人の保健医療人材数が最も高いのは Const. del Callo 州で医師 22.5 人、看護師 24 人、及び助産師 6.2 であり、最も低いのは Plura 州で医師 7.2 人、看護師 9.3 人、及び助産師 4.9 人である。なお、民間病院は大都市部に集中して

いることから、民間リソースが、Plura 州等の地方との格差是正には期待できない。また、ペルーにおける人口 1 万人あたりの医師数は、13.0 人であり、この数値も南米地域のアルゼンチン 39.9 人、チリ 25.9 人、ブラジル 21.6 人、またコロンビア 21.8 人に比べると低い状況である。

以下に、保健医療サービスの補強サービスであり、ペルーにおいては医療の質の担保という意味重要な検査、画像診断及び輸血のための血液銀行の国家ネットワークの状況等を記載する。なお、この3つの医療サービスの強化については、米州開発銀行（IDB）が支援する予定となっており、これは、「2.9 ドナーの支援実績」で後述する。

3つの医療サービスの1つである検査において、臨床検査室については、保健センター以上の医療サービスを実施する保健医療施設に整備されている。また、これらのレファラル先として全国に25のレファラルラボラトリー（Laboratorios de Referencia Regional）とトップレファラルの国家レファラルラボラトリー（Laboratorio de Referencia Nacional）がある。このネットワークシステムは1996年に成立され、保健省が管轄する国立公衆衛生センター（CNSP：Centro Nacional de Salud Pública）によって監督されている。これは特にマラリアやシャーガス病等の全国の流行を監視する上で重要なシステムである。

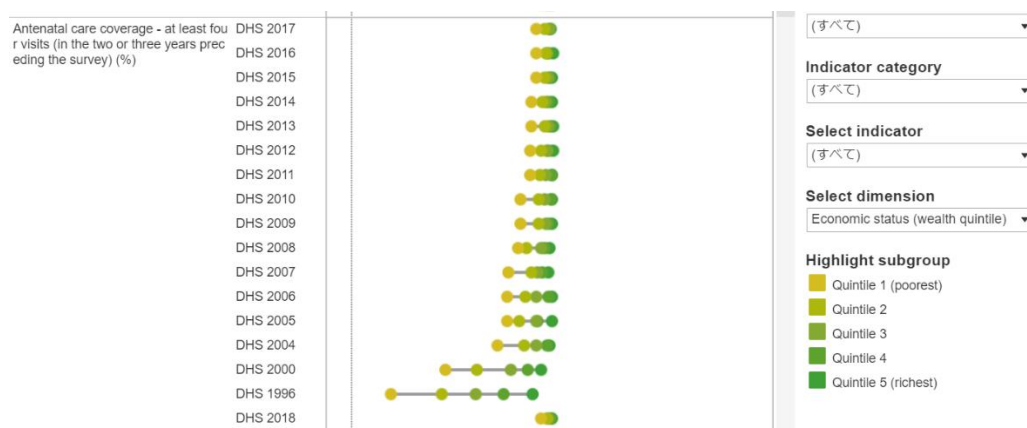
放射線検査等の画像診断においては、画像診断部は二次及び三次医療サービスを提供する病院に配備されることになっているが、保健省の総合監督院（Controlaría General）が2018年に実施した調査によれば、半数以上の病院で画像診断機能が十分に発揮できない状況であると報告されている。なお、病院からの外注で、画像診断を専門に行うレファラルセンターは無い。

第三の医療サービスである血液銀行においては院内に血液銀行部署が整備されている病院は、全国で172か所あり、その中で保健省管轄の病院では95ある。2004年の調査では、輸血の保存量が、血液冷蔵庫等の保存許容量の3.9%しかないという報告が上がっている²⁷。

2.6 主要保健医療サービスの利用状況

リプロダクティブヘルス・母子保健の分野では、満足できる家族計画への要望率が貧困層において70.2%（1996年）から92.1%（2018年）へ増加し、BCG予防接種率も貧困層において86.6%（1996年）から91.0%（2018年）へと増加している。また、4回以上の産前健診の割合は、図7に示す通り、富裕層でも89.0%（1996年）から98.7%（2018年）へ増加し、貧困層では18.5%（1996年）から93.6%（2018年）へ大幅に増加している。

²⁷ MINSA, Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS), http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1087_DGSP264.pdf

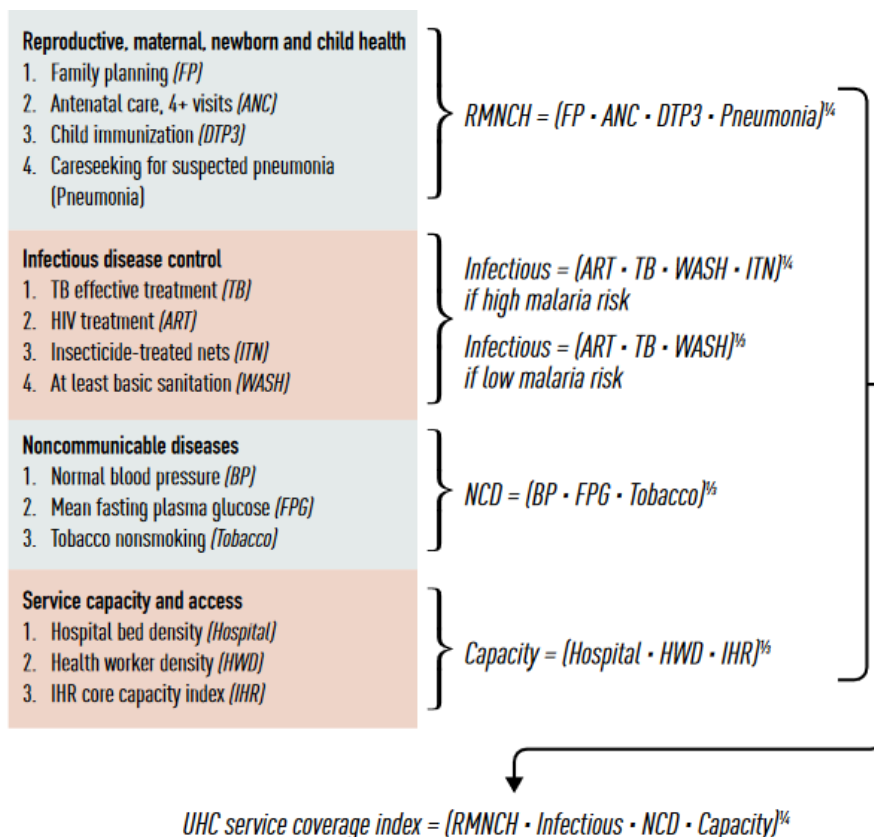


出典：WHO Health Equity Monitor Country Profile： https://www.who.int/gho/health_equity/country_profiles/en/

