

平成30年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業 (国際展開体制整備支援事業) 新興国の医療・保健状況のステージ整理 報告書

2019年3月

株式会社野村総合研究所
コンサルティング事業本部
グローバル製造業コンサルティング部
社会システムコンサルティング部

背景と目的

背景

- 各国の医療・保健状況については、それぞれの地域特性や歴史的経緯等により、基本的には国ごとに固有の事情や課題が存在している。
- ただし、経済成長が進むにつれて、ほとんどの国で平均寿命が伸び、主要課題が感染症対策から非感染症対策に移り変わっていくなど、一定の共通的な推移が観察されると考えられる。
- したがって、経済発展段階ごとに医療・保健状況や政策的課題が大まかに分類できる可能性がある。

目的

- 以上を踏まえ、各国の経済発展状況と、医療・保健に関する各種指標をプロットすることで、医療・保健状況に関する推移(ステージ)がどのように整理されるか検討した。
- このステージ表については現時点での仮説になるが、ある国のステージがどこに該当しどのような課題が見られるか、また今後はどのようになっていくかを検討する際に参考になりうると思われる。
- また、このステージ表に基づき、タイとマレーシアを対象として、保健予算や政策の推移等をケーススタディした。

目次

新興国の医療・保健状況のステージ整理

タイに関するケーススタディ

マレーシアに関するケーススタディ

まとめ

新興国の医療・保健状況のステージ整理

調査対象国

■ 経済産業省の戦略対象国を中心に、中東・アフリカの国を比較対象として含めた合計28ヶ国・地域を調査対象とした^{注)}。

10

ASEAN

- ✓ ミャンマー
- ✓ インドネシア
- ✓ シンガポール
- ✓ マレーシア
- ✓ ベトナム
- ✓ ラオス
- ✓ ブルネイ
- ✓ カンボジア
- ✓ タイ
- ✓ フィリピン

5

BRICS

- ✓ ブラジル
- ✓ ロシア
- ✓ インド
- ✓ 中国
- ✓ 南アフリカ

3

アジア
(ASEAN
以外)

- ✓ バングラデシュ
- ✓ 香港
- ✓ 台湾

欧米

(対象外)

1

中南米

- ✓ メキシコ
- ✓ ブラジル(再掲)

4

中東・
北アフリカ

- ✓ サウジアラビア
- ✓ トルコ
- ✓ エジプト
- ✓ モロッコ

5

サブサハラ・
アフリカ

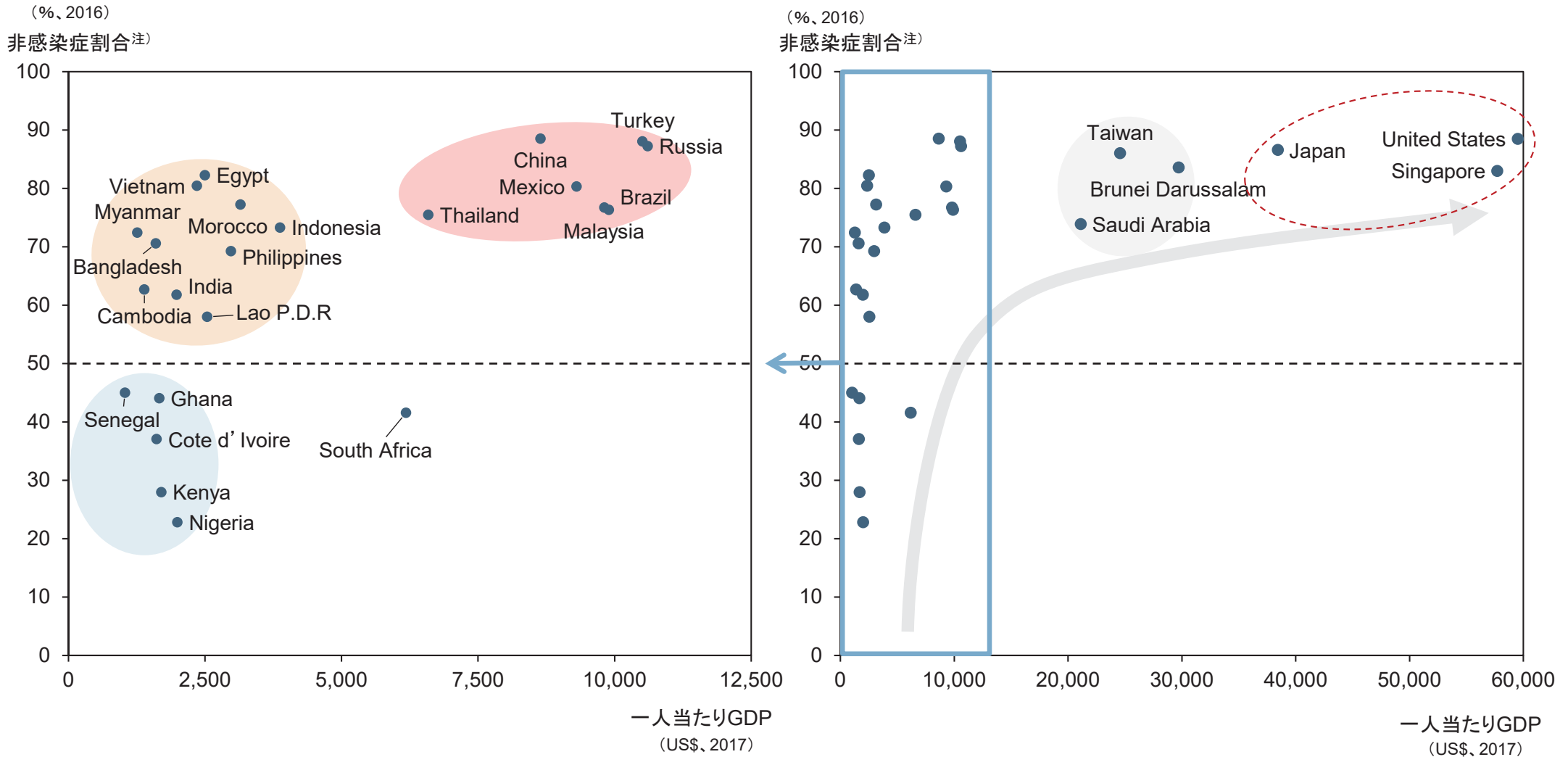
- ✓ 南アフリカ(再掲)
- ✓ ケニア
- ✓ セネガル
- ✓ ガーナ
- ✓ コートジボワール
- ✓ ナイジェリア

注) ASEAN以外の国については、取得可能な一部のデータを分析対象とした。
また上記の他、比較対象として日本、米国のデータを一部含めている。

新興国の医療・保健状況のステージ整理

非感染症割合×一人当たりGDP

■ 経済発展に伴い、死亡要因に占める非感染症の割合が急速に高まる傾向にある。また、概ね5つのグループに分けることができると考えられる。

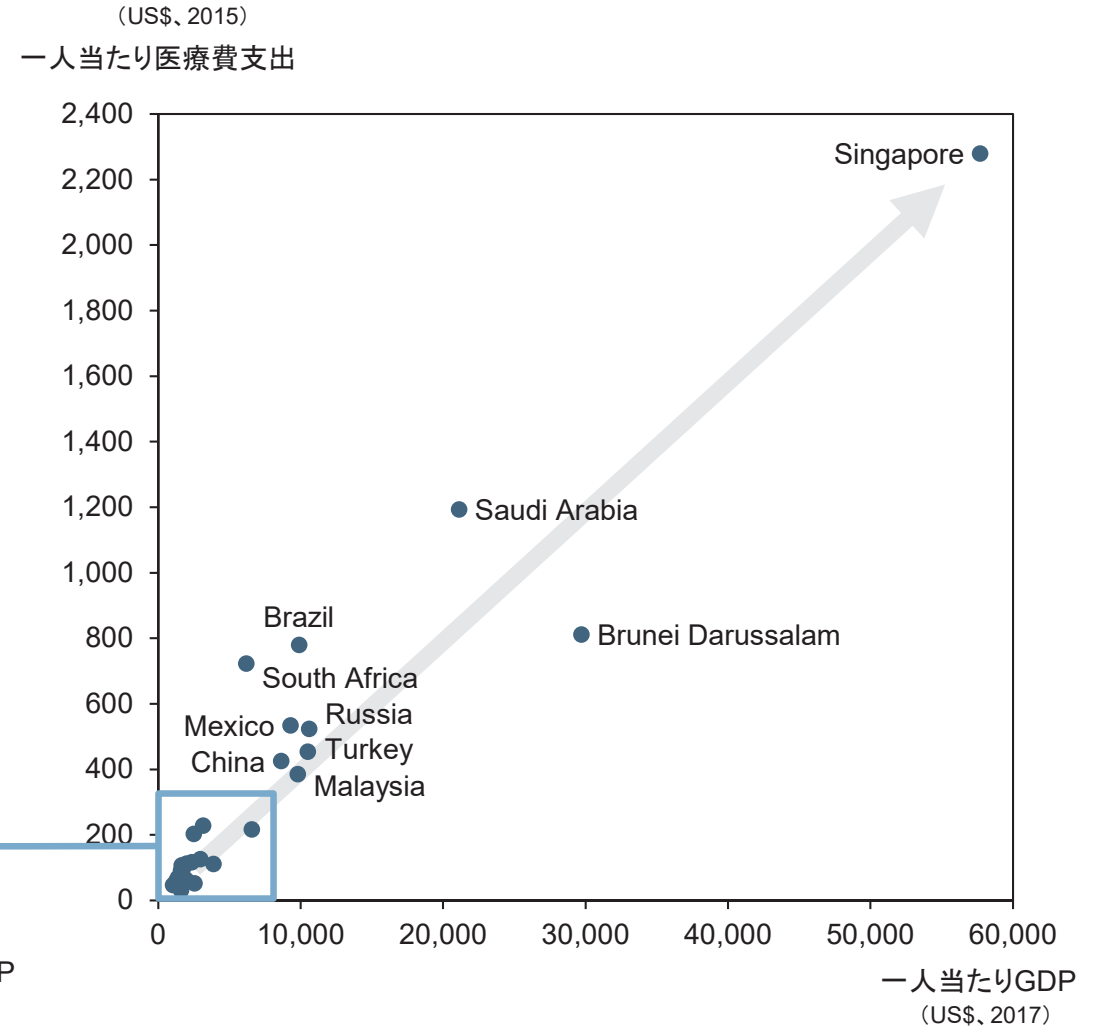
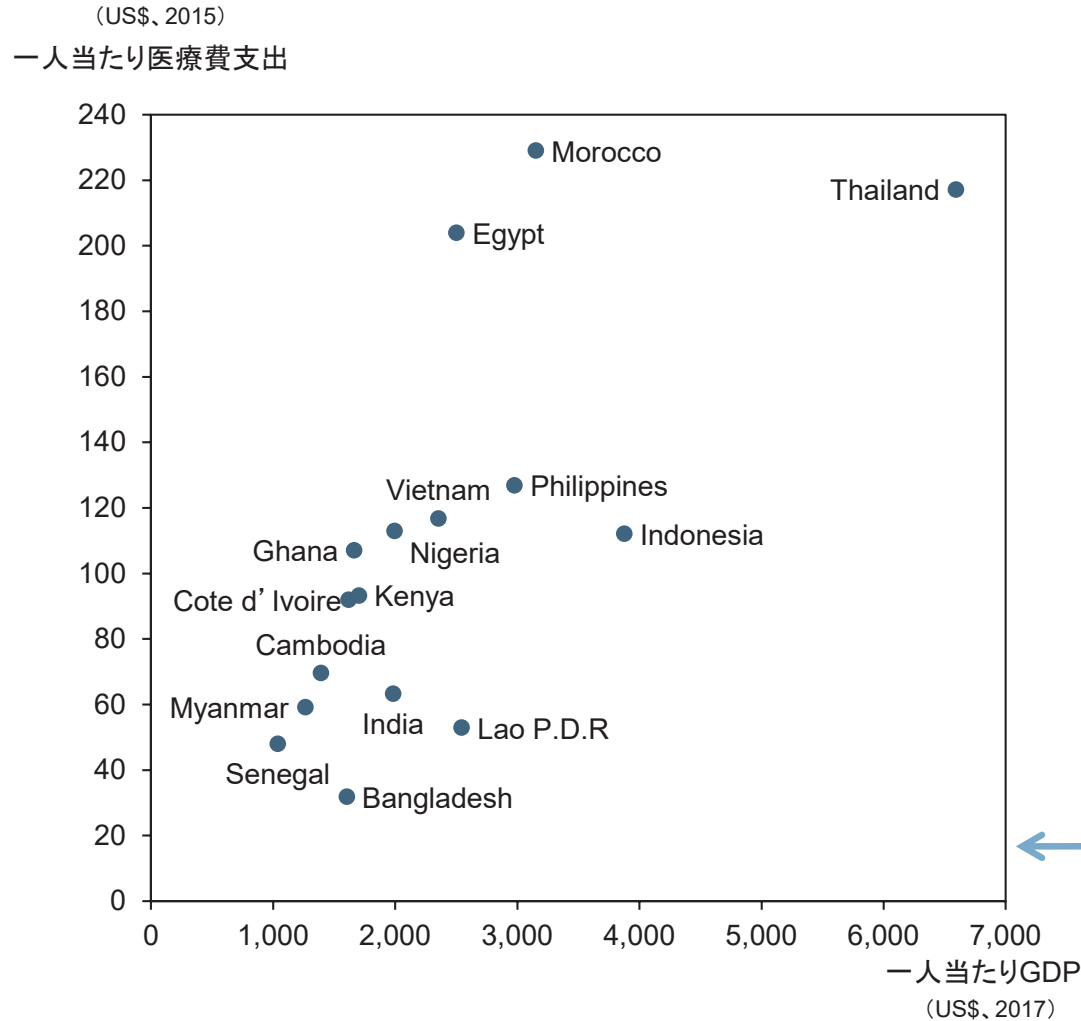


