

# 第12章

## ラオスの保健セクターの現状： 2025年ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成に向けて

JICAラオス保健政策アドバイザー  
小原 ひろみ

はじめに

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の定義は「すべての人々が基礎的保健サービスを負担可能な費用で受けられる」である。ラオス保健セクターの政策書類である、「第8次保健セクター開発5カ年計画HSDP(2016-2020年)」と「2025年にむけての保健セクター・リフォーム：戦略とフレームワーク」では、2020年までに「基礎的保健医療サービスへのアクセス改善」と「受療時費用負担軽減」を目標とし、さらに2025年までに「UHCの達成」を目標としている。本稿では、UHC達成を目指しているラオス保健省の政策方向性、取組、課題について紹介する。特に2016年にラオス保健省主導で導入され、急速に全国展開をしている国家健康保険(National Health Insurance: NHI)について、これまで和文での具体的な報告はないことから、本稿において現時点でのNHIの制度と課題を紹介する。

第1節 保健セクター：ミレニアム開発（目標4、5、6母子保健、感染症対策）から、持続可能な開発目標(目標3：あらゆる年齢のすべて人々の健康)へ

近年、ラオスにおいては、保健指標の改善が見られ、ミレニアム開発目標(MDGs)のうち、保健に関連した目標に関し、ラオス保健省は、“国で設定した保健関連目標のうち、目標4、5、6の目標値をほぼ達成した。他方、目標1の栄養関連指標と目標6のHIVエイズ関連指標は、進捗は見られるが達成しなかった”としている<sup>1</sup>。(目標1：極度の貧困と飢餓、目標4：乳幼児死亡率の削減、目標5：妊産婦の健康の改善、目標6：HIV/エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延の防止)。「国で設定した保健関連目標」と表現される際には、国際的に規定されている目標に対する複数指標のうち、一部の指標のみ用いて達成と判断している場合がある。これら指標検討の際には、データソース(国内データ、国連推計値)とデータ年、さらに国内で設定したターゲットの達成か、それとも国際的ターゲットの達成か、について留意を要する。(例：国際的に目標値を達成しているかの判断には目標5Aの妊産婦死亡比や、目標4乳幼児死亡率については2015年発表の国連推定値を用いて1990年値と2015年値を比較することとなっている。ラオスは国際的定義と国連推定値を用いた場合でも、目標5Aの妊産婦死亡比の目標を達成しているが、目標4乳幼児死亡率削減は達成していない。)

ラオス政府が特に力を入れてきた母子保健は改善が認められている。母子保健指標改善の成功要因に関していくつかの分析がなされている。<sup>2,3</sup> それらによると、保健セクター内の要因としては、母子保健改善に向けての政治的コミットメントが強かったこと、さらに、合計特殊出生率(一人当たりの女性が生涯に生む子どもの数)が1990年の6人から2013年には3

<sup>1</sup> Ministry of Health, *MDG Progress Report 2015- Progress and transition of Health related MDGs to SGs in Lao PDR*, 2016

<https://dl.dropboxusercontent.com/u/97574099/MDG%20report%20MOH%20Eng.pdf> (Accessed 10 Oct 2016)

<sup>2</sup> WHO, *Success factors for women's and children's health: Lao PDR*, WHO 2015

<sup>3</sup> S Kuruvilla, et al. *Success factors for reducing maternal and child mortality*, Bull World Health Organ. 2014 Jul 1;92(7):533-44B.

名に低下したこと（目標4と5に好影響を及ぼした）。また、保健セクター外の改善（貧困削減、教育改善、水衛生の改善、経済状況の改善等）が挙げられている。他方、課題としては社会経済状況（居住地、民族、教育状況）による保健医療サービスへのアクセス状況に著しく差があり、公平性に課題があるとされている。<sup>4,5</sup>

MDGsの後継として国連により定められた「持続可能な開発目標: SDGs」において、目標3が、保健分野関連目標である。<sup>6</sup>（目標 3. あらゆる年齢のすべての人々健康的な生活を確保し福祉を促進する）。MDGsの残された課題のほか、新たに顕在化した課題に対応する目標（非感染性疾患による早期死亡削減、精神保健、道路交通事故死傷者削減、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）達成等）、が挙げられている。UHCとは、「すべての人々が基礎的保健サービスを負担可能な費用で受けられる」を意味する。

表 1. 持続可能な開発目標SDGs 保健分野の指標 ラオスと他国との比較

SDG	指標	単位	ラオス	カンボジア	ベトナム	日本	WHO西太平洋地域	データ年
	総人口	(千)	6 802	15 578	93 448	126 573	1 855 126	2015
	出生時 平均余命	男性 (年)	64.1	66.6	71.3	80.5	74.5	2015
		女性 (年)	67.2	70.7	80.7	86.8	78.7	
		男女とも(年)	65.7	68.7	76.0	83.7	76.6	
	出生時 平均健康余命	(年)	57.9	58.9	66.6	74.9	68.7	2015
	妊産婦死亡比	(対 10万 出生)	197	161	54	5	41	2015
3.1	医療従事者により介助された分娩の割合	(%)	40	89	94	100	95	2006-2014
3.2	5歳未満死亡率	(対 1000 出生)	66.7	28.7	21.7	2.7	13.5	2015
	新生児死亡率	(対 1000 出生)	30.1	14.8	11.4	0.9	6.7	2015
3.3	15-49歳における新たなHIV感染	(対 1000 非感染人口)	0.2	<0.1	0.3	-	0.1	2014
	結核罹患率	(対 10万 人口)	189	390	140	18	85	2014
	マラリア罹患率	(対 リスクのある人口 1000人)	29.8	10.6	0.9	-	4.2	2013
	3ドースのB型肝炎ワクチン受けた乳児	(%)	88	97	95	-	92	2014
3.4	非感染性疾患(心血管疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患)により30歳から70歳の間に死亡する確率	(%)	24.2	17.7	17.4	9.3	18.0	2012
	自殺による死亡率	(対 10万人口)	6.4	9.0	5.1	23.1	9.9	
3.5	一人当たりアルコール消費量(> 15歳以上)	(純アルコールとしてリットル)	7.5	6.1	8.7	7.5	7.6	2015
3.6	交通外傷による死亡率	(対 10万 人口)	14.3	17.4	24.5	4.7	17.3	2013
3.7	生殖年齢の既婚女性の 現代的方法による家族計画率	(%)	61.3	56.4	69.7	-	89.7	2005-2015
	10代の女性の出生率	(対 1000 15-19歳 女性)	94.0	57.0	36.0	4.4	15.3	2005-2015
3.a	15歳以上における、年齢調整喫煙率	男性 (%)	56.6	44.1	47.1	33.7	-	2015
		女性 (%)	9.1	2.8	1.3	10.6	-	
3.c	保健医療従事者	(対 1万 人口)	10.6	9.6	24.3	137.9	34.7	2005-2013
3.d	国際保健規則コアキャパシティの13のスコアの平均値		74	52	99	100	78	2010-2015
2.2	5歳未満児における(年齢に対し)低身長	(%)	43.8	32.4	19.4	7.1	6.3	2005-2015
	5歳未満児における(身長に対し)低体重	(%)	6.4	9.6	5.7	2.3	2.3	2005-2015
	5歳未満児における過体重	(%)	2.0	2.0	4.6	1.5	5.2	2005-2015