図7 5段階経済層における妊産婦検診の推移

SDGs (Sustainable Development Goals：持続可能な開発目標) の保健医療分野に係る第3の目標である「すべての人に健康と福祉を」の中のターゲット8が、UHC達成である。また、本ターゲットには2つの指標が設定され、その一つがSDG指標3.8.1「サービスカバレッジ指標」である。WHOの2019年モニタリング報告書²⁸によれば、ペルーのサービスカバレッジは76.9(2017年)であり、世界銀行の所得分類で中高所得国のグループに入っているペルーのこの数値は、中高所得国全体の平均値に近い。また2015年の数値は77.1でわずかに減少しているが、「2.5 保健医療サービスの供給体制」に記載した課題から見て、「図8 UHC サービスカバレッジ指数」に示す4つのグループの中で世界的にもわずかに減少が見られる「サービスの能力・アクセス」指数の減少によるものと推測される。その理由は、「2.5 保健医療サービスの供給体制」に挙げた保健リソースの課題である。なお、日本のサービスカバレッジ値は、83.1である。

²⁸ WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage, https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf



出典： https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf

図8 UHC サービスカバレッジ指数

2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況

世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease Study）の結果によると、図9に示す通り、国際疾病分類（レベル1）に沿って死亡を大きく非感染性疾患（NCD）・感染性疾患・外傷の3つのグループに分けたとき、1990年において総死亡の44.85%がNCD、40.73%が国際的にNCD台頭以前に重視されていた疾病グループである感染性疾患・母子・栄養疾患（Group I）、14.42%が外傷となっており、NCDと感染性疾患・母子疾患・栄養疾患による死亡が上位を占めていた。しかし、2019年時点では、NCD70.9%、感染性・母子・栄養疾患（Group I）20.26%、外傷（Injures）8.84%と、NCDが死因の7割を占め、非感染性疾患による死亡割合が拡大している。

WHOはNCDを「不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒、大気汚染等により引き起こされる、がん、糖尿病、循環器疾患、呼吸器疾患、メンタルヘルスをはじめとする慢

性疾患をまとめて総称したもの」と定義^{29,30,31}しており、ペルーにおいて、この約 30 年間で、感染性疾患・母子・栄養疾患に対する施策^{32,33}の実施がなされ、改善されている一方で、NCD の行動リスク要因（煙草、不健康な食生活、運動不足、過度の飲酒）が増大していると推察される。



出典：Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD compare, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

図9 1990年及び2019年における3グループ死亡割合

ペルーでは、SDGs に先行したミレニアム開発目標（MDGs：Millennium Development Goals）の中の目標の一つであった5歳未満児の死亡を、1990年から2015年までの間に3分の2に減少するという目標を、2013年の時点で達成する等、母子保健における開発は目覚ましい。一方で、NCDによる死因の割合はMDGsが設定された1990年においては、既に全体の45%あり、2019年には71%へと急増している。すでにNCDの中の糖尿病や高血圧症は、富裕層だけの課題ではなくペルー国民全体の課題となっている。

²⁹ WHO, Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>

³⁰ WHO, Global status report on noncommunicable diseases 2014, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854>

³¹ WHO, Noncommunicable diseases, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

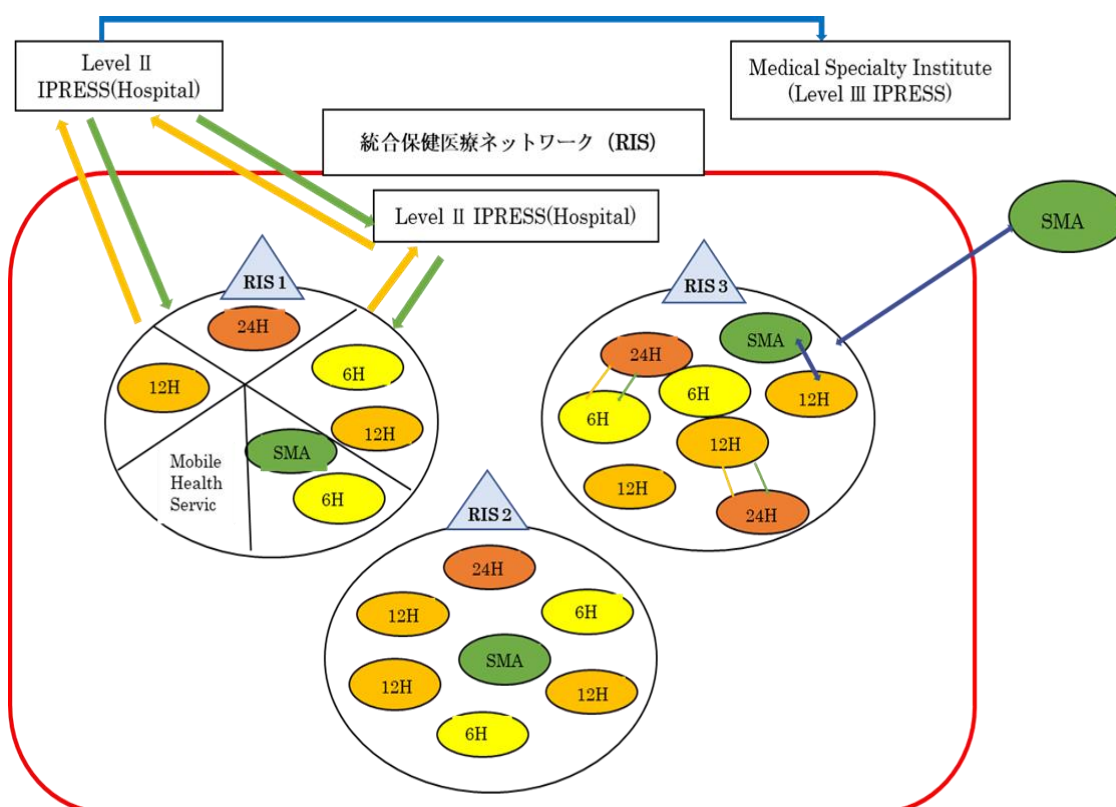
³² Lineamiento de Nutrición Materno Infantil del Perú

³³ Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021

弱者救済のための公的医療保険である「統合医療保険（SIS：Seguro Integral de Salud）」の加入者は、基本的に保健省管轄の施設でのみ診療を受ける。この施設の中の一次保健医療施設のサービスにおいては、依然、母子保健サービスが中心であり、NCD への対応が不十分である。一方、二次医療レベル以上の病院では、慢性疾患やNCDの一次及び二次予防やスクリーニングの負担過多の状況になっている。

以上の背景から、保健省では、リソースの効率的な再配分、特に一次保健医療施設再編成とここでのサービス拡大と質の向上を目指し、全国の保健リソースを対象にした統合保健医療ネットワーク（RIS：Redes Integradas de Salud）のプログラムを策定し、2020年5月の大統領令によって、正式に承認された。なお、このプログラムでは、一次保健医療施設を6時間体制（6H）、12時間体制（12H）及び24時間体制（24H）を大別して再編成することが大きな特徴となっている。また、施設とは別にコミュニティへのアウトリーチサービスの役割を持つ医療支援サポート（SMA：Servicios Médicos de Apoyo）チームも明確にカテゴリー化され、本チームは6時間体制の一次保健医療施設の従事者が兼務する場合もある。