注)「非感染症割合」とは、死亡要因に占める非感染症の割合を示す。一人当たりGDPは名目値(以下、明示しない限り同様)
出所) IMF「World Economic Outlook Database」、Institute for Health Metrics and Evaluation「GBD Results」

新興国の医療・保健状況のステージ整理

一人当たり医療費支出×一人当たりGDP

- 経済発展に伴い、一人当たり医療費支出も高まる傾向にある。



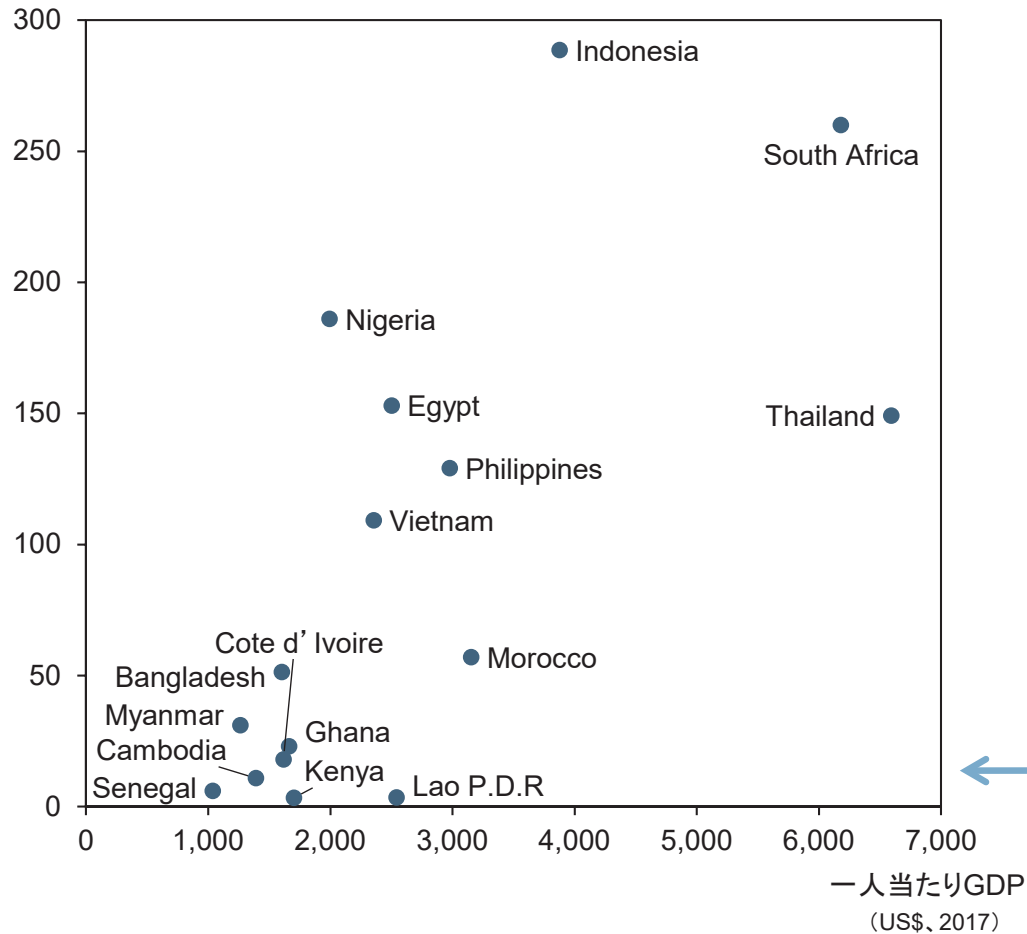
出所) IMF「World Economic Outlook Database」、WHO「Global Health Expenditure Database」