出典:世界保健統計 2016年 (World Health Organization 2016)

地域平均よりも悪い指標

<sup>4</sup> WHO, *Regional Framework for Reproductive Health in the Western Pacific Region*, WHO, 2013

<sup>5</sup> AJ D Barros, et al. *Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data*, Lancet, 2012; 379: 1225-33

<sup>6</sup> 「持続可能な開発のための2030アジェンダ」(仮訳) 外務省サイト <http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000101402.pdf> (Accessed 10 Oct 2016)

SDGsで規定される保健関連指標について、近年のラオスのデータ（推定値含む）と、近隣国等と比較を表1に示す。ラオスの保健指標はWHO西太平洋地域の平均値に比較した場合、また、近隣国に比較した場合、劣っている指標がほとんどである。人々の健康状態と保健医療に関し、更なる改善が期待される。

従来の課題（保健医療従事者の量的不足、5歳未満児の低栄養、若年女性の妊娠、低い医療従事者介助の分娩割合等）についても、引き続き改善を要する。他方、ラオスにおいて、非感染性疾患（NCDs：心血管疾患、がん、糖尿病、慢性呼吸器疾患）の対策も必要である。NCDsによる早期死亡（30-70歳での死亡）確率は、日本が9%なのに比べ、ラオスでは24%と日本の2.6倍と高く、ベトナムやカンボジアよりも死亡確率が高い。ラオスにおいては、MDGs時代の健康課題であり、他国と比較し遅れをとっている母子保健とリプロダクティブ・ヘルス、感染症対策を引き続き推進しつつ、さらに、これまで十分取組まれていない新たな健康課題への対策を開始し、推進していく必要がある。

## 第2節 保健セクターに関連する中期開発計画、政策枠組み、優先領域

「ラオスの保健医療に関する情報収集・確認調査」<sup>7</sup>も参考にした保健セクターに関連する中期開発計画の概要を表2に示す。なお、過去の保健セクターの政策枠組については、既存書類<sup>8</sup>を参照されたい。MDGの時代と異なり、以下の3つの政策枠組すべてにおいて、「質の高いサービスへのアクセス改善」のみならず、「受療時の費用負担軽減」が強調されている。

### 1. 第8次国家社会経済開発5カ年計画 NSEDP (2016-2020)<sup>9</sup>

NSEDPの成果2アウトプット4は「質の高いヘルスケアサービスへのユニバーサル・アクセス」であり、方針、ターゲット、優先事業、実施方針が記載されている（表2）。方針は以下のとおり。

①統合された保健サービスの質を改善・拡大し、すべての人への保健医療サービスのアクセス保障、②僻地への保健医療サービス提供拡大を保障する保健医療施設の改善により、公的サービスのマネジメントを継続的に強化、③保健医療サービスの質を向上のために、保健医療従事者の育成と雇用により、予防と治療を提供するキャパシティ強化、④公的保健予算増加と健康保険カバーの拡大のための資金拠出により、保健セクターの持続可能な財政を担保、⑤子どもへの適切な栄養の担保、⑥コミュニティへの保健促進キャンペーン実施、⑦清潔な水と衛生施設の適切な提供、⑧学校保健・衛生の向上。

### 2. 第8次保健セクター開発5カ年計画 HSDP (2016-2020年)<sup>10</sup>

本開発計画では、ビジョン、方針、5カ年計画の目的、主たるターゲット（目標とする指標）を保健セクター全体に対して規定している。さらに、保健セクター内の8プログラムに関し、各々のサブ・プログラムを定め、各々に方針と機能、ゴール、優先プロジェクト・活動と予算、アプローチ等が記載されている。そして最終的に、横断的優先領域（表2）が規定されている。英語版にはUHCの記載はないが、「質の高いサービスへのアクセス改善」との記載がある。また、第8次国家社会経済開発5カ年計画のターゲットに整合し、「2020年までに、健康保険を人口の8割に普及する」ことが、「プログラム6：ヘルス・ファイナンス」のサブ・プログ

<sup>7</sup> 国際協力機構/システム科学コンサルタンツ株式会社 『ラオス国 保健医療に関する情報収集・確認調査 ファイナルレポート』 2016年

<sup>8</sup> 岩本あづさ・岡林広哲・橋本麻由美「第3章ラオスの保健医療の現状と課題」鈴木基義編著『ラオスの開発課題』JICAラオス事務所発行。2014

<sup>9</sup> Ministry of Planning and Investment, *8<sup>th</sup> Five-Year National Socio-Economic Development Plan (2016-2020)* (Officially approved at the VIIth National Assembly's Inaugural Session, 20-23 April 2016, Vientiane)

<sup>10</sup> Ministry of Health, *8<sup>th</sup> Health Sector Development Plan (2016-2020)*, Lao PDR

ラムのゴールとされている。

### 3. 2025年にむけての保健セクター・リフォーム戦略とフレームワーク<sup>11</sup>

本戦略書は、保健セクター・リフォームに関する2025年までの戦略とフレームワークについて述べられている。優先5領域（表2）について、3フェーズに分け、中期的な目的と成果が記載されている。（フェーズ1：2013-2015年、フェーズ2：2016-2020年、フェーズ3：2021-2025年）。フェーズ1、2、3のゴールは各々、「保健MDG達成」、「基礎的保健医療サービスへのアクセス改善、受療時費用負担軽減」、「UHC達成」である。

表2. 保健セクターに関連する現在の政策枠組み、中期開発計画、優先領域

計画名とタイムフレーム		優先領域
第8次国家社会経済開発5か年計画 8 <sup>th</sup> NSEDP (2016-2020)	計画投資省	成果2アウトプット4：質の高いヘルスケアサービスへのユニバーサル・アクセス 主たるターゲット(目標とする指標)：2020年までに以下を達成 - 平均余命 71歳 - 1歳未満乳児死亡率を30 (1,000出生あたり) - 5歳未満児死亡率を40 (1,000出生あたり) - 妊産婦死亡比を160 (10万出生あたり) - 90%人口が清潔な水を用いる - 75%人口がトイレを用いる - 麻疹予防接種カバー率が子どもの90% - 健康保険カバー率を80%とする 優先事業：①保健センターの適切な設置と改善、郡病院と県病院の改善、②僻地への医療スタッフの育成、新卒医師の県レベルへのインターンとしての配置、③健康保険の拡大、④モデル・ヘルシー・ビレッジの継続、⑤食品安全及び医薬品質担保の検査実施と違法行為対策、⑥保健情報システムの改善
保健セクター開発5か年計画 8 <sup>th</sup> HSDP (2016-2020年)	保健省	優先領域 (1)：「本開発計画と、2025年までの保健セクター・リフォームの2020年分までの優先領域」であり、具体的には以下の5領域：①保健人材強化、②ヘルス・ファイナンス強化、③ガバナンスとマネジメント、④保健医療施設の改善、ケアの質の改善、病院が専門性をもってサービス提供できるレベルになるための投資、⑤保健情報システムの現代化と強化、モニタリングと評価のフォームを使えるようになるための能力強化 優先領域 (2)：「アセアン経済共同体に関する10分野のプログラムやプロジェクト」であり、具体的には以下の10領域：①サービスと十分技能を持つ保健医療人材、②感染症対策、③食品安全、④消費者保護、⑤不法ドラッグ、⑥公衆の安全、⑦精神保健、⑧ヘルスプロモーション、⑨衛生と環境保健、⑩前進するメカニズム開発
2025年にむけての保健セクター・リフォーム：戦略とフレームワーク (2013-2025)	保健省	優先領域5分野 (①保健人材、②ヘルス・ファイナンス、③ガバナンスとマネジメント、④保健サービスデリバリーと病院管理、⑤保健情報システム) について、中期的な目的と成果がフェーズごとに記載されている。 フェーズ1 (2013-2015年) ゴール：保健MDG達成 フェーズ2 (2016-2020年) ゴール：「基礎的保健医療サービスへのアクセス改善」と「受療時費用負担軽減」 フェーズ3 (2021-2025年) ゴール：UHC達成