統合保健医療ネットワーク（RIS）の概念図は図10の通りである。



出典：世界銀行ベレー担当者からの資料とインタビューを基に調査団作成。

図10 統合保健医療ネットワーク（RIS）の概念図

2.8 医薬品調達・供給

保健省（MINSA）の医薬・消耗品総局（DIGEMID：Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas）は、研究・医療機関や民間業者からの定型の申請書に基づき医薬品の認可を行うと同時に、これらの申請書に基づき 2 年に 1 度、保健大臣令で必須医薬品の公表を行っている。現行の必須医薬品は麻酔薬等の 32 分類で計 738 品目である。

公的セクターでの医薬品調達においては、医薬・消耗品総局下にある「保健戦略資材調達国家センター（CENARES：Centro nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud）」が病院や地方からの要請に基づき、医薬品の調達と地方への供給を担当している。

また、医薬・消耗品総局では、「医薬品監視実践マニュアル（Manual de Buenas Prácticas de Farmacovigilancia）」に沿って、公的機関の薬局や検査室だけでなく、民間薬局や検査所を管理している。

医薬・消耗品総局（DIGEMID）の 2017 年 11 月時点で発表による、全国各州の一次保健医療施設において整備すべき医薬品の在庫状況を、整備が比較的良い州のランキングで示すと表 7 の通りとなっている。なお、このランキングは、90%以上在庫がある施設数の割合、70%以上 90%未満の施設割合、及び 70%未満の割合の 3 つの状況から総合判断している。ただし、理想からいえば、100%の在庫品や 100%の施設にあることが望ましく、この観点から下表でいえることは、全国的に医薬品整備の改善が必要であるということである。

表 7 一次保健医療施設における医薬品の在庫状況

| 順位 | 州 | 90%以上の施設 | 70%以上 90%未満の施設 | 70%未満の施設 |
|----|---------------------------|----------|----------------|----------|
| 1 | Amazonas | 38.6% | 33.7% | 27.7% |
| 2 | Ancash | 34.9% | 39.5% | 25.7% |
| 3 | Apurímac I – Abancay | 20.7% | 37.4% | 41.9% |
| 4 | Arequipa | 7.2% | 36.7% | 56.2% |
| 5 | Ayacucho | 51.3% | 48.2% | 0.5% |
| 7 | Cajamarca I | 11.9% | 29.8% | 58.3% |
| 8 | Callao | 59.6% | 19.1% | 21.3% |
| 9 | Apurímac II – Andahuaylas | 24.3% | 52.4% | 23.3% |
| 10 | Cajamarca II – Chota | 14.0% | 40.7% | 45.3% |
| 11 | Cusco | 42.5% | 46.2% | 11.3% |
| 12 | Cajamarca III – Cutervo | 56.0% | 38.6% | 5.4% |
| 13 | Huancavelica | 51.9% | 37.5% | 10.6% |
| 14 | Huánuco | 43.0% | 42.7% | 14.2% |
| 15 | Ica | 45.3% | 45.3% | 9.5% |
| 16 | Cajamarca IV – Jaén | 57.1% | 36.8% | 6.1% |

| | | | | |
|----|---------------------------|-------|-------|-------|
| 17 | Junín | 30.9% | 42.7% | 26.4% |
| 18 | La Libertad | 43.6% | 35.2% | 21.2% |
| 19 | Lambayeque | 9.5% | 44.1% | 46.4% |
| 22 | Lima region | 9.3% | 46.4% | 44.3% |
| 24 | Loreto | 6.6% | 27.4% | 66.0% |
| 25 | Madre de Dios | 18.3% | 26.9% | 54.8% |
| 26 | Moquegua | 30.6% | 50.0% | 19.4% |
| 27 | Pasco | 53.0% | 39.9% | 7.1% |
| 28 | Piura I | 13.2% | 30.3% | 56.5% |
| 29 | Puno | 37.8% | 41.7% | 20.4% |
| 30 | San Martín | 21.9% | 37.4% | 40.7% |
| 31 | Piura II – Sullana | 10.2% | 20.5% | 69.3% |
| 32 | Tacna | 28.2% | 71.8% | 0.0% |
| 33 | Tumbes | 2.5% | 32.5% | 65.0% |
| 34 | Ucayali | 28.9% | 38.3% | 32.8% |
| 35 | Apurímac III - Chincheros | 40.0% | 26.7% | 33.3% |
| 36 | Lima Metropolitan Area | 0.3% | 3.6% | 96.1% |
| | Total general | 29.5% | 37.5% | 33.0% |

出典：世界銀行ペルー事務所からの資料を基に調査団作成。

2.9 ドナーの支援実績

以下に、ペルーにおける保健医療分野における米州開発銀行（IDB：Inter-American Development Bank）、世界銀行グループ（WB：The World Bank Group）、日本政府、韓国及び中国政府による支援実績を示す。なお、ペルーでは、国際協力庁（APCI：Agencia Peruana de Cooperación Internacional）がこれらのドナーとの調整も行っている。

米州開発銀行（IDB）による計画中及び実施中の保健医療プロジェクトは、下表の通りである。

表8 IDBによる支援協力プロジェクト

| スキーム | プロジェクト名 | 金額 (千米ドル) | 承認 |
|------|---|--------------|---------|
| 技術協力 | 保健システムトランスフォーメーション支援 (Support to Health System Transformation in Peru) | 300 | 2021年5月 |
| 技術協力 | 保健セクターにおけるDXデザインと開発支援 (Support in the Design and Development of a Digital Transformation Plan for the Health Sector in Peru) | 250 | 2020年6月 |

| | | | |
|--------|---|---------|-------------|
| 技術協力 | COVID-19 の NGS 検査 (TUMI Genomics: Next Generation Sequencing (NGS) Diagnosis for COVID-19) | 150 | 2020 年 6 月 |
| 技術協力 | 保健医療ネットワークのモデル化支援 (Support for Health Network Modeling) | 250 | 2019 年 9 月 |
| 有償資金協力 | 統合的保健医療ネットワーク創造プログラム (Program to Create Integrated Health Networks) | 125,000 | 2018 年 12 月 |

出典： <https://www.iadb.org/en/projects> を基に調査団作成。

世界銀行（WB）グループによる実施中の保健医療プロジェクトは、表 9 の通りである。

表 9 WB による支援協力プロジェクト

| スキーム | プロジェクト名（概要） | 金額 (千米ドル) | 実施期間 |
|--------|---|--------------|------------------------------|
| 有償資金協力 | 保健医療統合ネットワーク (Peru Integrated Health Networks) | | |
| | <u>目的</u> | | |
| | 1. リマ市と優先州における公的 1 次保健医療 サービスでの問題解決能力と質の向上 | 125,000 | 2019 年 1 月から 2024 年 1 月まで |
| | 2. 単一保健情報システムと医薬品・医用品の 公的調達システムの強化 | | |

出典： https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/projects-list?countrycode_exact=PE を基に調査団作成。

上記に示した IDB の「統合的保健医療ネットワーク創造プログラム」と WB の「保健医療統合ネットワークプロジェクト」は、「2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況」で記載した統合保健医療ネットワーク（RIS）への支援である。これらの支援は、表 10 に示す通り、密接に関連する協調案件である。また、保健医療情報システムの構築と医薬品・医用品の調達管理も含むところに特徴がある。