新興国の医療・保健状況のステージ整理

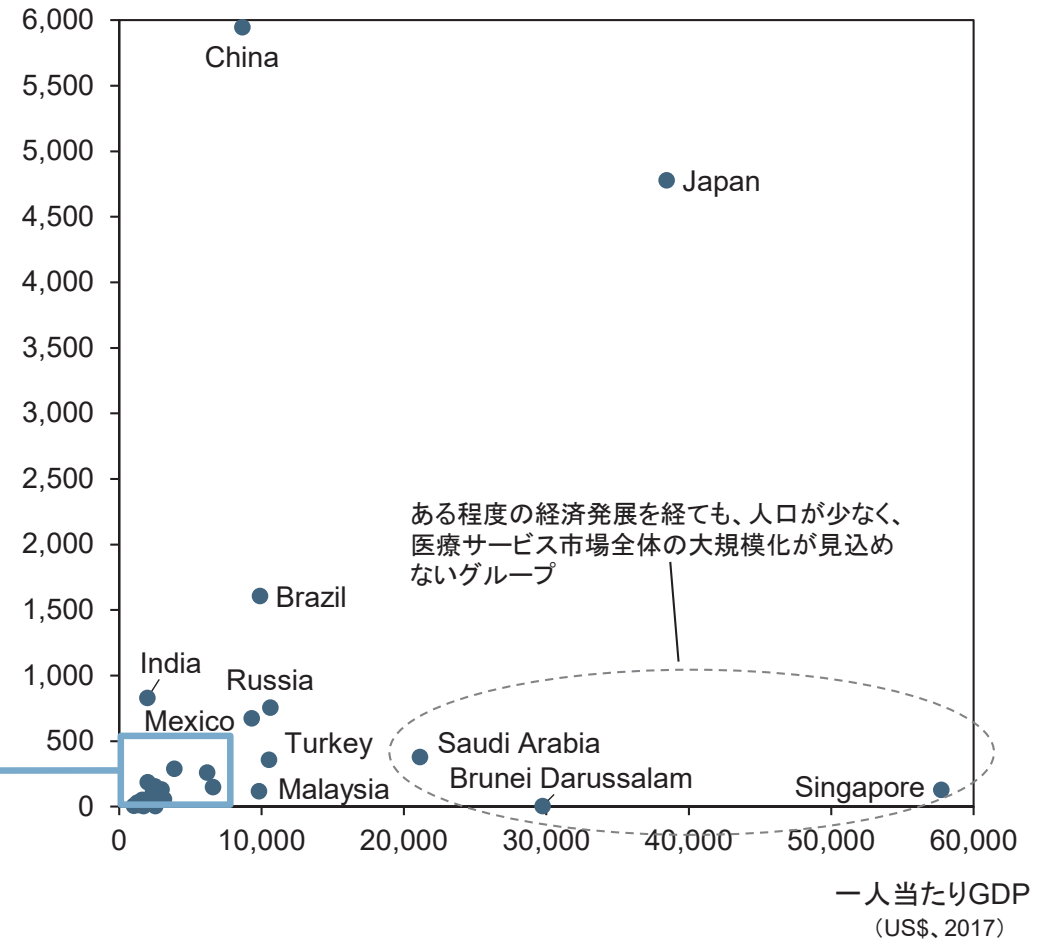
医療サービス市場規模×一人当たりGDP

- 一定規模の人口の国では、経済発展に伴って医療サービス市場も拡大している。

(億US\$, 2015)
医療サービス市場



(億US\$, 2015)
医療サービス市場



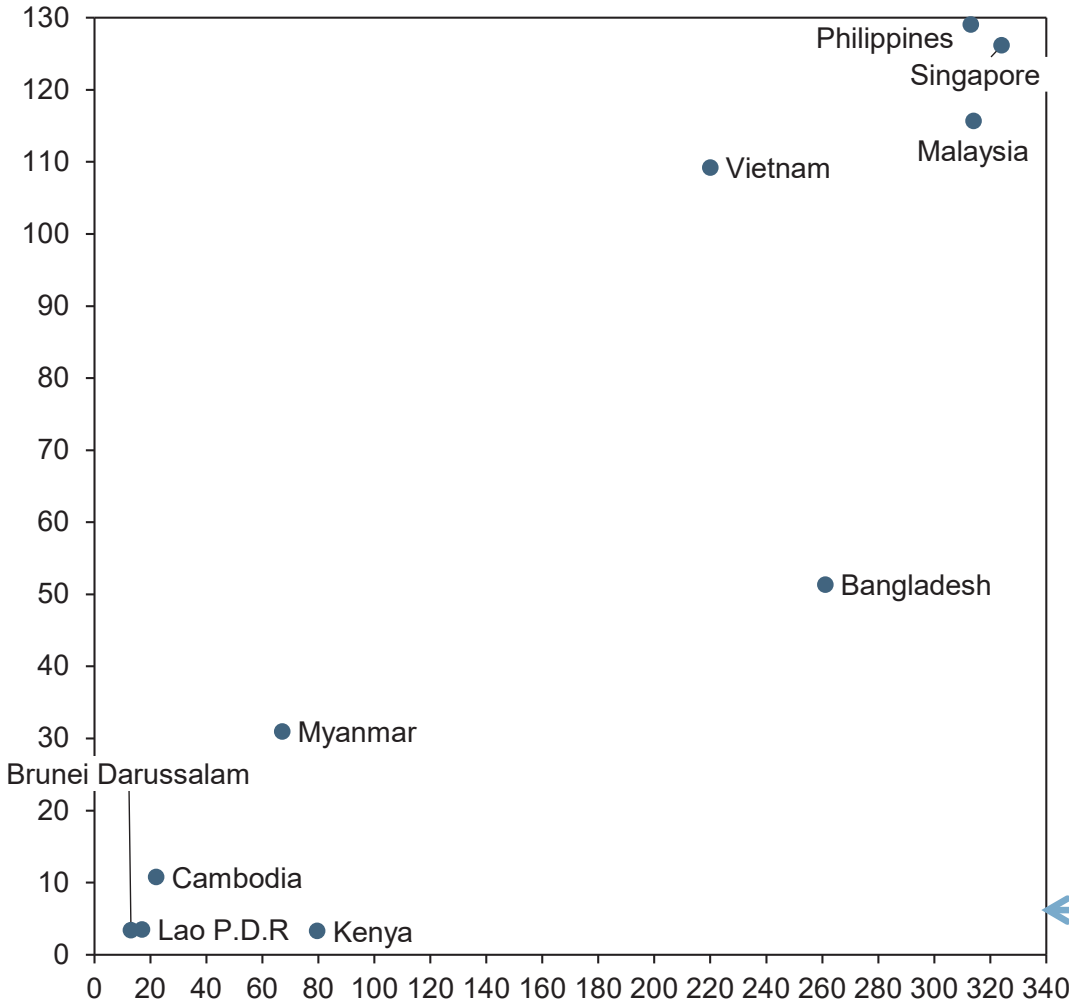
出所) IMF「World Economic Outlook Database」、WHO「Global Health Expenditure Database」

新興国の医療・保健状況のステージ整理

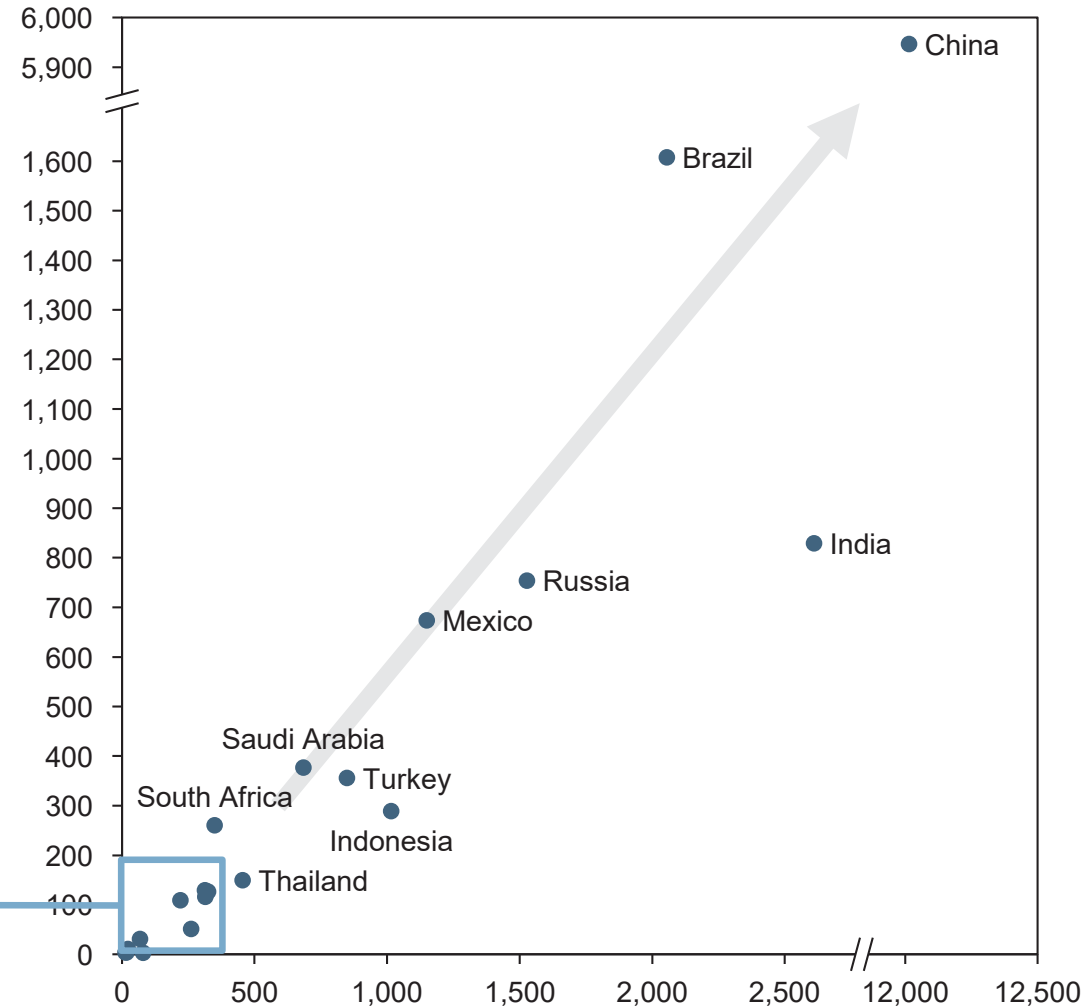
医療サービス市場規模×GDP規模

■ GDPの成長に伴い、医療サービス市場規模も増加している。

医療サービス市場 (億US\$, 2015)



医療サービス市場 (億US\$, 2015)



出所) IMF「World Economic Outlook Database」、WHO「Global Health Expenditure Database」

NRI Copyright(C) Nomura Research Institute, Ltd. All rights reserved.

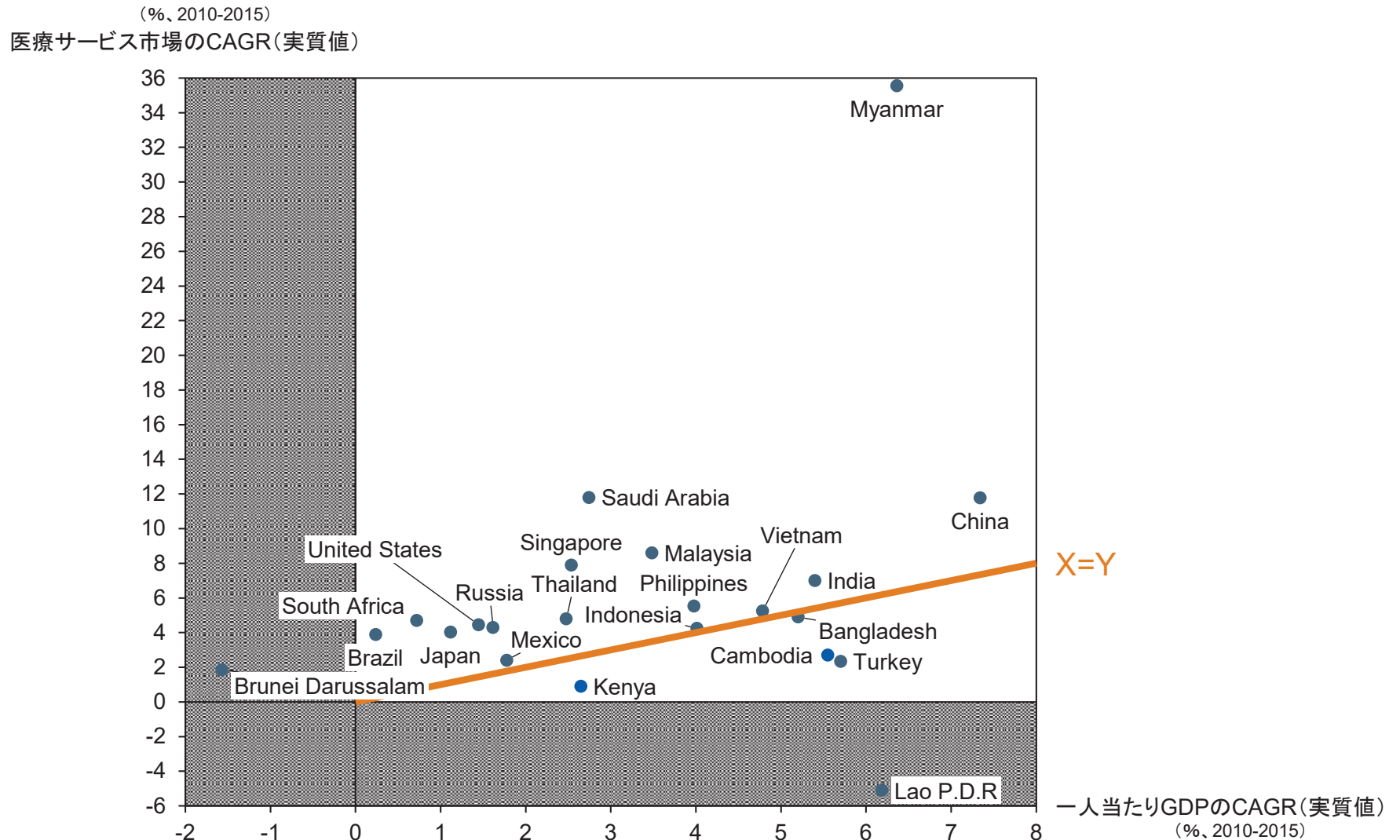
GDP (十億US\$, 2017)

GDP (十億US\$, 2017)