出典：著者作成

<sup>11</sup> Ministry of Health Lao PDR, *Health Sector Reform Strategy and Framework till 2025*, 2016

### 第3節 2025年UHC達成にむけて- ラオスの保健セクター・リフォーム

UHCとは、「すべての人々が基礎的保健サービスを負担可能な費用で受けられる」が定義であり、公平性配慮と受療時費用負担軽減（Financial protection）が特徴である。UHCは、日本においては、時に「国民皆保険」と理解されることがあるが、国際的には健康保険のみを指す用語ではない。UHCは以下の3つの側面を含む<sup>12</sup>。

- ① サービスカバー率の向上：どのサービスを優先的に拡大するか。治療のみならず、予防・健康促進・緩和ケア等も含む
- ② 人口カバー率の向上：遠隔地や貧困層、障害者や少数民族等、サービスを届けることが困難な人々に特別な配慮が必要
- ③ 費用負担軽減； どのような保健医療サービスを費用負担軽減の対象とするのか

UHC達成のためには、これら3つの側面を、各国の政治的・財政的状况に応じて考慮し、強固な保健システムを構築していくことが必要とされている。

ラオス保健セクターにおいては、上記2節の通り、「2025年までの保健セクター・リフォーム：戦略とフレームワーク」において、2025年のUHC達成が目標となっている。本戦略書類に記載された事項の実施に関連し、「保健セクター・リフォームに関する国家委員会」<sup>13</sup>が、首相令により2014年に定義されていたものの、これまで1度、委員会が開催されただけで、活発ではなかった。2016年4月に新保健大臣就任後、保健大臣は、「UHC達成にむけて、保健セクター・リフォームを進めていくこと」をイニシアチブとしている。2016年7月には、保健省内の会合で、上記国家委員会の「保健省内事務局」が、プラットフォームとなり、UHCに向かう手段として、保健セクター・リフォームや健康保険等について検討していくことが合意された。2016年10月に保健省が実施し、JICAとWHOが支援した「保健セクター・リフォームフェーズ2（2016–2020）実施ワークショップ：UHC達成にむけて」において、保健大臣は、これまで存在した技術作業部会（TWG：Technical Working Group）を保健セクター・リフォームの5つの優先分野に整合して再編すると発表。2017年1月の省令発行により、保健セクター・リフォームに関する事務局と、5つの技術作業部会（①保健人材、②ヘルス・ファイナンス、③ガバナンスとマネジメント、④保健サービスデリバリーと病院管理、⑤保健情報）の担当者が任命され、援助団体とも働く、とされている。2017年9月に、これまで存在した3つの保健省内事務局（セクターワーキンググループ、保健セクター・リフォーム、サムサン地方分権）の統合が決定されかつ、た、中央保健省のみならず、公的学術機関や地方保健行政機関を含み、セクター・リフォームの実施体制が省令により規定された。今後、具体的な活動（技術作業部会の定期的な開催や、所掌の明確化、さらに、戦略計画の作成調整等）が期待される。

### 第4節 ヘルス・ファイナンス

世界銀行によると、ヘルス・ファイナンスは、UHCを達成するにあたっての保健システムのインプットの一つであるとされる。以下、ラオスにおける現状を述べる。

#### 1. 総保健医療支出と自己負担割合：アセアン各国とラオスとの比較

WHOによると、図1のとおり、ラオスにおいては、一人当たりの総保健医療支出が33ドルと、アセアン諸国内ではミャンマーの次に低く、カンボジアの約半分、ベトナムの4分の1程度である。また、政府支出における一般政府保健支出割合は3.44%であり、アセアン諸国内では最低である。さらに、総保健医療支出に対する自己負担（アウトオブポケット、以後OOP）

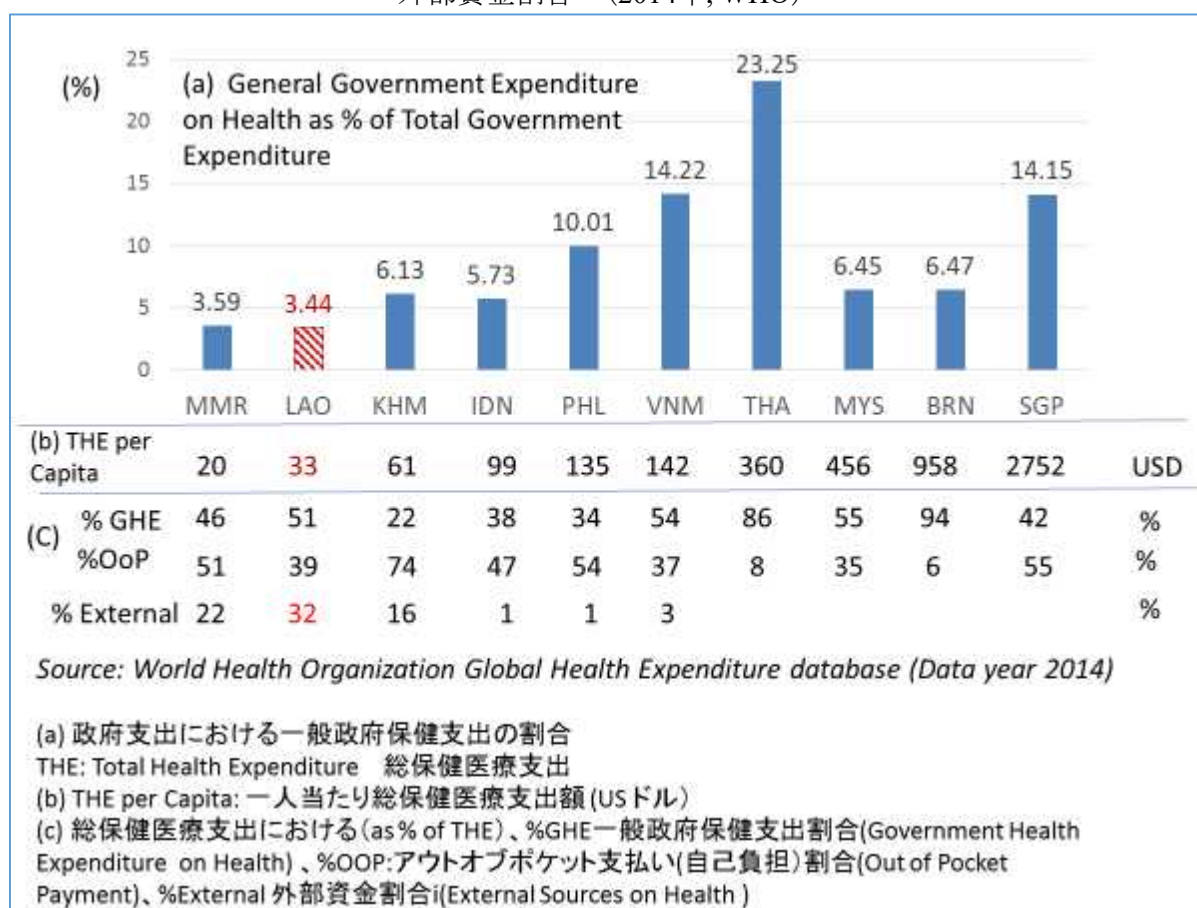
<sup>12</sup> WHO, “Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage,” *World Health Report 2010*