表 10 IDB と WB による RIS への協調支援内容

| | |
|--|---------------------------------------|
| <u>目的</u> 保健省（MINSA）が管轄する一次保健医療施設において、タイムリーで適切、効率的かつ高品質な保健医療サービスの適切な提供に貢献する。 | |
| <u>ビジョン</u> 高い解決能力を持つ一次保健医療施設で構成される統合医療ネットワークを、臨床ガイドラインの改善や patient pathways の標準化、コミュニケーションと情報システムの強化、医療支援サービスの効率的なネットワーク（検査室、救急搬送、画像診断、血液銀行を含む）、医薬品や医療用品の最適な物流システムによって明確化する。 | |
| ペルー政府プログラムのコンポーネントとサブコンポーネント | |
| 1. リマ首都圏及び優先地域の統合医療ネットワークにおける保健医療施設の組織化モデルの改善 | 資金調達（外部） 世界銀行（コンポーネント 1）及び IDB |
| 1-1. 新たな疾病構造に重点を置いたケアモデルの再設計 1-2. 組織、経営、財務モデルの調整 1-3. 臨床ガイドラインとマネジメントの強化 1-4. 健康に関わる人材の能力開発の計画 | |
| 1-5. プロジェクトの調整・管理 | 世界銀行（コンポ |

| | |
|--|------------------|
| | ーネット4) 及び IDB |
| 2. リマ首都圏及び優先地域における一次保健医療施設の能力向上 | |
| 2-1. RIS モデルのアプローチを用いた、リマ首都圏および優先地域における保健医療施設への投資 | 世界銀行 (コンポーネント 1) |
| 2-2. RIS アプローチを用いた、リマ首都圏および優先地域における保健医療施設への投資 | IDB |
| 3. 全国レベルでの単一医療情報システム (SUIS) の能力向上 | |
| 3-1. データおよび情報通信技術 (ICT) プロセスに関するガバナンスと基準 | |
| 3-2. SUIS 展開のサポートに適した技術的・ネットワーク的な基盤 | |
| 3-3. 情報の登録・管理・利用に関わる人材の能力強化 | |
| 3-4. SUIS の開発と実施における基本的な軸としてのユーザーエンゲージメント統合 | 世界銀行 (コンポーネント 2) |
| 4. リマ首都圏における医療支援サービスの向上 | |
| 4-1. RIS に対する集中支援サービスの確立: 中央検査室、画像診断センター、中央血液・組織バンク、連携した病院搬送救急医療システム | |
| 4-2. 一次保健医療施設のための機材整備 | IDB |
| 5. A. リマ首都圏における医薬品・医療用品の管理改善 | 世界銀行 (コンポーネント 3) |
| 5. B. 優先地域における医薬品・医療品の管理改善 | |

出典：世界銀行ペルー事務所からの資料とインタビューを基に調査団作成。

日本政府の対ペルーの援助総額は、「1.4 日本の外交・経済関係」に示した通りであるが、保健医療分野における 2019 年度までの技術協力の累計支援額は、3,542 百万円であり、無償資金協力の累計支援総額は、6,310 百万円である。さらに、1994 年には「最貧困層地域の保健施設に対し、医療機材と医薬品供与を行い、低所得者層への医療サービスの改善を図ることによって、保健・衛生の向上に寄与する。」目的で、ペルーに 2,240 百万円の有償資金協力を実施した。また、社会福祉分野においても、技術協力で 2019 年度までに累計総額 754 百万、無償資金協力では累計 2,015 百万円規模の支援を実施している³⁴。ペルーに対する日本の援助の基本方針（大目標）は、「持続的経済発展への貢献」であり、重点分野（中目標）は、「経済社会インフラの整備と格差是正」、「環境対策」及び「防災対策」となっている。

世界銀行グループとのパートナーシップである日本開発政策・人材育成基金（PHRD：Policy and Human Resources Development）による無償資金協力は、障がい者支援分野において、総額 2.50 百万ドル規模（2017 年）で実施されている³⁵。

韓国政府は、KOICA（Korea International Cooperation Agency）を通じて、「感染症対策組織能力強化」と「脆弱層のための PHC サポート」の技術協力を実施している³⁶。

また、中国の対中南米直接投資において、ペルーは、ブラジル、アルゼンチンと並び、2010 年から 2013 年の投資額は、6,846 百万ドルである。なお、今回の COVID-19 対策として中国政府は、CIDCA（China International Development Cooperation Agency）を通じて、

³⁴ JICA, 事業実績, <https://www.jica.go.jp/activities/achievement/index.html>

³⁵ The World Bank, 日本開発政策・人材育成基金（PHRD）, <https://www.worldbank.org/ja/country/japan/brief/policy-and-human-resources-development-fund>

³⁶ KOICA, http://koica.go.kr/sites/koica_en/index.do#n

2020年4月に医薬・医用品の供与、5月には医療チームの派遣を行った³⁷。

2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ

本章前項までの項目に記載した、ペルーの保健医療セクターにおける各種の課題やニーズを UHC 達成に向けた視点で整理すると以下の通りである。

ペルー政府は UHC 達成を標ぼうに、国家として全国民に対する医療保障を推進しているが、保健医療サービスの中では、母子保健の改善が進む中、NCD は大きな脅威の疾病となっている。また、人口は現在の高齢化社会から今後は高齢社会へと進む途中で、さらにこの脅威は増すものと予想される。一方、PHC 強化で整備された一次保健医療施設でのサービスは、依然として感染症対策や母子保健が主流となっており、これらの施設のサービスの拡大と質の強化が課題となっている。そのためには、二次及び三次医療施設とのネットワーク強化も必要であり、保健省では新たに全国規模での統合保健医療ネットワーク（RIS）の構想を進めている。また、このネットワークには、保健医療情報システムの統合化や医薬品・医用品の調達管理、さらには画像診断等の医療技術の強化も重要な要素として上がっている。

3. 保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズ

ペルーの保健医療財政、医療保障制度の現況、課題とニーズとして、以下に、財政の一般情報、主要保健財政指標、保健省予算、診察料、医療保険制度の関連政策、公的保健保障制度、民間医療保険の概要、及び保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズについて報告する。

3.1 財政の一般情報

ペルーの 2020 年の国家予算は、177,367,859,707 ソルで、48,667 百万米ドルに相当し、GDP の 21% を占める。

歳入の項目としては、所得税（Impuesto）、公債（Canon y regalías）、法人税（Tasas y contribuciones）、消費税（Endeudamiento）及び援助金（Donaciones）が挙げられている。なお、公債総額は 8,897 百万ドル（2019 年）で 2,411 百万米ドルに相当し、GDP の 1% であるが、これは主にペルーの主要産業である鉱業向けの公債である。

歳出の内容は、機関別で、中央政府が 65%、州政府が 21%、そして地方自治体が 14% の構成となっている。また、事業別の歳出内訳では、社会事業費 46%、生産事業費 23%、安全・司法・防衛事業 16%、そして事務費 15% となっている。社会事業費の内訳としては、教育費が 31,237 百万ソルで、また、保健医療費は 18,480 百万ソルであり全体の 10% に相当

³⁷ CIDCA, <http://en.cidca.gov.cn/index.html>

する。その他には、社会保障費 6,201 百万ソル、水衛生費 5,675 百万ソル、住居費 2,797 百万ソル、文化・スポーツ支援費 1,313 百万ソル、その他の社会整備費 573 百万ソルが計上されている³⁸。