新興国の医療・保健状況のステージ整理

医療サービス市場成長率×一人当たりGDP成長率（※いずれも実質値）

- X=Y線より上に位置する国々は、経済全体より医療サービス市場の方が成長している。

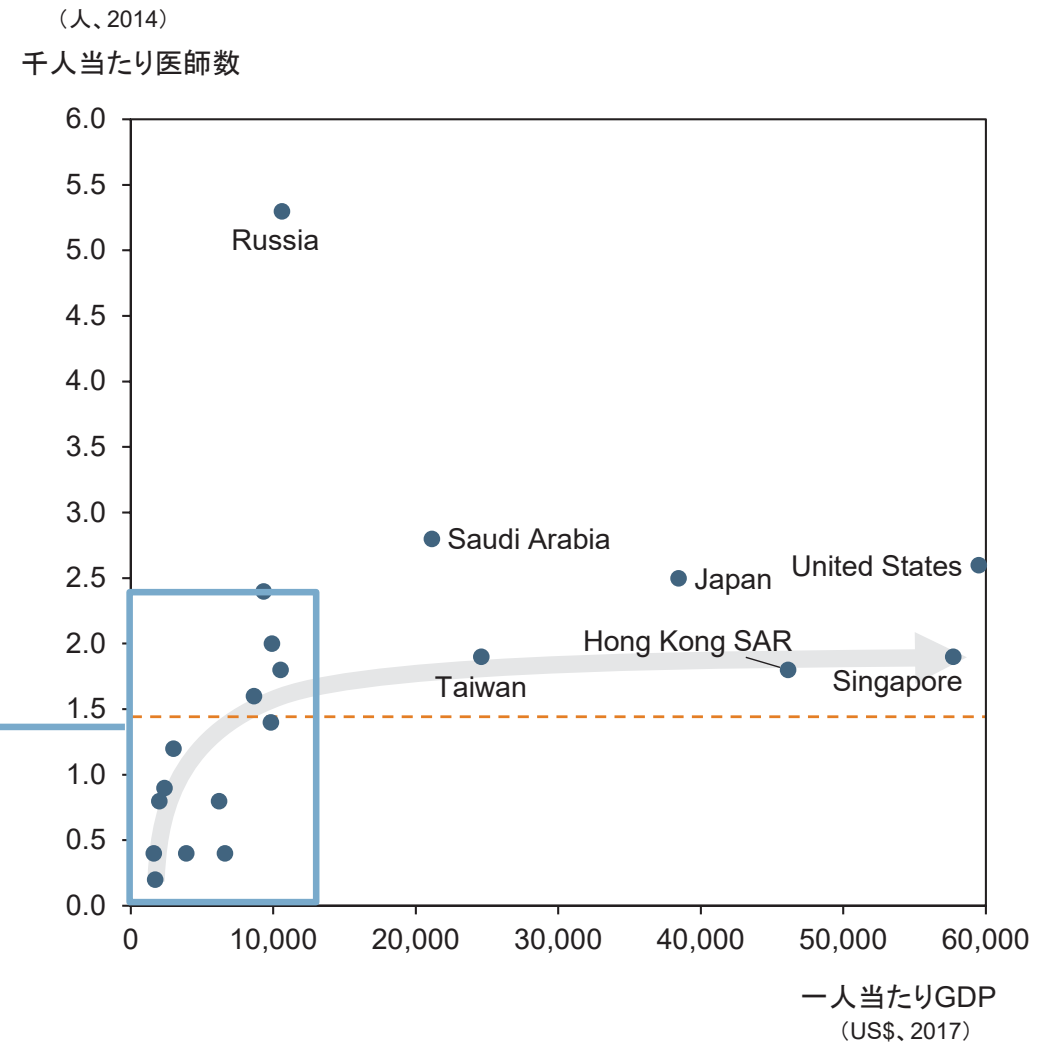
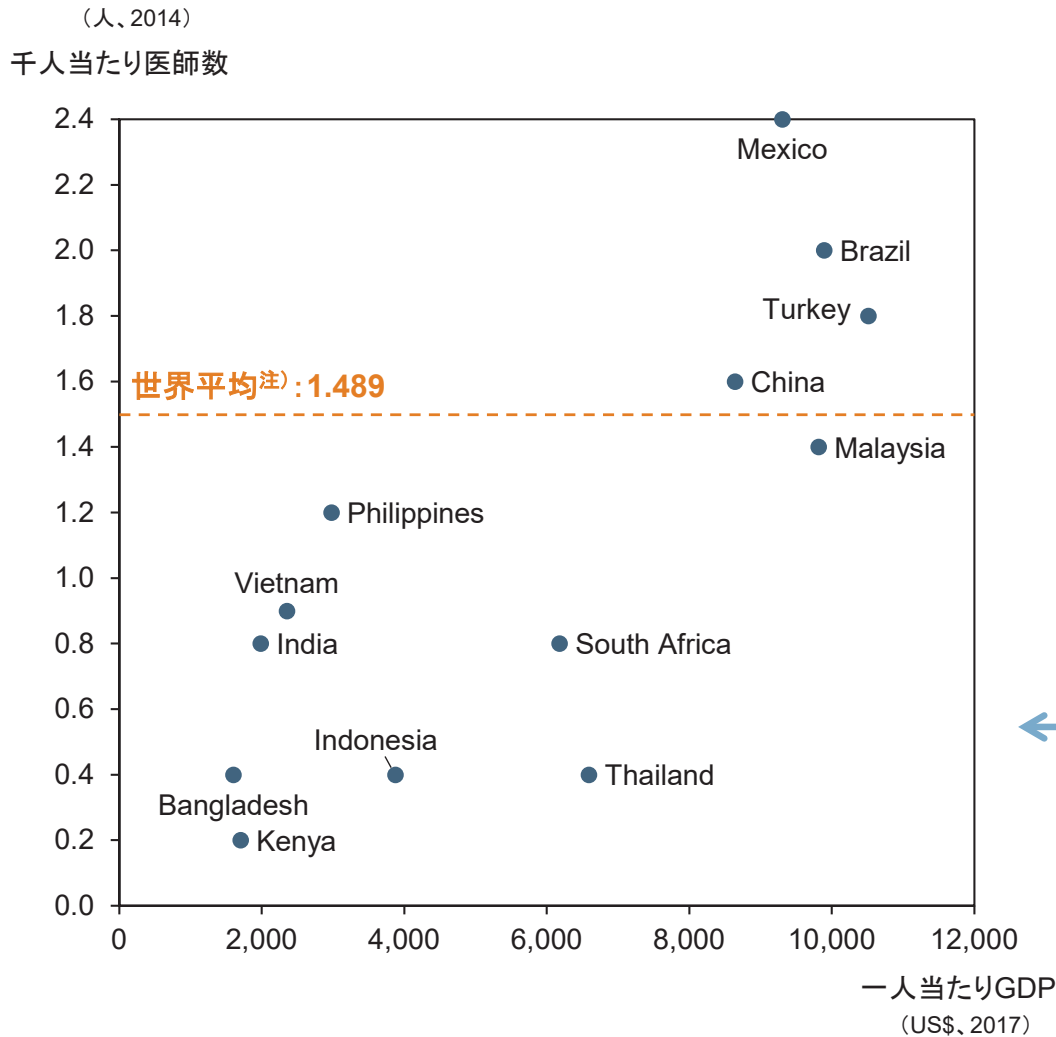


出所) IMF「World Economic Outlook Database」、WHO「Global Health Expenditure Database」

新興国の医療・保健状況のステージ整理

千人当たり医師数×一人当たりGDP

- 医師数は、一定の水準を超えると、経済発展後もその水準が保たれる傾向にある。



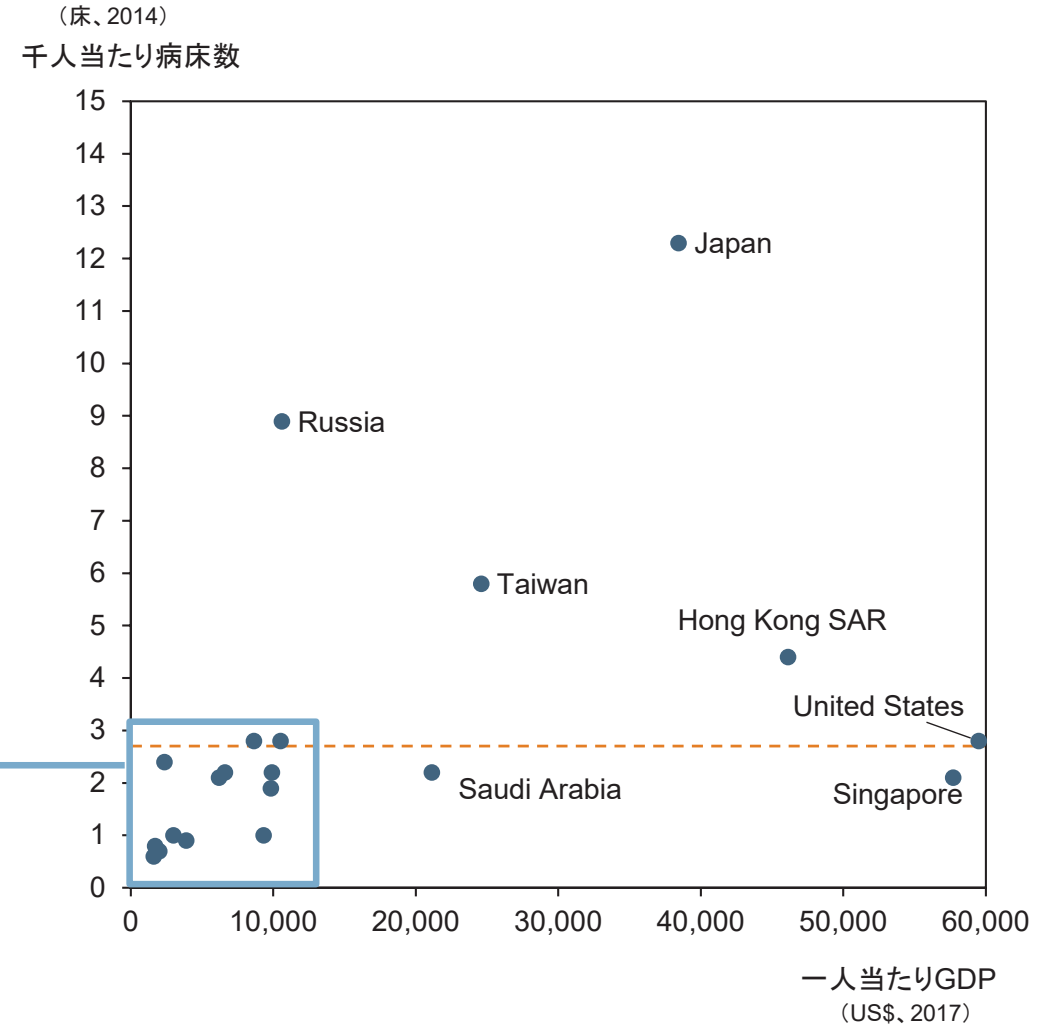
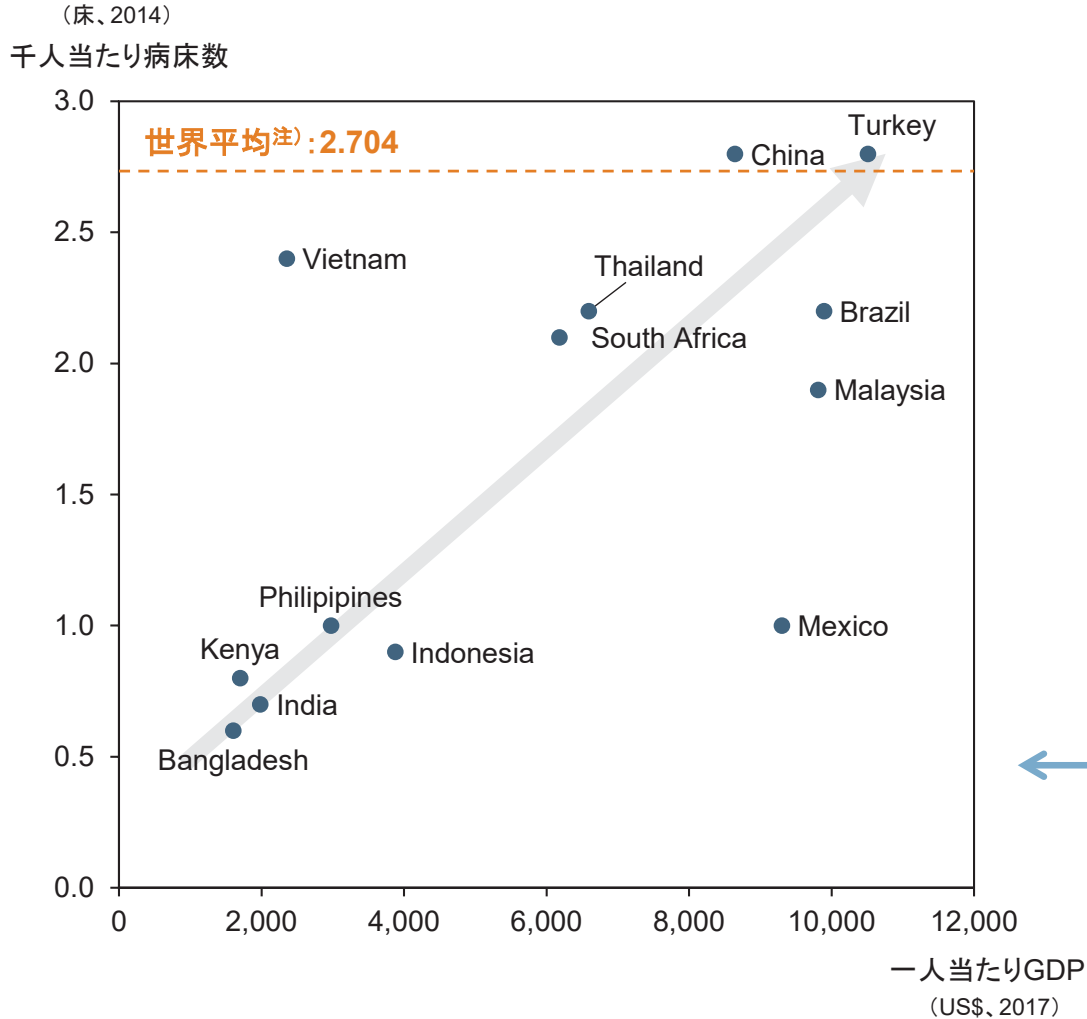
注) 千人当たり医師数の世界平均は、World Bank Indicatorsの2013年データを参照した。