<sup>13</sup> Prime Minister Office, *Decree for National Commission Implement Health Sector Reform Strategy by 2020*, January 2014

割合は約4割と高い。そして、外部資金割合は約3割とアセアン諸国内で最も高い。

さらに、アセアン諸国では、「社会・健康保険カバレッジが対象人口の95%以上」を達成していない国<sup>14</sup>は、ラオスに加え、ミャンマー、カンボジア、インドネシア、フィリピン、ベトナムの計6カ国とされる。他方、タイ、マレーシア、ブルネイ、シンガポールでは、達成している、とされる。

図1. アセアン諸国の(a) 政府支出における一般政府保健支出割合(%)、(b) 一人当たり総保健医療支出額、(c) 総保健医療支出に対する一般政府保健支出割合、自己負担(OOP)割合、外部資金割合(2014年, WHO)



## 2. 保健への財源確保

世界銀行<sup>15</sup>によると、保健の財源として、一般政府歳入、OOP、社会・健康保険、外部資金等が挙げられている。一般的に、低所得国、中所得国、高所得国のそれぞれのグループの平均では、総保健医療支出の4-5割は一般政府歳入が財源となっており、2~4割がOOPである。また、低所得国群では、高所得国群に比較して、総保健医療支出におけるOOP割合と外部資金割合が高く、社会・健康保険割合は低い。他方、高所得国群では、低所得国群よりも、総保健医療支出における社会・健康保険割合が一般的には高くなる。とはいえ高所得国群であっても、社会・健康保険が総保健医療支出に占める割合は、約3割(平均値)に留まる。これらはいくまで所得別国群の平均値の比較であり、国別に見た場合、様々な財源の組み合わせが用いられている。

<sup>14</sup> Universal Health Coverage for 1/3 of the World's Population Lessons Learned from ASEAN Plus three countries, ASEAN Plus Three UHC Network (Accessed June 2016)

<sup>15</sup> Financing for Universal Health Coverage, Presentation by World Bank Group, Slides are provided by Ajoy Tandon and Somil Nagpal, October 2016.



### 3. 社会保障の財政余地 (Fiscal Space)

一般的に、途上国においても、社会保障の財政余地 (Fiscal Space) を作ることもできるとされている (例えば、公共支出再配分、税収増加、任意保険料徴収、援助団体へのロビー、不正な資金流出削減、財政金融政策活用、債務整理、景気刺激型マクロ経済政策等)<sup>16</sup>。ラオスにおいても、母子保健無料化スキームに、ナムトゥンⅡダムの売電収入が用いられる等 (財政金融政策活用の事例)、財政余地拡大に関する取組が行われている。

### 4. ヘルス・ファイナンス移行期 (Health Financing Transition)

ラオスにおいては、一人当たりGNI向上に伴い、いくつかの外部援助資金・基金等が減少する移行期(Health Financing Transition)に入っている。(世界銀行によると、ラオスの2000年と2016年の一人当たりGNIは、各々280ドル、2,050ドル。アトラス法) 例えば、GAVIワクチンアライアンスは、2017年から移行期として支援額を漸減し、2022年からはラオスは支援対象ではなくなる。2017年3月時点で、GAVIに関する移行期計画が策定され、政府予算を増やしていく方向性である。他にもグローバルファンド、ルクセンブルク開発協力庁による支援、UNFPAの避妊コモディに関して、資金拠出の移行期となっており、資金減額が予測されておりやはり各々の基金に関して資金以降計画が策定されつつある。ラオスでは、総保健医療支出における外部資金割合が32% (図1) と高いことから、ヘルス・ファイナンス移行期に、外部資金の減少に応じて、他の財源を確保する必要がある。他の財源が確保されない場合、総保健医療支出におけるOOP割合が増加する可能性もあると推察されている。

## 第5節 健康保険について：経緯、新健康保険制度、課題

前節の通り、国によってヘルス・ファイナンスの財源は、政府歳入、社会・健康保険、OOP、外部資金など、多様性がある。UHCを達成するために、社会・健康保険が必須というわけではなく、税制等を財源の主体としてUHCを達成している国もある。他方、ラオスにおいては、3節で述べたとおり、複数の政策書類に「健康保険カバー率向上 (2020年までに8割)」が含まれており、健康保険カバー率向上に、政治的注目が集まっている。

保健省は2017年12月に、『国家健康保険戦略2017-2020』<sup>17</sup>を発行し、2018年は国家健康保険法の国民議会承認を目指し、本法律案の策定を行っているところである。

#### 1. これまでの社会・医療保障の経年変化と経緯

保健省資料によると、2008年時点で、何らかの社会・医療保障制度に加入していたのは全人口の5%であった。特に、いわゆるフォーマル・セクターにおいて、公務員及び民間を対象とした社会保障制度が整備され加入を伸ばしてきた。その後、援助団体の支援などによる貧困者対象の貧困者基金への加入も進んだ。何らかの社会・医療保障制度への加入率は、2010年には全人口の13%、2015年には全人口の約3割と拡大した。ただし、インフォーマル・セクターの非貧困者 (国民の約半分) を対象とする地域医療保険制度 (CBHI) は、保険料の事前支払いが任意とされていることから、加入は進まなかった。CBHIは2002年から開始されたが、加入率は2015年時点で対象の5%と低く留まった。途上国に典型的な、「フォーマル・セクターや所得の高い層及び貧困者には社会・医療保障があるが、インフォーマル・セクターの非貧困者には社会・医療保障が乏しい」状況であった。現時点の、社会・医療保障制度について、表3にまとめた。なお、これらの社会・医療保障スキームとは別に、公的医療施設における母子保健サービスに対する無料化制度が存在する。