3.2 主要保健財政指標

ペルーの 2018 年の総保健支出は、11,807 百万米ドルであり、対 GDP 比 5%に相当する。これは、OECD 加盟国平均の 8.8%（日本は 10.9%で OECD 加盟国中 6 位）に比較して低い値である。

図 11 に示す通り、この総保健支出の財源別の内訳は、一般歳出（Government Transfer）33.73%、公的医療保険（Social health insurance contribution）28.89%、国民自己負担（Out-of-pocket spending）29.15%、民間（任意加入）医療保険（Voluntary health insurance contribution）7.16%、その他 0.89%となっている。従って、政府保健支出（Government health Spending）は、一般歳出と公的医療保険を合わせた 62.6%である。

2018 年の国民 1 人あたりの保健支出は 369.08 米ドルであり、2008 年の 228.75 米ドルより 61%増加している。一方、医療費の自己負担においては、2012 年の 120.31 米ドルから 2018 年の 107.77 米ドルへと 10.4%減少しており、後述する公的医療保障制度の中で、特に政府が推進した統合医療保険（SIS）の拡大によるものと考えられる。

³⁸ gob.pe, Presupuesto Publico2020, <https://www.gob.pe/institucion/mef/campa%C3%B1as/527-presupuesto-publico-2020>

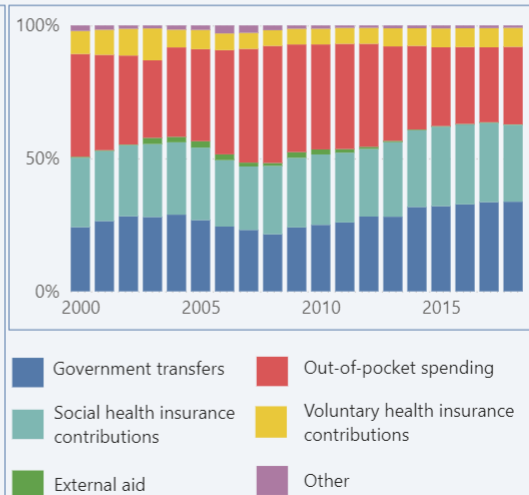
Health Expenditure Profile Peru



Key Statistics

| | 2000 | 2006 | 2012 | 2018 |
|---|-------|-------|-------|-------|
| Health spending US\$ per capita (CHE) | 87.6 | 141.2 | 310.9 | 369.1 |
| Government health spending % Health spending (GGHE-D%CHE) | 50.3% | 49.3% | 53.6% | 62.6% |
| Out-of-pocket spending % Health spending (OOPS%CHE) | 38.7% | 39.2% | 38.7% | 29.2% |
| Priority to health (GGHE-D%GGE) | 10.6% | 11.7% | 12.5% | 15.3% |
| GDP US\$ per capita | 1,904 | 3,112 | 6,537 | 7,046 |

Sources of Health Expenditure



出典：WHO Global Health Expenditure Database, https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

図 11 総保健支出の財源別内訳

3.3 保健省予算

2020年の保健省（MINSA）予算は、7,156百万ソル（約2,083億円）で、国家予算総額の4%である。支出内訳は、一般支出の6,208百万ソルと設備投資の948百万ソルであり、収入内訳は国庫から6,690百万、直接の寄付金等が312百万ソル、及び利息等153百万ソルとなっている。

3.4 診察料

ペルーにおける診療費の設定は、保健省がガイドラインを出しているものの、基本的には、各保健医療施設単位で決めている。特に、一次保健医療レベルにおいては、一次医療施設が管轄するコミュニティ別に、住民参加型の料金設定をする仕組みとなっている。

2006年、保健省（MINSA）の保健医療サービス料金技術委員会（Comité Técnico de Tarifas）が発表した「保健セクター料金政策ガイドライン（Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud）」によれば、保健医療サービスにおける料金設定は、公平性、透明性、及びコストベースの料金、の3つのガイドラインを打ち出している。また、一次保健医療施設には、各地区（District）における料金設定ガイドブック（Guía para la Determinación de Tarifas de Servicios de Salud del Primer Nivel）を配布し、6段階での料金設定方法を指定している。すなわち、①（人件費を含む）施設コスト算出、②地域住民の収入の特定、③料金

の上限・下限の設定、④保健医療サービスの優先度の決定、⑤概算要求料金の設定、そして、⑥会計上妥当な料金設定、となっている。例えば、これらのプロセスによってリマ市東地区で設定されている一般医療外来の診療費は 6.00 ソル（約 174 円）、妊産婦検診費は 5.00 ソル（約 145 円）である。

公表されているペルーの最低賃金は月収 281 米ドルであることから、上記の診察料自体は各家庭に大きな負担となる設定とはなっていない。

3.5 医療保険制度の関連政策

ペルーでは「医療保障枠法令（AUS：Ley Marco de Aseguramiento en Salud）」が発布され、「医療保障必須計画（PEAS：Plan Esencial de Aseguramiento en Salud）」に沿って、国民全員の医療保障を担保することになっている。

ペルーの医療保険制度の中心となっている「医療保障基金協会（IAFAS：Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud）」は、ペルー政府が直接管轄する機関であり、ここには公的医療保険（Seguros del Estado）である「統合医療保険（SIS：Seguro Integral de Salud）」と「ペルー社会保険（EsSalud：Seguro Social del Perú）」の2つに加えて、民間保険会社（EPS：Empresas Prestadoras de Salud）4社が参加している³⁹。3つの保険の中では、「統合医療保険（SIS）」が貧困層等脆弱層に配慮されたものとなっている。

3.6 公的医療保障制度

公的医療保険（Seguros del Estado）は、統合医療保険（SIS：Seguro Integral de Salud）とペルー社会保険（EsSalud：Seguro Social del Perú）の2タイプである。また軍と警察は別の保険制度であり、これらの保険はそれぞれが所有する医療機関でのみ使用できる。

基本的にはフォーマル労働者向け拠出金型の健康保険であるペルー社会保険（EsSalud）には、表 11 に示す通りの4つのタイプがある^{40,41,42,43,44,45,46}。これらのタイプには、インフォーマル労働者に分類される個人事業主や農業従事者も加入できるものも含まれている。

表 11 ペルー社会保険（EsSalud）の内容

| 保険タイプ | 対象 | 保険料 |
|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 一般保険 (Seguro Regular) | 1：フォーマル労働者とその家族 2：年金生活者 | 月収の9%を雇用者が負担する 年金の4%を負担する。 |

³⁹ gov.pe, Seguros de salud del Perú, <https://www.gob.pe/281-seguros-de-salud-del-peru>

⁴⁰ gov.pe, Seguro Social del Perú – EsSalud, <https://www.gob.pe/194-seguro-social-del-peru-essalud>

⁴¹ EsSalud, <http://www.essalud.gob.pe/seguro-regular/>

⁴² Gov.pe, Seguro Potestativo de Essalud (+SALUD), <https://www.gob.pe/225-seguro-potestativo-de-essalud-salud-afiliacion-individual>