出所) IMF「World Economic Outlook Database」、Espicom「The World Medical Markets Fact Book 2014」

新興国の医療・保健状況のステージ整理

千人当たり病床数×一人当たりGDP

- 病床数は、経済発展に伴い一定水準まで整備された後、国ごとに違う特徴がみられる。



注) 千人当たり病床数の世界平均は、World Bank Indicatorsの2011年データを参照した。

出所) IMF「World Economic Outlook Database」、Espicom「The World Medical Markets Fact Book 2014」

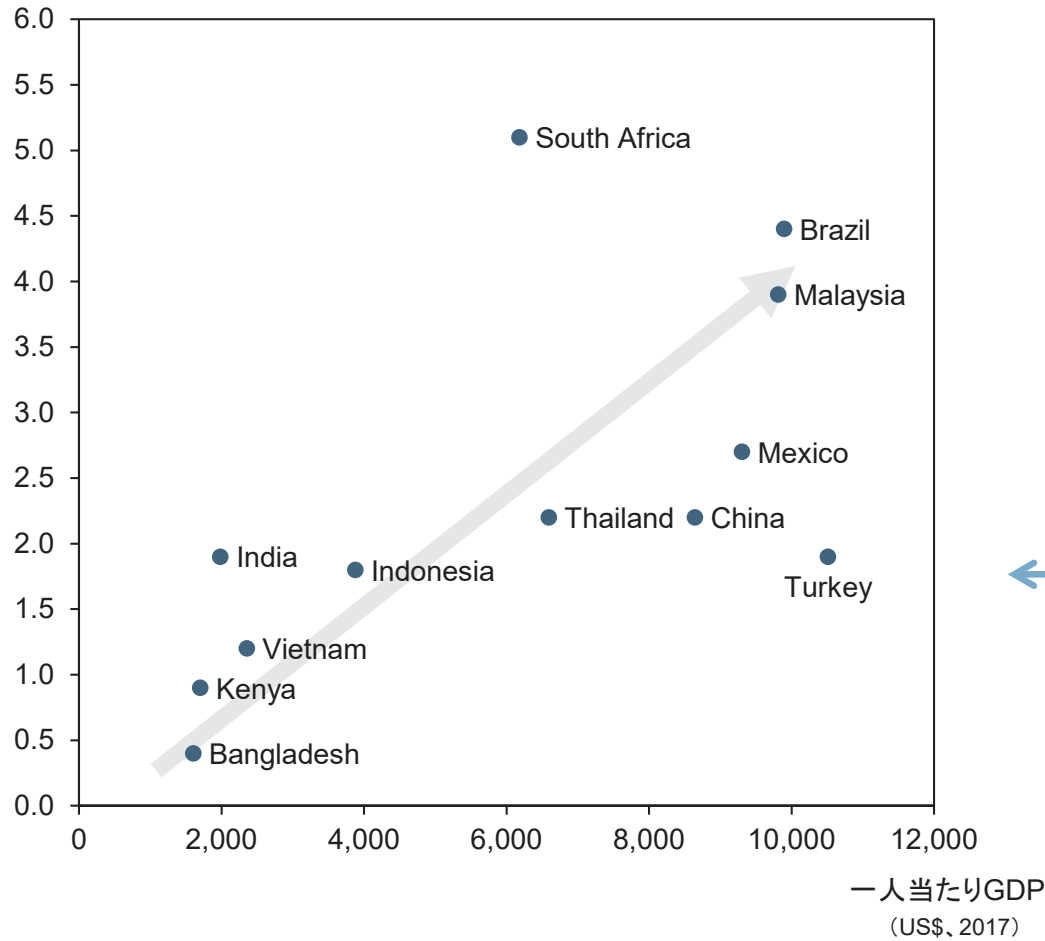
新興国の医療・保健状況のステージ整理

千人当たり看護師数×一人当たりGDP

■ 看護師数は、経済発展に伴い一定水準まで増加された後、国ごとに違う特徴がみられる。

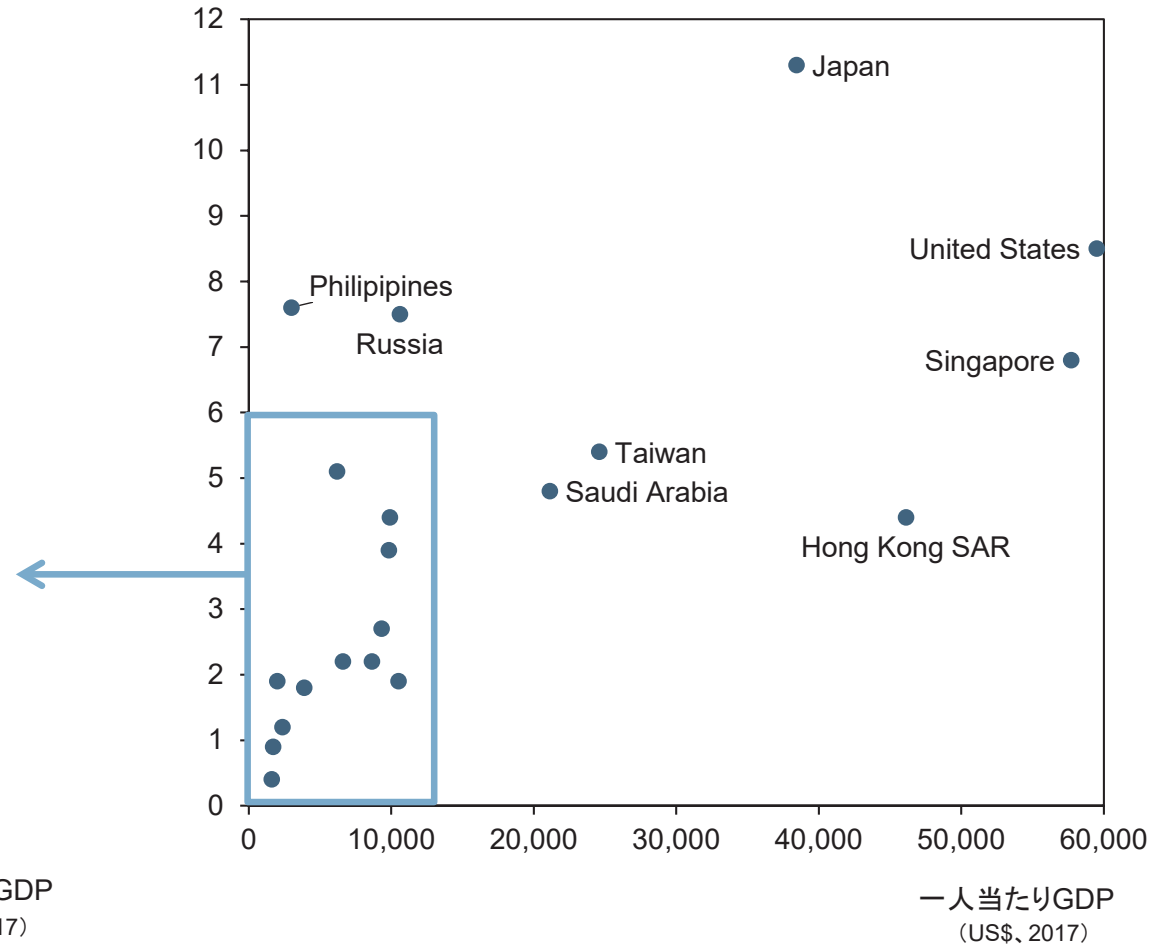
(人、2014)

千人当たり看護師数



(人、2014)

千人当たり看護師数



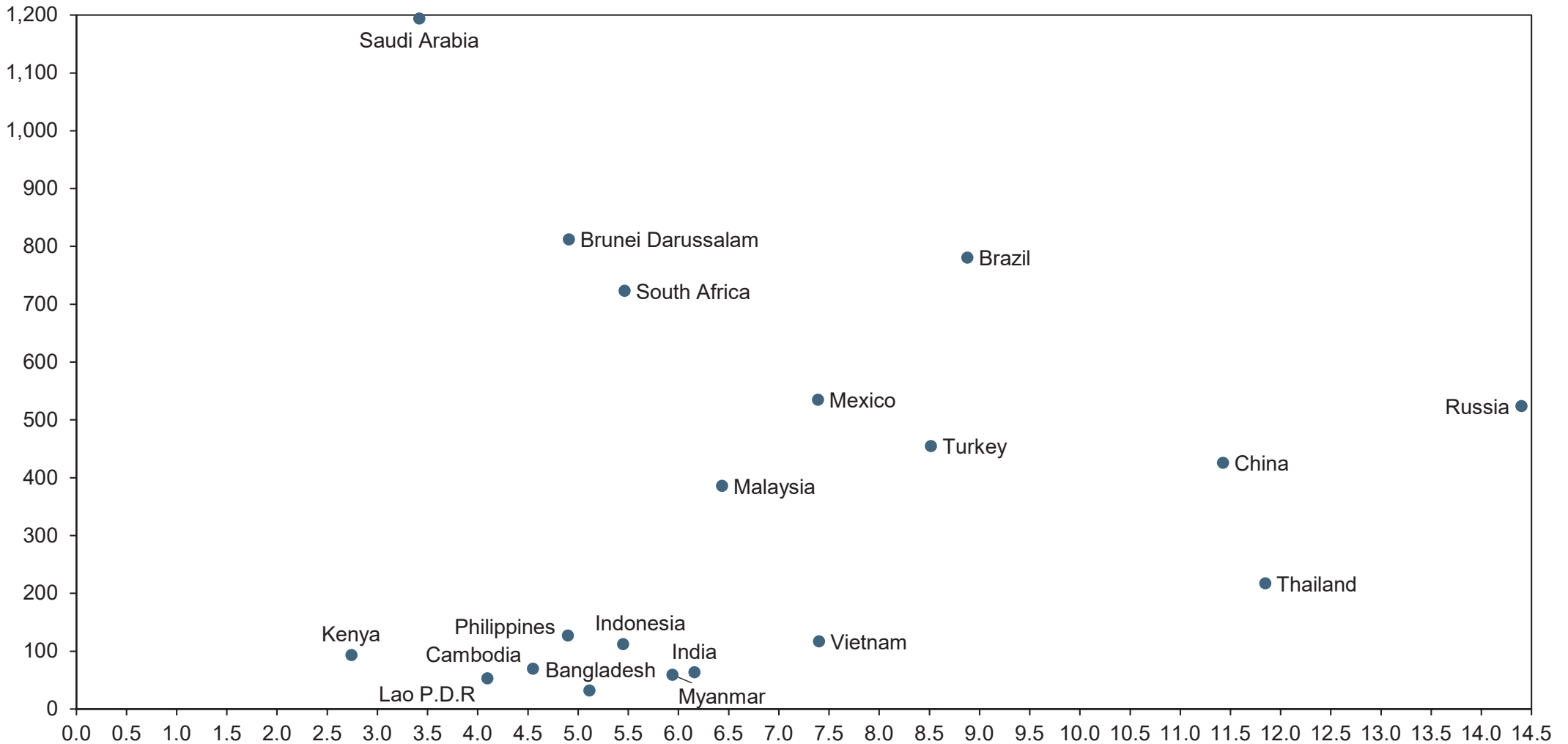
出所) IMF 「World Economic Outlook Database」、Espicom 「The World Medical Markets Fact Book 2014」