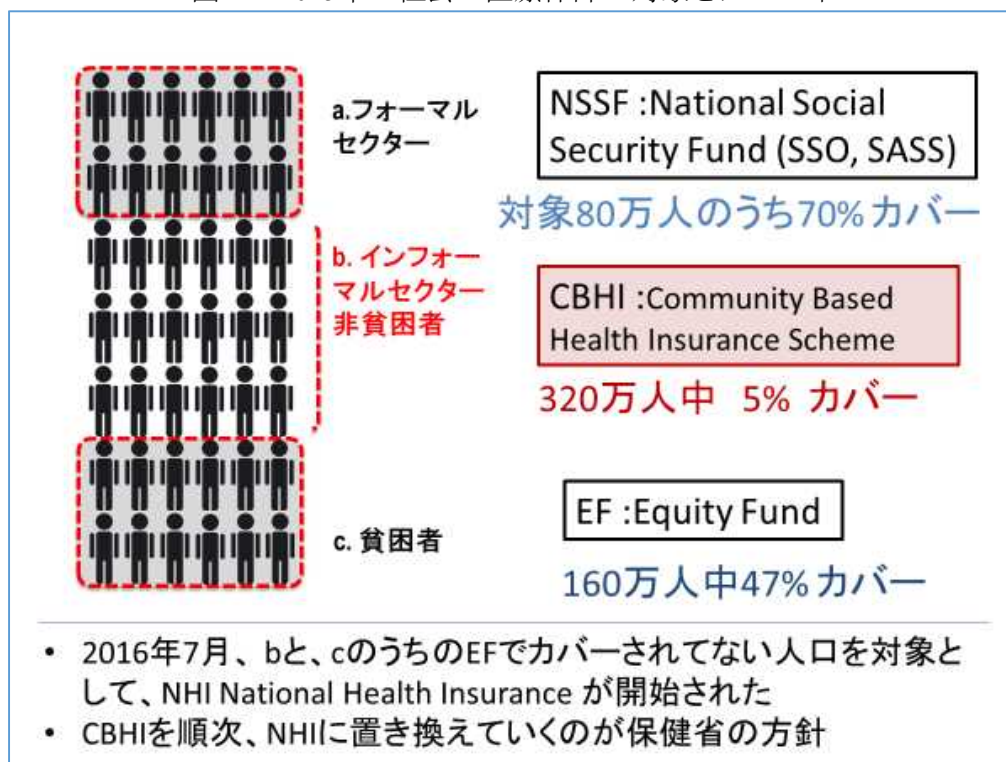
<sup>16</sup> ILO, *Fiscal Space for Social Protection Options to Expand Social Investments in 187 Countries*, 2015

<sup>17</sup> Ministry of Health Lao PDR, *National Health Insurance Strategy 2017-2020*,

## 2. あらたな健康保険制度について<sup>18</sup>

上記の通り、インフォーマル・セクターの非貧困者に医療保障制度が進まなかった過去の経緯より、政府は、新たな健康保険制度（保険料の任意事前支払いがない制度。以後NHIと略）を、2016年から「インフォーマル・セクターの非貧困者」及び「貧困者基金の対象となっていない（もしくは対象ではあっても貧困者認定等による加入をしていない）貧困者」に対して導入することを決定した（図2）。保健省国家健康保険局が運営し、2016年7月より1県で開始され、急速に導入を拡大した（2017年12月時点、首都以外全県で導入講習済）。NHIは、タイのいわゆる「30パーツ制」に類似の制度とされ、税金による政府資金から、対象者1名あたり年3万kip（約3.7ドル）が県・郡健康保険局に支払われる。公的医療施設は診療に応じて請求を県・郡保険局に行う。県・郡健康保険局は、この請求に応じて、外来診療については人頭払、入院診療については、6段階の出来高払で支払う。公的医療施設では、患者からは一定の比較的安価な窓口負担を徴収するが、これは診療費徴収することが目的なのではなく、過剰な医療施設利用の予防が目的である。（外来診療の窓口負担額は、保健センターで5千kip、郡病院1万kip、県病院で1.5万kip、中央病院で2万kip。入院診療の窓口負担額は、保健センターで5千kip、県、郡、中央病院ではともに3万kipである。いずれも一回の外来受診、入院診療あたりの負担額である。）なお、貧困者は、「原則としてサービス受療時の窓口負担が免除される」と国家健康保険ガイドラインには記載はある。しかしながら、これに関する具体的な財源や病院への補填等は不明であり、貧困者ファンドの運用がない地域においては、実態としては医療施設に判断が任せられている。

図2. 2015年の社会・医療保障の対象とカバー率



出典：保健省国家健康保険局によるスライド（一部改変）2016年

## 3. NHI拡大のための現時点の計画

2016年12月時点では、5県、2017年末時点では、首都を除く全県において、NHI導入研修が完了し、急速に制度拡大を目指している。他方、実態としては、各県により、県・郡健康保

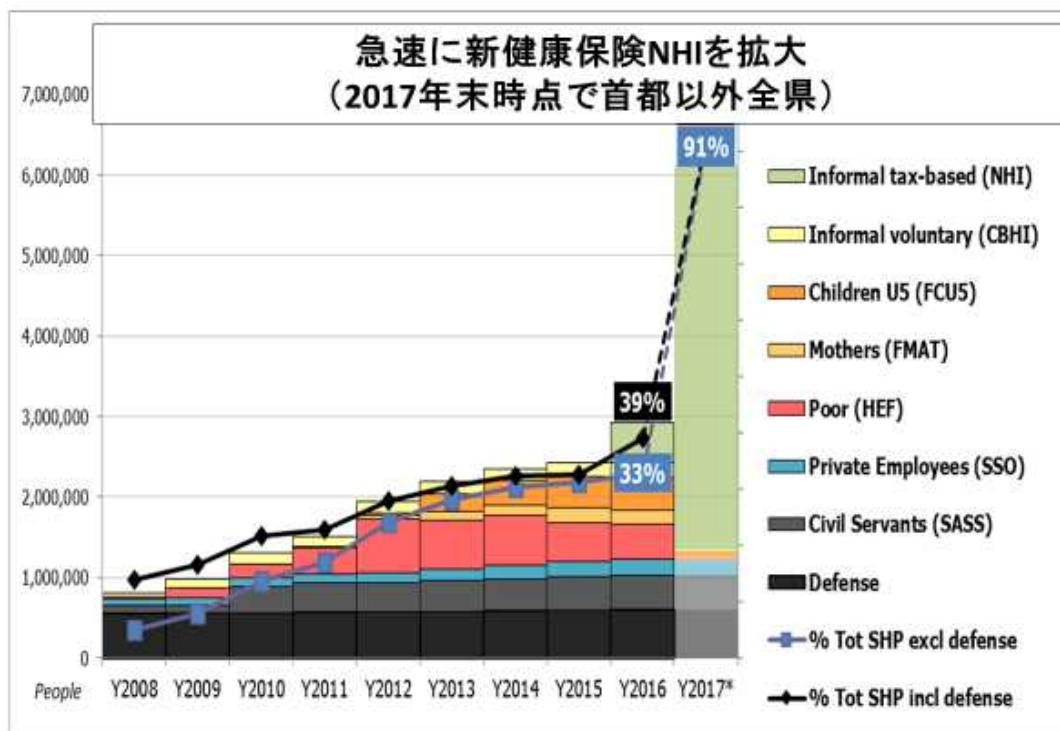
<sup>18</sup> National Health Insurance Bureau, Ministry of Health, *National Health Insurance Fund Implementation Guideline*, , Lao PDR, 2016



険局のキャパシティに差があり、医療施設でのNH運用状況は異なっている。2017年には、年間22百万米ドルの政府からの拠出が決定された、との現地新聞報道があった。保健省国家健康保険局へのヒアリングによると、実際には、この4分の3程度が国家健康保険局に支払われ、NHIに用いられたとの情報があるが、本件について明確に記載をした書類を見つけることはできなかった。他方、少なからぬ額の政府資金が、健康保険向けに用いられだしているともいえる。