⁴³ EsSalud, Estadística Institucional, <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>

⁴⁴ gov.pe, Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo de EsSalud (+PROTECCIÓN), <https://www.gob.pe/452-seguro-complementario-de-trabajo-de-riesgo-de-essalud-proteccion-aportes>

⁴⁵ pacifico, <https://www.pacifico.com.pe/eps>

⁴⁶ rankia, Mejores seguros de salud Perú para 2021, <https://www.rankia.pe/blog/mejores-seguros-vida-salud-viaje-auto/4210478-mejores-seguros-salud-peru-para-2021>

| | | |
|---|-----------------------------------|---------------------|
| オプション保険 (Seguro Potestativo) | 自営業 | 月額 |
| | 1：18歳未満 | 137 ソル (約 3,900 円) |
| | 2：18歳から 30歳未満 | 132 ソル |
| | 3：30歳から 60歳未満 | 138 ソル |
| | 4：60歳以上 | 215 ソル |
| 危険労働補助保険 (Seguro Complementario de Trajajos de Riesgo) | 危険レベル | 月額：月収の割合 (雇用者負担) |
| | 1：ビル清掃、医療、廃棄物・汚水清掃 | 1：0.63% |
| | 2：製造業、電気ガス供給、運送、倉庫、通信 | 2：1.23% |
| | 3：林業、漁業、検察 | 3：1.53% |
| | 4：鉱業、採石 | 4：1.83% |
| 農業保険 (Seguro Agrario) | 農作物栽培、家畜飼育、鳥飼育、アグリインダストリー、養殖業の従事者 | |

出典：調査団作成

統合医療保険（SIS）は、貧困層を主な対象とした保険であり、がんを含む 1,400 種以上の疾病に対応し、医薬品、処置、外科手術、医薬消耗材等をカバーし、また、1 疾患の診療に対して上限 1 千ソル（約 29,000 円）まで保証している。但し、受診できる保険医療施設は、保健省管轄の保健医療施設に限定される。また、妊産婦死亡と新生児死亡には 350 ソル、12 歳未満児の死亡に 700 ソル、12 歳以上の死亡には 1 千ソルの給付金もある。統合医療保険（SIS）には、下表の通りに 5 つのプランがある^{47,48,49,50}。なお、これらのプランは保険加入者の収入や業態によって分かれているものであり、保険医療サービスの内容に違いはない。

表 12 統合医療保険（SIS）の内容

| 保険プラン | 対象 | 保険料 |
|-------------------------------|---|-------|
| 無料 SIS (SIS Gratuito) | 貧困者、妊婦、5 歳未満児、給食支給対象学生、暴力被害者、路上生活者、消防士、治安判事、ペルー在住エクアドル人 | 無料 |
| みんなの SIS (SIS Para Todos) | 他の保険を掛けていない者 | 無料 |
| 個人 SIS (SIS Independiente) | 月額の掛金が支払える者 | 月額 |
| | 1：60 歳未満 | 39 ソル |
| | 2：60 歳以上で既契約者 | 44 ソル |
| | 3：60 歳以上で新規契約者 | 58 ソル |

⁴⁷ gov.pe, Afiliarte al SIS Para Todos, <https://www.gob.pe/8970-afiliarte-al-sis-para-todos>

⁴⁸ gov.pe, Afiliarte al SIS Gratuito, <https://www.gob.pe/132-afiliarte-al-sis-gratuito-condiciones>

⁴⁹ gov.pe, Planes del Seguro Integral de Salud (SIS), <https://www.gob.pe/130-planos-del-seguro-integral-de-salud-sis>

⁵⁰ gov.pe, Afiliarte al SIS Independiente, <https://www.gob.pe/172-afiliarte-al-sis-independiente>

| | | |
|----------------------------------|--|------------------|
| 小規模企業 SIS (SIS Microempresas) | 小規模事業者の従業員 | 月額 15 ソル (事業者負担) |
| 個人事業主 SIS (SIS Emprendedor) | 雇用者がいない月収 8,000 ソル以下の独立事業者 (理髪店、洋裁店、商店等) | 月額 50 ソル |

出典：調査団作成

2019 年における、統合医療保険 (SIS) 加入者は 20,359,839 人、ペルー社会保険 (EsSalud) の加入者は 10,069,501 人であり⁵¹、国民の 93%がこれらでカバーされている。未加入者の中には、次項に示す民間保険のみの加入者、また、住民台帳の不備や海外在住の者等の事情もあるが、ペルー政府として国民皆保険を目指していることには変わらない。なお、2020 年には、SIS 加入者は 23,822,578 人に、また EsSalud 加入者は 11,971,163 人に増加している。

3.7 民間医療保険の概要

民間医療保険の加入者は、計 1,193,214 人で全人口の 3.7%である。国民が民間保険にも加入する一番の理由は、死亡時にも保証が大きい、いわゆる生命保険の特長があるからである。また、対物保険を含む自動車保険も民間保険によるメリットであり、自動車保険加入者は 84,353 人である。また、ペルーにおける主な民間保険会社は、医療保障基金協会 (IAFAS) にも参加している Rimac 社、Mapfre 社、Sanitas 社及び Pacífico 社の 4 社である⁵²。各民間保険会社は、民間の医療施設との提携の下に、医療サービスを提供している。

3.8 医療費等による家計破綻・困窮化

「2.6 主要保健医療サービスの利用状況」に記載した UHC 達成のための指標である SDG 指標 3.8.1 「サービスカバレッジ指標」とは別にもう一つ設定されている SDGs 指標 3.8.2 「家計破綻・困窮化」であり、これは、家計収支に占める健康関連支出が大きい人口の割合を指す。WHO の 2019 年モニタリング報告書⁵³によれば、経済破綻をきたす出費が家計の中で占める割合の閾値を 10%とした場合には、ペルーでは 9.2% (2018 年値) の破綻率であり、日本は同閾値で 4.4% (2015 年値) となっている。なお、この指標については、2017 年に設定されたばかりなことから、経年的な比較はできない状況である。

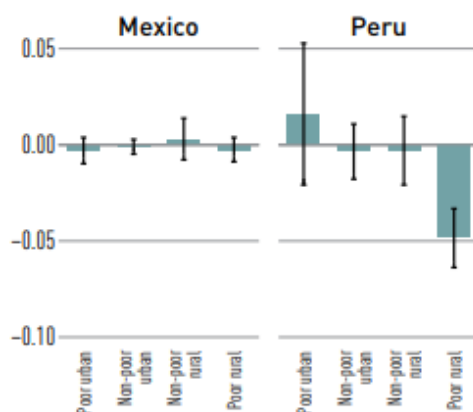
下図は、都市部と農村部、貧困層と非貧困層を比較して、女性 (妻) 主導型の家計の破綻平均値を見たものである。左図がメキシコであり、右図がペルーである。メキシコの場合には、どの地域・層においてもジェンダー差は大きくないが、ペルーの場合には、非貧困層においては都市部と農村部に違いはないが、貧困層においては、都市部では破綻率が

⁵¹ MINSA, Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “PERÚ, PAÍS SALUDABLE”, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1257169/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030%20.pdf>