新興国の医療・保健状況のステージ整理

高齢化率×一人当たり医療費支出

■ 新興国において、高齢化率と一人当たり医療費支出の相関関係は、確認されない。

一人当たり医療費支出 (US\$, 2015)



出所) 国連「World Population Prospects」、WHO「Global Health Expenditure Database」

新興国の医療・保健状況のステージ整理

医療・保健状況のステージ表(仮説)

- 以上の分析を踏まえると、定量的に明確な線引きは難しいものの、概ね5段階のステージに分かれるのではないかと考えられる。

各国の医療・保健状況に関するステージ表(仮説)^{注)}

ステージ	ステージ1	ステージ2	ステージ3	ステージ4	ステージ5
概要	母子保健など、いわゆるMDGsの達成を目指している段階	MDGs達成の目途をつけたものの、感染症対策が依然として主要課題である段階	循環器疾患やがん・糖尿病などの非感染症が増加。ただしまずは受け身の対策(治療)が中心となっている段階	非感染症について、予防・健診など、より能動的な対策に移行した段階	ステージ4に加え、高齢化の対応(後期高齢者医療、介護)も主要課題となった段階
一人当たりGDP	2,000US\$以下	1,500US\$~2,500US\$程度	2,500US\$~7,500US\$程度	7,500US\$以上	7,500US\$以上
非感染症割合	50%以下	50%~70%程度	70%~80%程度	80%以上	80%以上
高齢化率	—	—	—	—	15%以上
医師数、ベッド数	千人当たり0.2人以下 千人当たり1床以下	千人当たり0.2人以下 千人当たり1床以下	千人当たり0.2~1.7人程度 千人当たり1~2床程度	千人当たり1.7人以上 千人当たり2床以上	千人当たり1.7人以上 千人当たり2床以上
主な政策的課題	<ul style="list-style-type: none"> 母子保健等のMDGs対策 医師、コメディカル、1次医療機関などの医療提供体制の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 感染症対策(予防、医療提供体制、検査体制、サーベイランス等) 医師、コメディカル、医療機関の増加 	<ul style="list-style-type: none"> 循環器疾患、がん・糖尿病など非感染症分野への医療インフラ整備(専門医の育成、診療施設・機器の整備等) 救急医療の体制整備 皆保険制度の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 予防に関する国民へのプロモーション 健診センター等の整備 専門医や技師等の育成 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者医療 介護保険等の整備 介護人材の育成 介護施設等の整備
主な該当国	サブサハラ・アフリカ諸国	ミャンマー ラオス カンボジア	タイ インドネシア ベトナム フィリピン	シンガポール マレーシア	日本 中国

注) 一人当たりGDPや非感染症割合等の定量データは目安として掲載。非感染症割合は死亡要因に占める非感染症の割合。

目次

新興国の医療・保健状況のステージ整理

タイに関するケーススタディ

マレーシアに関するケーススタディ

まとめ

タイに関するケーススタディ(UHC調査)

タイには3つの公的医療給付制度があり、全体で国民の99%をカバーしている

タイにおける公的および民間保険制度

項目	公的医療給付制度			民間保険
	公務員医療給付制度 (CSMBS)	社会保障制度 (SSS)	国民医療保障制度 (UCS)	
創設	1980	1990	2002	—
被保険者	公務員	民間被用者	CSMBSおよびSSS対象者以外	富裕層および外国人主体
家族のカバレッジ	加入者およびその家族 (20歳以下の子、最大3名)	加入者のみ	選択加入可能	商品により異なる
加入者数	約600万人 (人口の約9%)	約1200万人 (人口の16%)	約4900万人 (人口の75%)	約1700万人
使用可能医療機関	公立病院	登録病院(主に公立病院)	登録病院(主に公立病院)	登録病院(主に公立病院)
財源	税 (本人の保険料負担なし)	給与天引 (給与の5% 最大で月750バーツ)	税 (本人の保険料負担なし)	加入者負担
管轄	財務省会計監査局	労働省社会保障事務局	保健省国民医療保障事務局	民間保険会社

※公的医療給付制度の対象に含まれていない1%は、国境付近などに住む民族系のコミュニティであり、タイ国民の資格を持たない人々

予防推進のため、健康診断はすべての公的医療給付制度に含まれているが、UCSのみ妊婦向けの健康診断を追加で提供している

公的医療給付制度による健康診断の概要

	対象	詳細
公務員医療給付制度 (CSMBS)	<ul style="list-style-type: none"> 公務員 対象年齢: <ul style="list-style-type: none"> ➢ 30歳未満: 最大450バーツまで補償 ➢ 30歳以上: 最大910バーツまで補償 	<ul style="list-style-type: none"> パッケージ内容 <ul style="list-style-type: none"> ➢ <u>基本補償パッケージ</u>: 胸部x線、血算全項目、尿検査、検便、血糖値、腎機能、尿酸、肝機能、脂質 ➢ <u>追加パッケージ(補償対象外)</u>: HDL/LDL検査、肝炎スクリーニング、甲状腺機能検査、腫瘍検査
社会保障制度 (SSS)	<ul style="list-style-type: none"> 一般企業勤務の制度加入被用者は費用を支払う 対象年齢条件は各検査項目ごとに設定 	<ul style="list-style-type: none"> パッケージ内容 <ul style="list-style-type: none"> ➢ <u>基本健診</u>: 聴力および眼科スクリーニング、乳がん検査 ➢ <u>臨床検査</u>: 血液検査(例: 血糖値、コレステロール、尿検査、血算全項目) ➢ <u>その他</u>: 肝炎、子宮頸がん健診、胸部x線、検便
国民医療保障制度 (UCS)	<ul style="list-style-type: none"> 他の公的医療給付制度でカバーされていないID番号の付与された国民は、出生から死亡まで対象 2年以上海外在住の国民は対象外 	<ul style="list-style-type: none"> パッケージ内容 <ul style="list-style-type: none"> ➢ <u>基本健診</u>: 身体検査、糖尿病血液検査、尿検査、眼科スクリーニング、血圧、子宮頸がんスクリーニング ➢ <u>妊婦向け追加健診</u>: 梅毒、HIV、地中海貧血、ダウン症スクリーニング

2001年のUCS先行導入以来、国民の保険加入率(IC)は53%から92%に大幅に向上。 2012年にはほぼ100%の水準に到達した

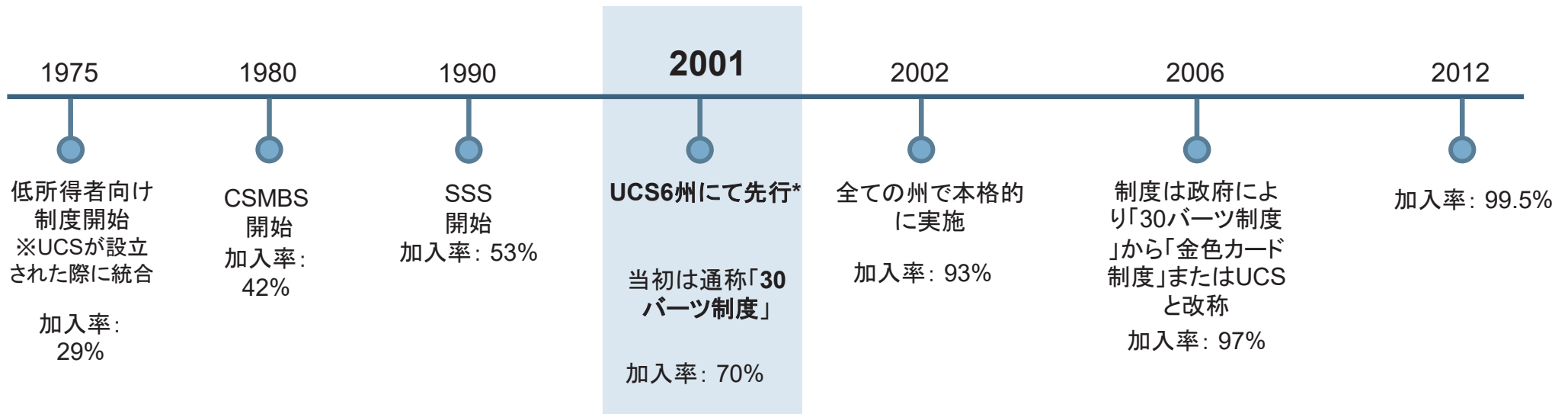
定義

国民医療保障制度 (UCS) は「30パーツ制度」「金色カード制度」としても知られ、国民医療保障法に基づく公的健康保険制度の一つであり、その他の政府制度の被保険者でないタイ国民すべてを対象とする保険である。UCSは国民医療保障事務局(NHSO)が管轄している。

ゴール

1. **効率的、公平、適切な保障**: すべてのタイ住民を保障するとともに、加入者と医療提供者の双方のニーズに応える
2. **堅実な財務システム**: 国民医療保障基金の財務マネジメント効率を継続的に改善し、大規模な医療支出や医療窮乏率を減少
3. **確実な管理**: 公正で高い献身と社会的責任をもってUCSを運営

タイの公的医療給付制度におけるUCSの発展



* 6州: Phayao, Nakhon Sawan, PathumThani, Samut Sakorn, Yasothon, および Yala.