2015年時点で、全人口の3割が、何らかの医療保険制度に加入していると推定された。この新たなNHIスキームにより、県・郡保健局に対して、「フォーマル・セクター用社会・医療保障者加入者」を除く人口数に対し、1人あたり年3万kipの政府資金が支払われる。それをもって、「2016年12月には、社会保障・医療保障制度の人口カバー率は約4割となり、2017年末には、首都以外に導入したことから、同カバー率は、9割になった（2017年末のNHIのみの人口カバー率は約7割であった）」と、保健省は推定している（図3）<sup>19</sup>。各種政策書類において、「2020年には人口の8割が何かしらの社会保障・健康保険の対象となること」が目標であることから、“健康保険カバー率に関する政府の2020年目標を2017年末で達成した“、ということとなる。ただし、公的保健医療施設においてどの程度運用されているかについて実態は不明である。さらに、なんといっても、保健医療サービスの提供能力が乏しいことから、「NHIによる健康保険カバー率」は拡大しても、医療サービスへのアクセスは拡大しない可能性、公平な医療サービスアクセス改善に好影響を及ぼさない可能性もある。他にも、NHIの運用についての混乱についても、明確ではないものの、NGOsなどからの指摘がなされているところである。ついでには、2018年前半には、NHIに関する包括的なアセスメントの実施が、保健省と援助団体とで計画されている。

図3. 健康保険カバー率の年次推移

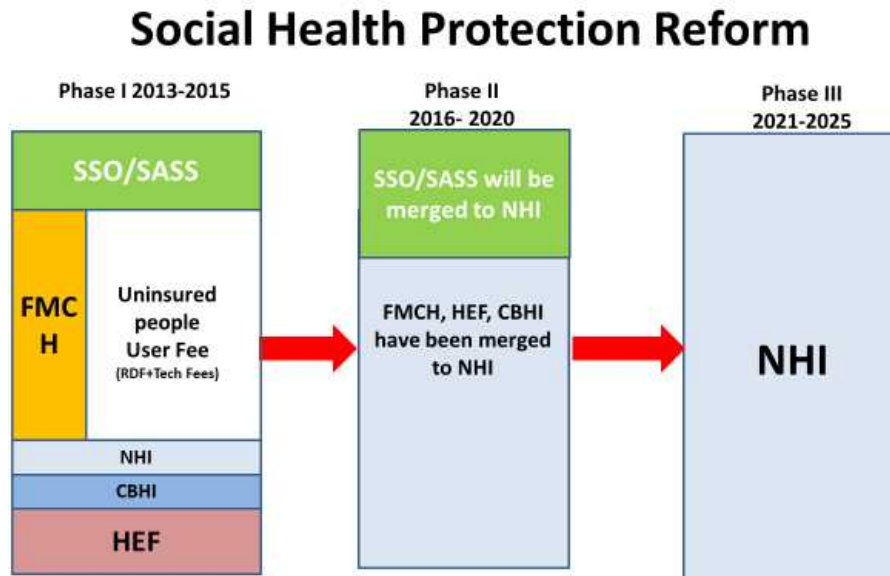


出典：ラオス保健省国家健康保険局、National Health Strategy 2017-2020（2017年12発行）

<sup>19</sup> Key features of SHP in Lao PDR Year 2016, National Health Insurance Bureau, Ministry of Health, Lao PDR, 2017

2017年末に発行された、国家健康保険戦略2017-2020によると、この期間の資金ギャップは、17 Million USDであると推定されており、健康保険の着実な実施・運用と持続性について懸念がある。さらに、複数の健康保障スキームを統合していく政策は急速に決定されており(図4)、国家健康保険スキームと母子保健サービス無料スキームの統合に係る省令が、2017年9月に発行はされた。統合にむけての具体的な活動(統合版の実施ガイドライン策定等)は、今後実施される予定とされているところである。

図4. 多様な健康保険スキームの統合に係る保健省方針(2018年2月時点案)



出典： 保健省国家健康保険局によるスライド 2018年2月時点

略語： SASS: State Authority of Social Security 公務員社会保障制度 SSO : Social Security Organization 民間社会保障制度 FMCH : Free MCH 母子保健無料化スキーム、NHI : National Health Insurance 国家健康保険、 CBHI : Community-based Health Insurance 地域医療保健制度、 HEF: Health Equity Fund 貧困者健康基金

#### 4. ラオスの健康保険に関する課題

タイの「International Health Policy Program」(IHPP)による、ラオス保健省国家健康保険局の視察と聞き取りに基づく報告書が2016年に発表された。同報告書<sup>20</sup>では、以下の9項目が指摘されている。以下に引用する。

- ① 公的医療施設、特に保健センターや郡病院においては保健医療サービスが十分に提供されていない(2014年のSARA調査<sup>21</sup>によると、調査対象の保健センターと郡病院のうち、基礎的医療サービスを提供できる状態にあるのは6割程度のみ)。保健省国家健康保険局は、保健医療サービスの購入者(Purchaser)に相当するが、そもそも保健医療サービスがない場合、購入ができず意義が乏しい。基礎的保健医療サービスが、住民に近い保健センターや郡病院で幅広く提供されるようになることが、健康保険導入の大前提である。

<sup>20</sup> *Achieving Universal Health Coverage in Lao PDR: Strategic Direction*, The International Health Policy Program, Thailand, Sep 2016

<sup>21</sup> WHO, *Service Availability and Readiness Assessment Survey*, 2014

表3 ラオスにおける社会保障・医療保障制度

社会保障と健康保険	年金及び他の所得保障＋医療保障		医療保障		
	①公務員社会保障制度	②民間社会保障制度	③地域医療保険制度	④健康保険*	⑤貧困者健康基金
	State Authority of Social Security (SASS)	Social Security Organization (SSO)	Community-based Health Insurance (CBHI)	National Health Insurance (NHI)	Health Equity Fund (HEF)
制度創設年	1993年開始、2006年改定	2001年開始	2002年開始、2016年から政府助成開始（今後④におきかえ）	2016年7月より1県で開始（2017年末に首都以外 全県で導入研修済）	2004年開始
監督省庁	労働社会福祉省	労働社会福祉省	保健省	保健省	保健省
対象者	公務員と家族	公務員以外のフォーマルセクター従事者（被用者）と家族	インフォーマルセクターの非貧困者 世帯ごとの加入	インフォーマルセクターの非貧困者＋貧困者健康基金に加入していない貧困者	貧困線以下と認定された世帯
加入の形態	強制加入	強制加入（一部任意加入）	任意加入	（加入登録なし）	事前の貧困者認定
対象人口	約40万人	約40万人	約320万人	③の対象とほぼ同じ（一部⑤の対象者）	約160万人
現在の加入率	97%	44%	5%	首都以外全県拡大	47%
	2015年時点で、全国民のうち約36%が加入と推定された。2016年末には、④の拡大に伴い、“全国民の4割が何かしらの医療保障によりカバーされていた”と推定（③を④におきかえ、また、⑤の対象ながらHEF利用ができない対象者にも④を用い、④の拡大によりカバー率を増加が保健省方針。）2017年末には、全国民の9割が何かしらの医療保障によりカバー済（全国民の7割がNHIによりカバー済）というのが保健省の見解				
資金源	公務員と政府	民間企業雇用者と民間企業社員	対象世帯（2016年から政府が5割負担）	政府資金（税収）	援助団体資金と一部政府資金
給付	傷病手当、妊娠手当、業務上災害手当、葬祭料、退職年金、遺族年金	医療・出産給付に、葬祭料、妊娠手当、労災、障害手当、退職年金、遺族年金	医療費	医療費	医療費、食事および交通費用
保険料	本人給与の8%、雇用者負担8.5%	賃金の4.5パーセントを被保険者、5.0パーセントを事業主が負担	世帯人数、都市部農村部等により異なる	政府資金のみ（自己負担額は、公的保健医療サービス受療時の少額窓口負担）	自己負担額はない