⁵² gob.pe, Seguros de salud del Perú, <https://www.gob.pe/281-seguros-de-salud-del-peru>

⁵³ WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report, https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf

少し高めとなり農村部では低い状況である。ペルー全体においては、女性主導型の家計の方が家計破綻を低くする傾向にあり、特に、農村部の貧困層においては顕著である。一方で、都市部貧困層においては、女性主導型では破綻率が高くなっている。



出典：WHO, Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report

図 12 家計破綻平均値

3.9 保健医療財政及び医療保障制度の課題とニーズ

本章前項までの項目で記載した、ペルーの保健医療財政・医療保障制度における各種の課題やニーズを UHC 達成に向けた視点で整理すると以下の通りである。

ペルーの国家予算においては、保健医療をはじめとする社会事業を重視しているが、対 GDP における総保健支出の割合は高いとはいえない。しかし、ペルー政府が中心となって、「2020 年ペルー UHC 年」という UHC 達成を標ぼうに、全国民に対する医療保障を推進しており、特に弱者救済である統合医療保険（SIS）の加入者の増加によって、国民の医療費の自己負担は減少している。

4. 協力の可能性（案）

「2.10 UHC 達成に向けた保健医療セクター全体の課題とニーズ」並びに「3.9 保健医療財政及び保健保障制度の課題とニーズ」に報告した内容を中心に、以下に今後の JICA 協力の可能性の検討結果を示す。

4.1 協力優先度の高いニーズ

ペルーの保健医療分野において、全国規模の民間セクターを除く全保健医療リソースが対象となる統合保健医療ネットワーク（RIS：Redes Integradas de Salud）の実施計画中であ

る。「2.9 ドナーの支援実績」に記載した通り、WB も IDB と協調して、RIS 支援を計画している。RIS に関する大統領令は 2020 年 5 月に発布され、まさに、現時点からが、ペルーの大きな保健改革が始まる時期となっている⁵⁴。

「2.7 疾病構造の変化を踏まえた医療サービスの整備状況」に記載した通り、RIS の大きな特長として、2 つ挙げられる。1 つは、これまで感染症対策と母子保健を中心にサービスしてきた一次保健医療施設に対して NCD 対応をも強化するという新たな PHC 強化である。もう一つは、保健医療情報等のシステム強化である。前者は、サービスカバレッジ (SDG 指標 3.8.1) 向上のための効率的な手法であり、効果も高いと考えられる。後者には、医薬品・医用品の調達・管理システムも入っており、家計破綻・困窮化 (SDG 指標 3.8.2) に貢献できるものである。よって、RIS はペルーにおける UHC 達成のための非常に有望なプログラムでもあるといえる。

以上から、以下の 3 つの協力案件の候補が考えられる。

- [1] RIS 地域強化プロジェクト
- [2] 中央検査・診断サービス強化整備
- [3] NCD 対策用医薬品・医用品調達管理強化

上の協力案件の概要を表にまとめると表 13 の通りとなる。

表 13 候補協力案件の内容

| 【1】RIS 地域強化プロジェクト |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 課題：RIS 整備による地域強化の中で全国 25 州の中で、WB や IDB が支援を決定しているのは首都リマと 7 州のみであり、RIS を迅速に全国展開するには資金及び技術支援が必要である。 • 目的：WB 及び IDB と同程度の 6 州程度を対象に、下記のコンポーネントの内容の支援を実施することによって、対象州における RIS を整備する。 • 被益者：WB 及び IDB 対象の首都と優先州である Loreto 州、Lambayeque 州、Ayacucho 州の他 3 州で計 6 州の他にクライテリアを付けた地方 3 州程度の住民（クライテリアの設定と候補州の調査が必要） • 対象：対象州の州保健行政機関及び一次及び二次レベルの保健医療施設（特定調査が必要） • コンポーネント：インフラ整備（特に 24H 一次保健医療施設の新設・改築、機材整備）、組織変更と能力強化（特に、一次保健医療施設）、人材育成（特に、NCD や高齢者対策への臨床やコミュニティでの生活習慣改善等のヘルスプロモーション） • 支援額：地方 6 州を支援する IDB と同程度の被益人口とすると 38.74 百万米ドル • 留意：WB と IDB との協調融資案件。被益対象の 6 州の中で優先度により選択、また、対象州の増加もあり得る。 |
| 【2】中央検査・診断サービスの強化 |
| <ul style="list-style-type: none"> • 課題：一次及び二次保健医療施設における臨床検査や画像診断技術が十分でないため、これらのレベルにおける医療の質の確保に課題がある。 • 目的：国立検査センターの強化やペルー画像診断センターの整備によって、全国レベルでの臨床検査や画像診断の精度を高める。 • 被益者：全国民 |

⁵⁴ WHO 人間開発プログラム担当官へのヒアリングによれば、2019 年 1 月に承認された支援計画は、ペルーの国家予算への組込み待ちの中で 2020 年の COVID-19 拡大の影響を受けて実施が 2 年以上遅れている状況にある。

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 対象：ペルー国立検査センター及びペルー画像診断センター コンポーネント：国立検査センターの改築やペルー画像診断センターの新設等のインフラ整備、医療用画像管理システム（PACS）等の DX 機材整備、組織能力強化（世銀コンポーネントの保健医療情報システムと連結した中央センター）、人材育成（IDB の一次保健医療施設への機材整備を活用した中央センターの情報技術） 支援額：日本が支援したロシア、バングラデシュ等の画像診断センターを参照できるか検討する必要がある。 留意：WB 及び IDB との協調融資案件。国立検査センターは既存のものが有る。画像診断センターは公的なものは無いが、民間では複数ある。 |
| <p align="center">【3】 NCD 対策要医薬品・医用品調達管理強化</p> <p>課題：これまで一次保健医療施設での機能は、母子保健と感染症対策が主流であったが、RIS の整備によって NCD 対策も強化することになり、本対策用の医薬品や医用品の整備が必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> 目的：WB の RIS 支援プログラムが対象とする首都及び地方 3 州の一次保健医療施設に NCD 対策用の医薬品・医用品を整備することによって、これらの調達・管理の強化を目指す。 被益者：WB の RIS 支援対象の首都と Loreto 州、Lambayeque 州及び Ayacucho 州の地方 3 州の住民 対象：保健省医薬・消耗品総局（DIGEMID）と対象地方 3 州 コンポーネント：WB の RIS 支援の 1 コンポーネントにある「医薬品・医用調達・管理強化」のデザインに沿った NCD 対策のための医薬品・医用品の整備とその回転資金の支援、組織能力強化（特に、調達と配布） 支援額：一次保健医療施設の現状や医薬品・医用品の特定等が必要。 留意：WB との協調融資案件。JICA のこれまでの医薬品回転資金（DRF）事業の教訓を生かす。 |

以下に、現時点で確認している調査結果から、事前評価を表にまとめると、表 14 のように整理される。なお、表内の○は評価が高い、△は中位、×は評価が低い、という目安である。