タイ国民は、UCSにより、糖尿病や慢性腎疾患などの高額医療を無料または30パーツの自主負担額で受けることができる

【UCSの登録について】

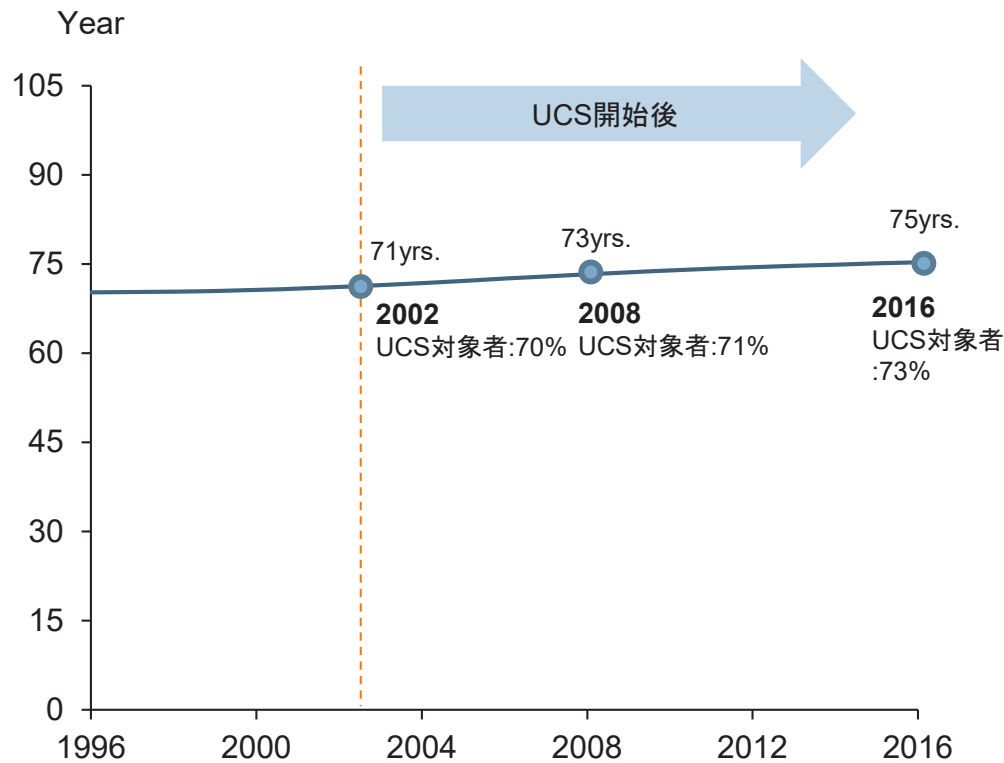
- UCSが使える個人の対象病院は、1人1つで、これは自治体によりアサインされる。対象病院は、1次医療機関であり、登録者の居住地に基づく。
- アサインされた1次医療機関で治療できない場合には、連携医療機関に照会制度のもと搬送される。

UCS概要

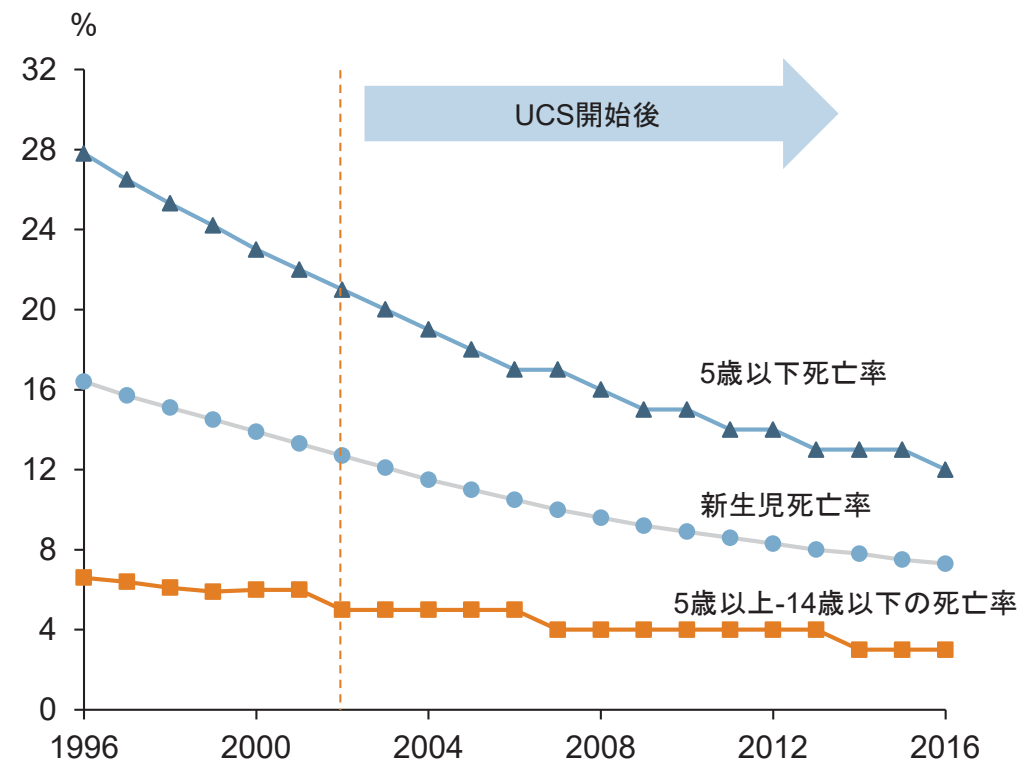
	条件	必要書類・手続き	備考
登録	<ul style="list-style-type: none"> • SSSまたは CSMBS 制度の対象でないIDカード保有の全タイ国民 • 健康保険のない新生児 • 公務員の第4子以降 • 年金受給者以外の前公務員 	<ul style="list-style-type: none"> • 書類: IDカード、戸籍または現住所証明資料(賃貸契約書等)、記入書類 • 手続き場所: <ul style="list-style-type: none"> ➢ バンコク – 各地区 ➢ その他州 – ヘルスセンター、地域病院 	<ul style="list-style-type: none"> • 現住所の地区内で登録 • ヘルスユニットの変更は年4回まで可能
治療	<ul style="list-style-type: none"> • 保障内容: <ul style="list-style-type: none"> ➢ 健康促進、予防医療 ➢ 外来、入院および事故、救急医療 診断、特別検査、医薬(国リスト掲載の必須医薬品)、風邪などからの治癒的医療、糖尿病、がん、慢性腎疾患、AIDS/HIV等の高額医療。 ➢ 出産 ➢ 基本的歯科医療 ➢ 部屋代および食費 ➢ リハビリテーションおよびタイ伝統医療 	<ul style="list-style-type: none"> • 一般的なケース <ul style="list-style-type: none"> ➢ 治療を受ける際は、IDカードを提示(登録医療機関のみ※) • 事故または救急医療のケース <ul style="list-style-type: none"> ➢ 最も近いUCS医療機関を受診 • 重篤なケース(即時治療を要する場合) <ul style="list-style-type: none"> ➢ IDカード持参の上最も近い医療機関を受診。危篤状態を脱したら、加入者は登録医療機関または他のUCS医療機関へ転院し治療継続 	<ul style="list-style-type: none"> • 国民医療保障事務局は、地域病院以上のランクの医療機関受診に際し、30パーツの自主負担額支払いを求める • 重篤なケース: UCS保障対象外の治療は追加費用が発生する場合あり

開始以来UCSはタイ人口の約70%をカバー。 医療へのアクセス増により国民の健康状況改善に寄与している

タイ国民の寿命
年齢



小児死亡率および新生児死亡率
パーセント



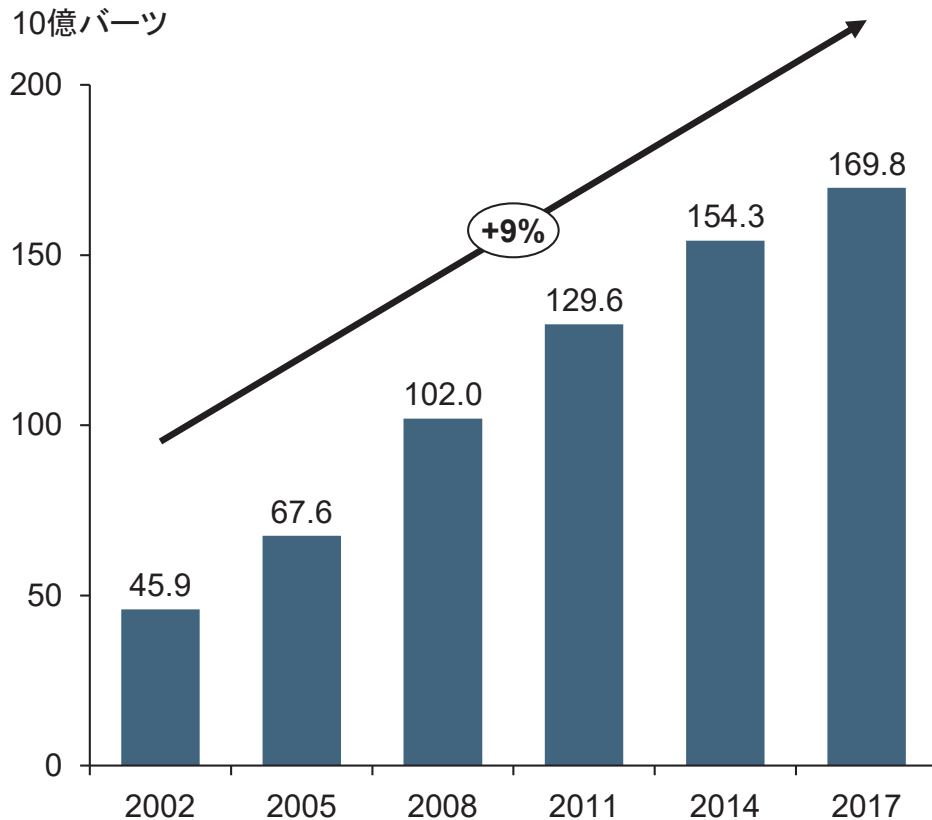
定義:

- 新生児死亡率: 出生後28日以内の死亡率、出生1000件あたり
- 5歳以下死亡率: 出生後5歳までの死亡率、出生1000件あたり
- 5歳以上-14歳以下の死亡率: 5歳以上-14歳以下の死亡率 (5歳児1000名あたり)