注：①と②は社会保障制度 NSSF (National Social Security Fund) に統合されることになっているが、現状では未統合

表作成 JICA (2018年2月)

注：③の対象者に対して徐々に④を導入し、置き換えていき、2017年末までに首都以外の全県で導入研修済

注：①-⑤のほかに、母子保健無料化制度Free MCHスキームを実施（加入者登録はない、財源はナムトゥン2ダム売電収入）健康保険ではない。NHIとFree MCHは統合される予定

\* ④年間対象1名あたり3万Kipが県・郡健康保険局に支払われる。医療施設からの請求に基づき、外来診療は、人頭払、入院診療は、6段階の出来高払で健康保険局より公的医療施設に支払われる

出典：ラオス保健省国際会議発表資料（2016年6月）、ラオス保健省健康保険局健康保険実施ガイドライン（2016年5月）、独立行政法人 国際協力機構 アジア地域 社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書各国編（2012年） 明治大学国際総合研究所 新興国マクロヘルスデータ、規制・制度に関する調査 ラオス（2014年）等

- ② フォーマル・セクター対象の社会保障（表3の①②）では、年間1名あたり、平均10万kipを医療施設に支払っている。これと比較すると、NHIの年間対象1名当たり3万kipの補填は低く、再検討が必要である。この3万kipという補填額は、保健医療サービスが乏しい僻地で実施されたパイロット事業から算出されたものである。そのため、他地域に当てはめた場合に齟齬が出る可能性が高い（例えば、公的医療施設利用回数が多い地域では、1人あたり必要な年間補填額も大きくなると推定される）。
- ③ 医療施設の利用率やサービス単価の変化を勘案した、複数のシナリオに基づく予測が必要である。
- ④ インフォーマル・セクターの非貧困者を対象とした本NHIスキームは政府予算が財源となっていることから、政府予算が適切かつ適時に国家健康保険局に支払われる必要がある。
- ⑤ 保健医療施設が提供しているサービスに係る費用について、健康保険からの診療報酬の補填が不十分な場合には、結果的に（公式もしくは非公式に）費用を患者に請求することとなり、については、OOP額が十分に低下しない可能性がある。
- ⑥ 公的医療施設利用者の窓口負担額の検討が必要である。政府からのNHI向けの財源が十分ではなく、かつ十分に財源が確保されるか予測可能性も低い現在、窓口負担額をもう少し高く設定するオプションもありうる。または、健康保険の対象を入院や手術等のやや高額な医療サービス支払いに対する補填に特化し、「経済的な惨状に陥る医療支出や、医療費による貧困化の予防に特化する」、というオプションも考えうる。
- ⑦ 複数の社会保障制度、健康保険制度の統合の検討が必要である。現状では、複数のスキームが存在することにより、各々のマネジメントが必要で非効率である。
- ⑧ 各種、社会保障制度、健康保険制度を規定している政策書類が整合しておらず、かつ複数の実施ガイドラインが存在し、実施に混乱が見られる。今後、政策書類や実施ガイドラインの改善や統合、整理が必要である。
- ⑨ 現在は、保健省内に国家健康保険局が存在するが、「保健医療サービスを提供する保健省」と、「提供されたサービスを購入する健康保険局」は、今後は独立した存在となっていくことが望ましい。これにより、説明責任も明確となる。なぜならば、保健医療サービスを提供する保健省は、UHC達成にむけて、「保健システム強化により、質の高い医療サービスに対するアクセスを高めていくこと」が求められており、保健サービス提供者として、国民とサービス受療者に対し説明責任がある。他方、国家健康保険局は、「国民に対する適切な費用負担軽減策を担保することにより、異なる対象者に対して公平な医療サービスへのアクセスを保障すること」が求められており、保健医療サービスの購入者として、健康保険対象者と納税者に対して説明責任がある。（引用終わり）

## 5. 国家健康保険局が課題を解決するために必要なキャパシティ

同報告書によると、上記の課題を今後解決していくために、国家健康保険局の多様なキャパシティ向上が求められる、としている。具体的には、①政策立案能力、②保険による医療サービスの購入を適切かつ戦略的に行っていくための分析能力、③説明責任を担保するための能力（健康保険に関する医療施設の監査、医療施設による適切な保険請求の担保、政府による国家健康保険局の監査等）、④公平な医療サービスアクセスを健康保険が担保しているかについてのモニタリング評価能力等のキャパシティが必要である。

## 第6節 プライベート・セクターに関して

### 1. 法的・省令・保健政策書類における位置づけ

2005年のヘルスケア法<sup>22</sup>において、ラオスの保健医療システムは、公的（Public）とプラ

<sup>22</sup> *The Law on Health Care; 2005 (No. 09/NA/2005) (Official English Translation)*



イベート (Private) の2つから構成されると位置づけられた。2014年の改正ヘルスケア法<sup>23</sup>において、これら2つ以外に、公的とプライベート合弁 (Joint public-private) の保健医療システムが追加された。1991年の保健省によるプライベート・クリニックに関する規則<sup>24</sup>、本規則を実施するガイドライン<sup>25</sup>により、「病床をもたないプライベート・クリニック」に関する要件が規定された。2014年の「プライベート病院に関する首相令」<sup>26</sup>により、病床のあるプライベート病院の要件が規定されている。「第8次保健セクター開発5カ年計画」によると、保健セクター・リフォームとして、パブリック・プライベート・パートナーシップ (PPP) の推進が、目標の一つとなっている。また、「2025年にむけての保健セクター・リフォーム戦略とフレームワーク」においても、「サービスデリバリーの拡大と患者満足度向上のために、プライベート・セクターからの投資は推奨されるべきであり、そのためにもプライベート・セクター向けの環境整備をすべき」、「PPPや公的病院のオートノミー化についても考慮すべき」とされている。

## 2. プライベート医療施設について

保健省治療局が、プライベート医療施設の登録・承認を行っている<sup>27</sup>。保健省治療局資料 (2016年6月) によると、保健省に登録されているプライベート医療施設は、プライベート病院として17施設であり、プライベート・クリニックとして1,050施設である。(病床がある施設が病院、病床のない施設がクリニックとして、登録されていると推察されるが、明確に区別されているかどうかについては判断が困難である。本節においては、病院とクリニックをあわせて医療施設と呼ぶこととする)。17プライベート病院のうち、11施設は首都ヴィエンチャンにあり、ラオス資本のほか、中国、ベトナム、タイなどによる外国資本、外資とラオス資本との合弁の形態もある。プライベート病院における病床数の公式統計はない。