表 14 協力候補案件の 5 項目評価

| 5 項目評価 | RIS 地域強化プロジェクト | 中央医療サービス強化整備 | NCD 対策医薬品・医用品調達管理強化 |
|--------|--|---|---|
| 妥当性 | ○：2020 年 5 月に大統領令発布 | △：日本の技術（RIS: Radiology Information System、LIS: Laboratory Information System 等）の優位性 | △：疾病構造の変化（母子保健や感染症に対する NCD の台頭） |
| 有効性 | ○：ドナー間協調で先行ドナーの指標や目標値が参考できる。 | △：地方での検査・診断作業が低減でき、また、画像診断の病院外への専門センターへの外注の有効性は民間セクターで実証されている。 | △：一次保健医療施設での NCD 対策用の医薬品等が調達管理により不足状況の一方で、同施設従事者への技術支援も必要 |
| 効率性 | ○：ドナー間協調で先行ドナーの投入の規模やタイミング等の教訓を生かせる。 | △：リマ市において大規模な技術人材投入が必要となる可能性あり。 | ○：ドナー間協調で先行ドナーの投入の規模やタイミング等の教訓を生かせる。 |
| インパクト | ○：WHO 支援のインパクト指標によれば、①循環器疾患・糖尿病の低減、②高血圧の管理改善 | ○：WHO 支援のインパクト指標によれば、①患者の待ち時間の短縮 | ○：WHO のインパクト指標によれば、①医薬品・医用品の自己負担の減額 |
| 持続性 | △：基本的には、既存の保健医療リソースの活用できるが、地域によっては保健医療施設の大幅な組織変更の必要が予想される。 | △：技術スタッフや組織的持続性が不明 | △：回転資金の持続性が疑問 |

4.2 協カスキーム

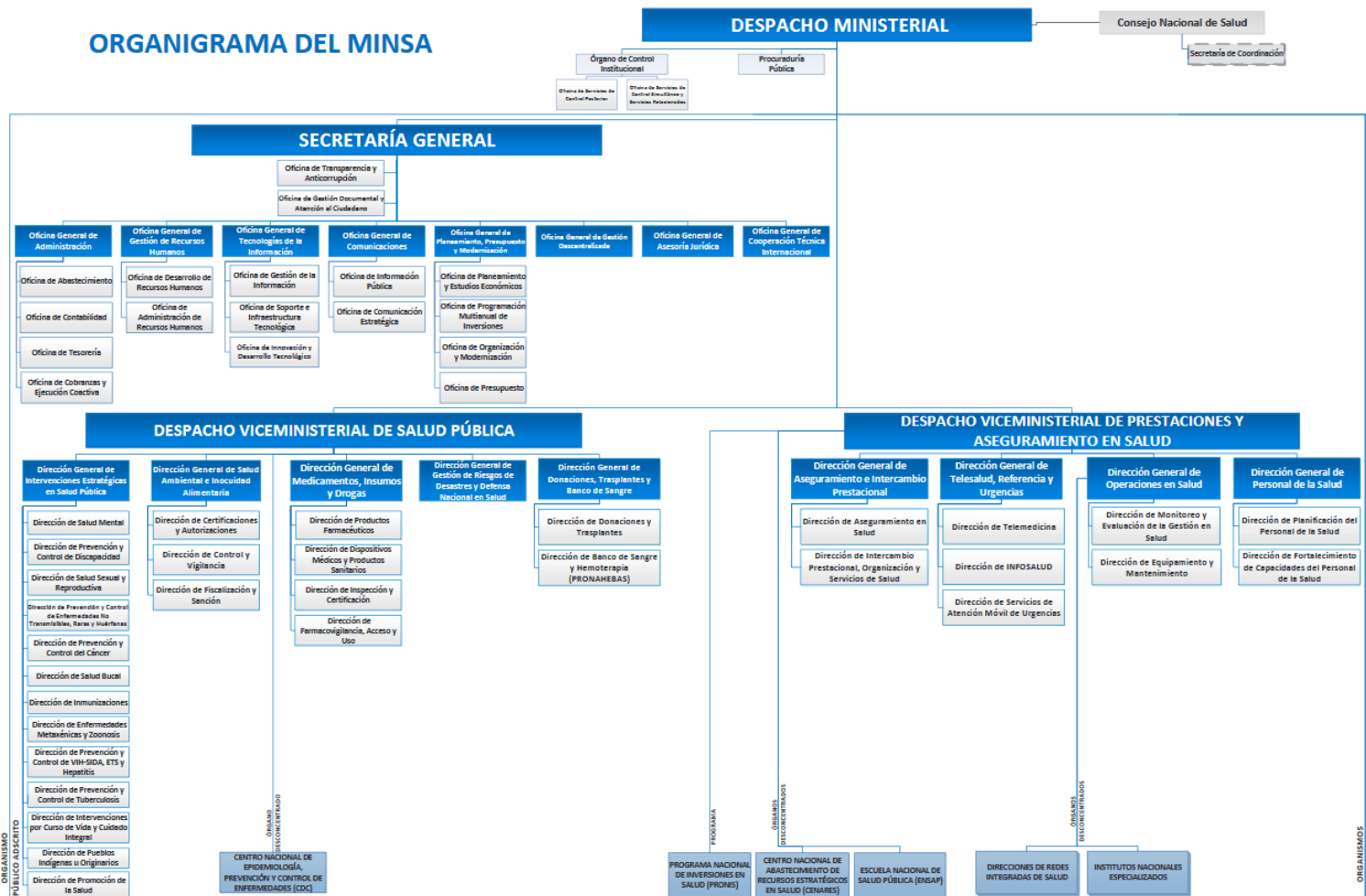
前項に示した、3つの協カ候補案件ともに、それぞれの全体の規模から見ると円借款案件に入ると考えられるが、それぞれの案件においては、分離や分割して検討すれば、無償資金協カや技術協カプロジェクトも考えられる。また、インフラ等の各種調査や政策協カ等のための官ミッションの派遣、あるいはドナー間協カ等の専門家派遣については、案件形成に必要となる。

JICAの協カスキーム等で整理すると下表に示すことが、現時点で考えられる。

表 15 候補案件における協カスキーム等

| 候補案件 | 協カスキーム等 |
|----------------------|---|
| RIS 地域強化プロジェクト | <ul style="list-style-type: none"> ●事前：政策及びドナー間協カミッションの派遣、対象州の特定調査、保健リソースの現状調査 ●全体実施：有償資金協カ+ドナー間調整等の専門家派遣 ●分離・分割の可能性：インフラ・機材の無償資金協カ、優先州におけるパイロット技術協カプロジェクト |
| 中央医療サービス強化整備 | <p>事前：政策及びドナー間協カミッションの派遣、医療サービスの現状調査</p> <p>全体実施：有償資金協カ+ドナー間調整等の専門家派遣</p> <p>分離・分割の可能性：画像診断センターのみ等の中央センターの選択、インフラ・機材の無償資金協カ、診断・検査技術及び機材の維持管理技術における人材育成の技術協カプロジェクト</p> |
| NCD 対策用医薬品・医用品調達管理強化 | <p>事前：政策協カミッションの派遣、医療財務・国民生活調査</p> <p>全体実施：有償資金協カ+医療財務等の専門家派遣</p> <p>分離・分割の可能性：技術協カプロジェクトによる地域限定のパイロット事業</p> |

添付資料：保健省（MINSA: Ministerio de Salud）組織図



出典：https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=105