WHOの2014年の保健システムレビュー<sup>28</sup>を引用する。①2010年時点で、登録されたプライベート・クリニックは222施設であったが、本登録数は小なすぎるものと推測、②2000年以降、プライベート・クリニック登録数は、首都と県都で増加、③プライベート・クリニックの多くは、公的医療施設で勤務する医療従事者が公的医療施設勤務時間帯以外に、サービスを提供する形態 (いわゆるDual Practice) と推察、④一般的に、プライベート医療施設に対する規制、許認可、認定は、厳格に実施されているわけではない。

現在、医療施設を対象とした保健情報システムは、公的医療施設のみを対象としていることから、プライベート医療施設による保健医療サービス提供量についての公的統計は存在しない。また、タイやベトナム等、国外での医療サービスを受療者は少なくないことは知られている。しかし、国外での保健医療サービスに関する統計が存在しないことから、その規模は不明である。今後は、プライベート医療施設で提供されている保健医療サービス量を把握することが課題となってくる。なお2016年時点で、上記5節に記載した健康保険制度すべてが公的医療施設のみを対象としていることから、プライベート医療施設における受診は、自費診療である。

<sup>23</sup> *The Law on Health Care (Amended); 2015.*(No. 58/NA/2014) (Unofficial English translation)

<sup>24</sup> *Guidelines On the Implementation of the Regulation of Private Clinics of the Ministry of Health* (No1122/MoH/1991) (Unofficial English translation)

<sup>25</sup> *Regulation of the Ministry of Health On Private Clinics* (No. 575/MoH) (Unofficial English translation)

<sup>26</sup> *Agreement on the Decree on Private Hospitals;2014* (No.151/Gov/2014)

<sup>27</sup> 『平成26年度新興国マクロヘルスデータ、規制・制度に関する調査 (ラオス)』明治大学国際総合研究所 ドゥリサーチ研究所 経済産業省平成26年度医療機器・サービス国際化推進事業

<sup>28</sup> WHO, “The Lao People’s Democratic Republic health system review,” *Health Systems in Transition*, Vol 4 No.1 2014, 2014.



### 3. 現時点での保健省の希望

サービスの量と質の双方を改善したいラオス保健省にとり、プライベート医療施設やPPP等、プライベート・セクターの活用への関心はある。ラオス保健省治療局資料（2016年6月）によると、以下のような取り組みを行う予定であるとのこと。しかしながら、具体的な計画策定や実施は、今後の課題である。①プライベート・セクターの活用のための、ヘルスケア法の改定、プライベート医療施設に関する規制の改定、②PPPを推進するための省令等の策定、③保健分野関連の投資に対する魅力的なインセンティブ確保（医療機器や医療製品に関する税の免除等、外国人医療専門家による期限付き免許による診療提供許可）、④製薬業界を含む関連分野への投資推奨等。

## 第7節 まとめ 2025年ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成に向けて

基礎的サービスの公平な担保：

上記1節で述べた通り、ラオスの保健セクターでは、社会経済状況(居住地、民族、教育状況)による保健医療サービスへのアクセス状況に著しく差があり、公平性が課題である。より公平に保健医療サービスへのアクセスを向上させるために、上記3、4および5節で述べた通り、保健医療サービス提供を強化することは必須であり、かつ受療時費用負担軽減とヘルス・ファイナンスを強化する必要がある。そもそも、総保健医療支出（上記4節）がアセアン諸国に比べて著しく低いことから、現実的には、2025年のUHC達成とは、まずは基礎的保健サービスへのアクセスを公平に担保することである。同時に上記1節のように、従来の母子保健、感染症対策のみならず、非感染性疾患等の新たな健康課題への対応も実施していく必要がある。

「基礎的サービスへのアクセス改善」と、「受療時費用負担軽減」は、保健セクター・リフォーム・フレームワークのフェーズ2の2020年までの目標としては適切であり、上記2節の通り、2020年までの保健セクターに関連する各種政策書類の目標は整合している。現在保健省は、上記3節の通り、保健セクター・リフォーム戦略とフレームワーク書類に規定されているセクター・リフォームを進めることをUHC達成に向かうための戦略としており、2020年の目標、2025年の目標にむけて着実な実施とそのモニタリングが期待される。

健康保険カバー率向上だけでは、受療時費用負担軽減とはいえず、UHC達成ともいえない：

健康保険カバー率の達成のみの議論にならずに、もともとのUHCの定義である、「すべての人々が基礎的保健サービスを負担可能な費用で受けられる」を念頭におき、公平性と受療時費用負担軽減が担保されるかについて、今後アセスメントやモニタリングの実施が肝要である。

上記5節で述べたとおり、2020年には健康保険カバー率8割達成というターゲットが各政策書類に含まれた現在、保健セクター内外において、健康保険への政治的関心が高い。他方、NHIが急速に拡大したとしても、国際的な定義では“健康保険カバー率だけをもってしてUHC達成”とは、言えない。上記3節の通り、UHCの原則に立ち返り、健康保険カバー率のみならず、多様な保健医療のサービスの拡大と、その人口カバー率の双方を上げていく必要がある。さらに5節の通り、新たな健康保険NHIの導入・拡大にも、多様な課題がある。現在の制度上、NHIを拡大したとしても受療時の費用負担が軽減するかについては不確実であり、また財源の持続性にも懸念がある。健康保険計画・実施・モニタリングと、さらに健康保険の制度の適切な改善に向けて、多様なキャパシティの強化が必要である。

また上記4節のように、ヘルス・ファイナンス移行期に入り、保健セクターにおける外部資金が減っていく状況であり、今後、代替の資金を担保する必要がある。

他国において、公的保健医療施設向けの健康保険カバー率を上げたとしても、もともと公的保健医療セクターへの信頼感が乏しく、プライベート医療施設や外国の保健医療サー

ビスを利用するなどし、OOPが減らない事例があること、また外部資金が減少する時期には、代替資金をみつけられなければ、OOPが増加する可能性があることを強調したい。6節のとおり、プライベート・セクターに対する環境整備と、プライベート・セクターによる保健医療サービス提供量の把握も今後の課題である。

今後、実際にNHI拡大により、公的医療施設受診時の費用負担を軽減するか、さらに総保険医療支出におけるOOP割合が減るのかについてのモニタリングは必須かつ重要である。

おわりに

ラオスにおいては、保健関連のMDGs目標の多くが達成された。それは、保健セクター内外のコミットメントと努力のみならず、1990年の保健指標やその推定値が相当悪かった背景や、上記1節の通り、保健セクター外の社会経済状況等の好影響などが関連している。MDGsの保健関連目標を達成したことが、政治的・技術的に今後の「成功の罨」にならないよう、将来に向けて保健セクター・リフォームを進め、サービス提供体制をさらに強化し、保健医療サービスの種類を徐々に拡大するとともに、それらに対するアクセスの公平性を担保していく必要がある。今後、外部援助資金の減少が想定され、また保健医療サービス受療者の費用負担軽減のために政府が健康保険の拡大を推進している現在、保健セクターではヘルス・ファイナンスと健康保険に関するキャパシティの強化の必要性がこれまで以上に高まっている。

UHC達成は、時に長い旅行（Journey）に喩えられるが、ラオスにおいては第3節の3つのUHCの軸（サービスのカバー、人口のカバー、そして費用負担軽減）の達成に向けて、相当長い道のりを要することが推察される。