2017年時点で UCSの予算は、2002年の開始時からCAGRで9%増加してきた。 予算内訳は、人頭払いとその他サービスパッケージの2つに大別される

国民医療保障制度(UCS) 予算推移

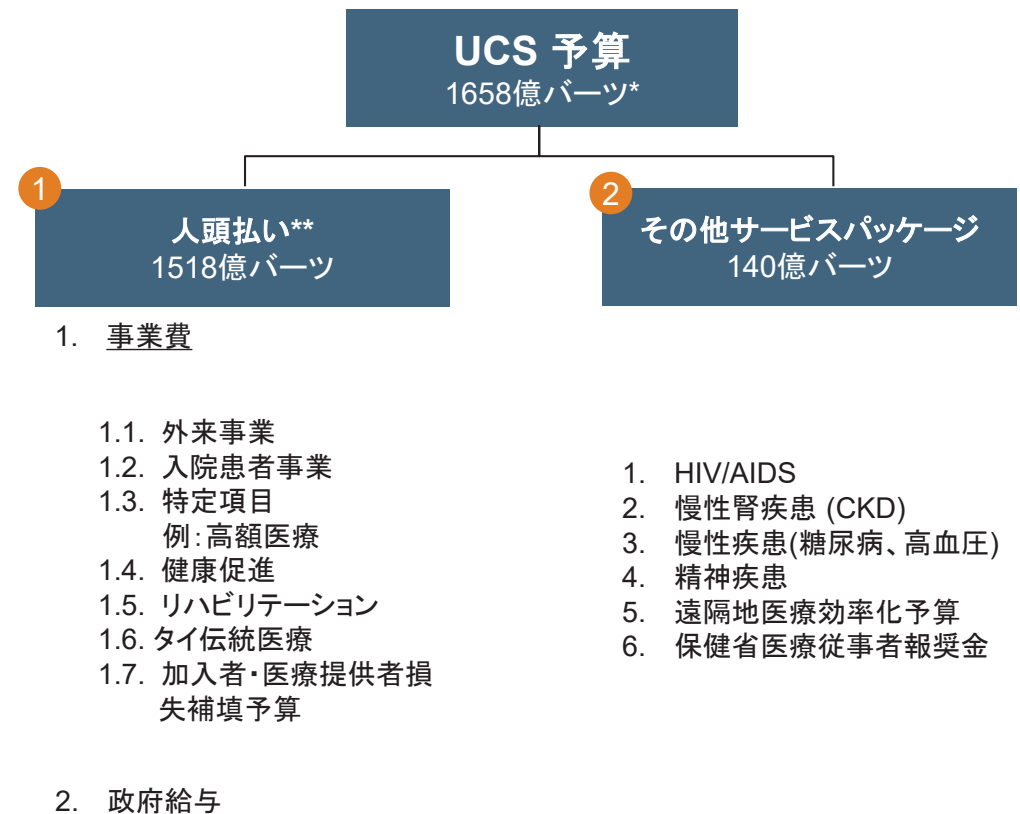
単位:10億バーツ



注: 予算データは2002年の制度全国展開以降

2018 UCS 予算詳細

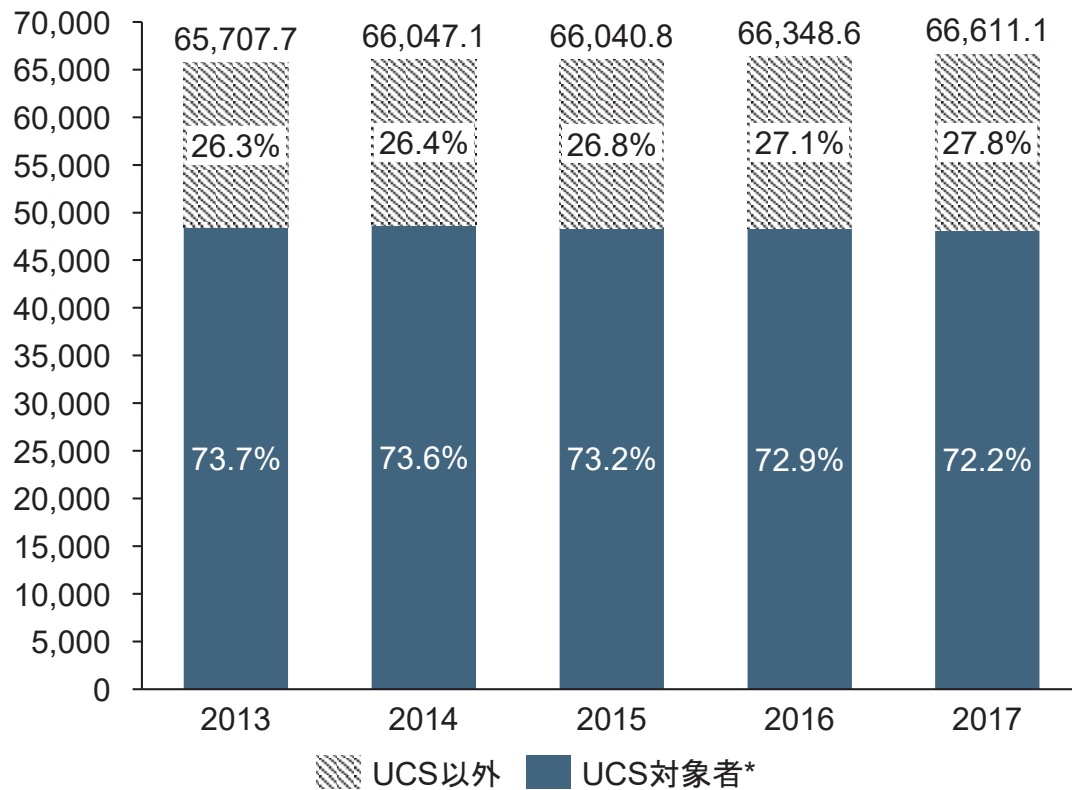
単位:10億バーツ



*①と②以外の39億バーツは2017年度以降“保健省医療従事者報奨金”から主要予算に区分変更
**人頭払いの支出はバーツ/被保険者あたりで表示

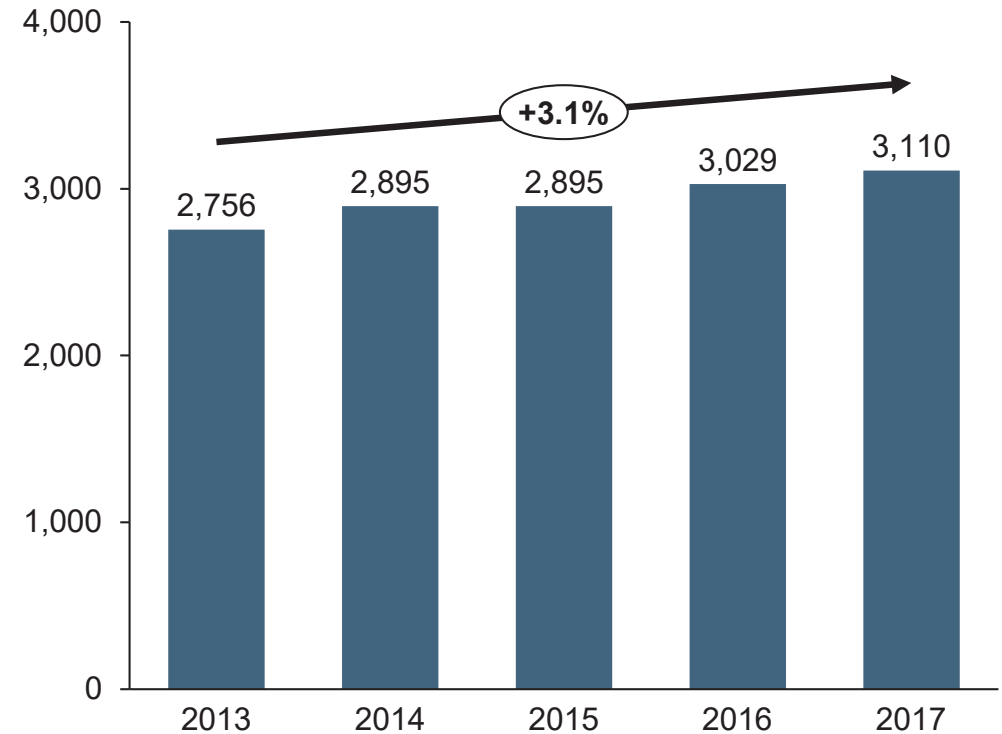
UCSの給付対象は人口の70%に上るとともに、人頭払い予算は着実に増加

総人口におけるUCSの 給付対象率
千人



人頭払い予算
タイバーツ

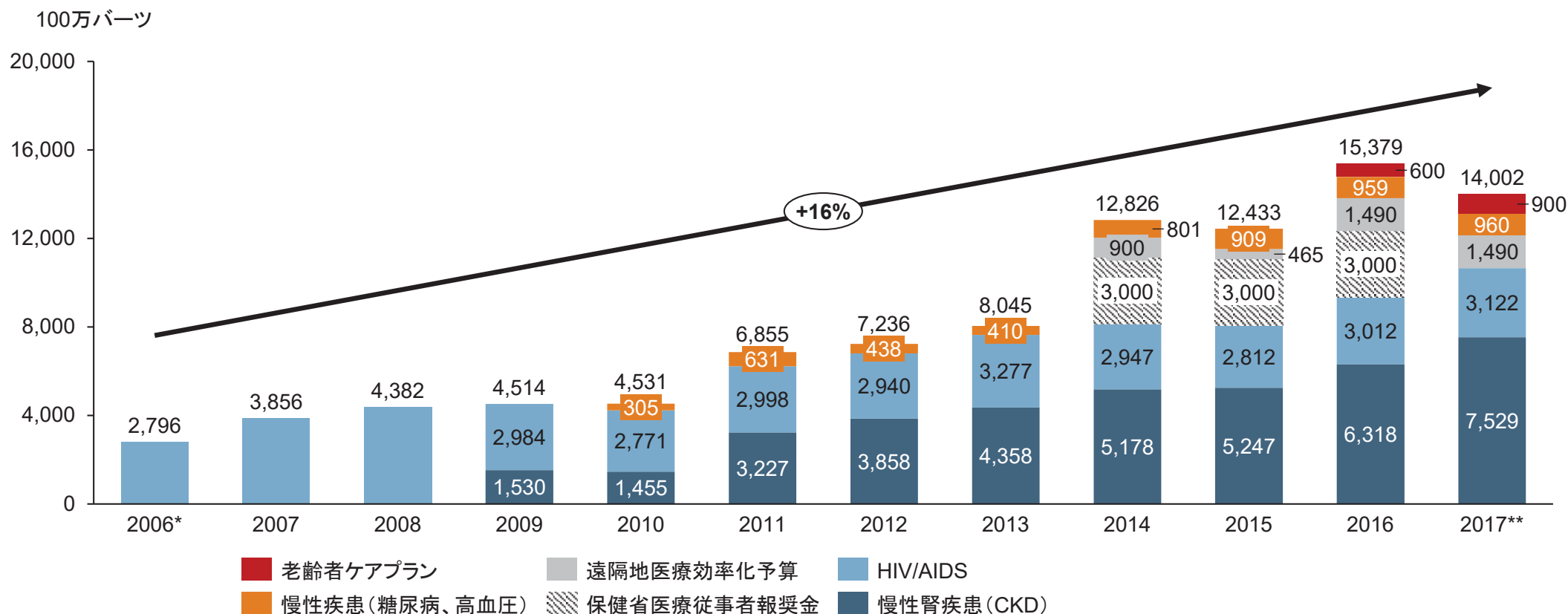
タイバーツ/ UCS 被保険者



* : 総UCS 対象者 = (登録加入者 + 未登録有資格者) / (タイ国民人口*100)

当初3年の予算配分はHIV/AIDSに対してのみだったものの、現時点ではCKDが予算で最も割合を占める。高齢者ケアプランも近年注視されている

その他サービスパッケージ予算



*: 2006年がその他サービスパッケージ予算設定年

** 2017: 保健省医療従事者報奨金予算は、緊急時主要予算(Central Budget in Case of Emergency)に区分変更、金額は39億7900万バーツ

UCSの無料医療提供により、医療機関の収支赤字および医療従事者の業務増が発生。自己負担が解決策として浮上している

UCSの主要課題

課題	現状
医療機関の収支赤字	<ul style="list-style-type: none"> UCSは公共医療費の40%を占めており、2032年には支出は1兆4千億バーツに激増すると予測されている 医療機関は超過医療費用発生の際それを負担しなければならず、赤字につながる
医療従事者の業務増	<ul style="list-style-type: none"> 医療が無料のため、医療従事者は本来来院不要な軽症患者に対応しなければならない UCSにより、人々、特に地方の貧困層が甘やかされているとの批判 不適切な来院により、患者の待ち時間長時間化のみならず、医療従事者の業務増加による医療品質の低下が発生

国民医療保障に対する世論



Prayuth Chan-o-cha
首相

UCSは費用がかかりすぎる。前政権からの重荷であり、医療の無償提供は貧困層のみとすべき

2017年12月



UCS 加入者

12:30に病院に行ったのに、診察してもらえたのは13:45で、診てもらえたのはわずか1分ほどと、とてもあわただしかった

2018年1月



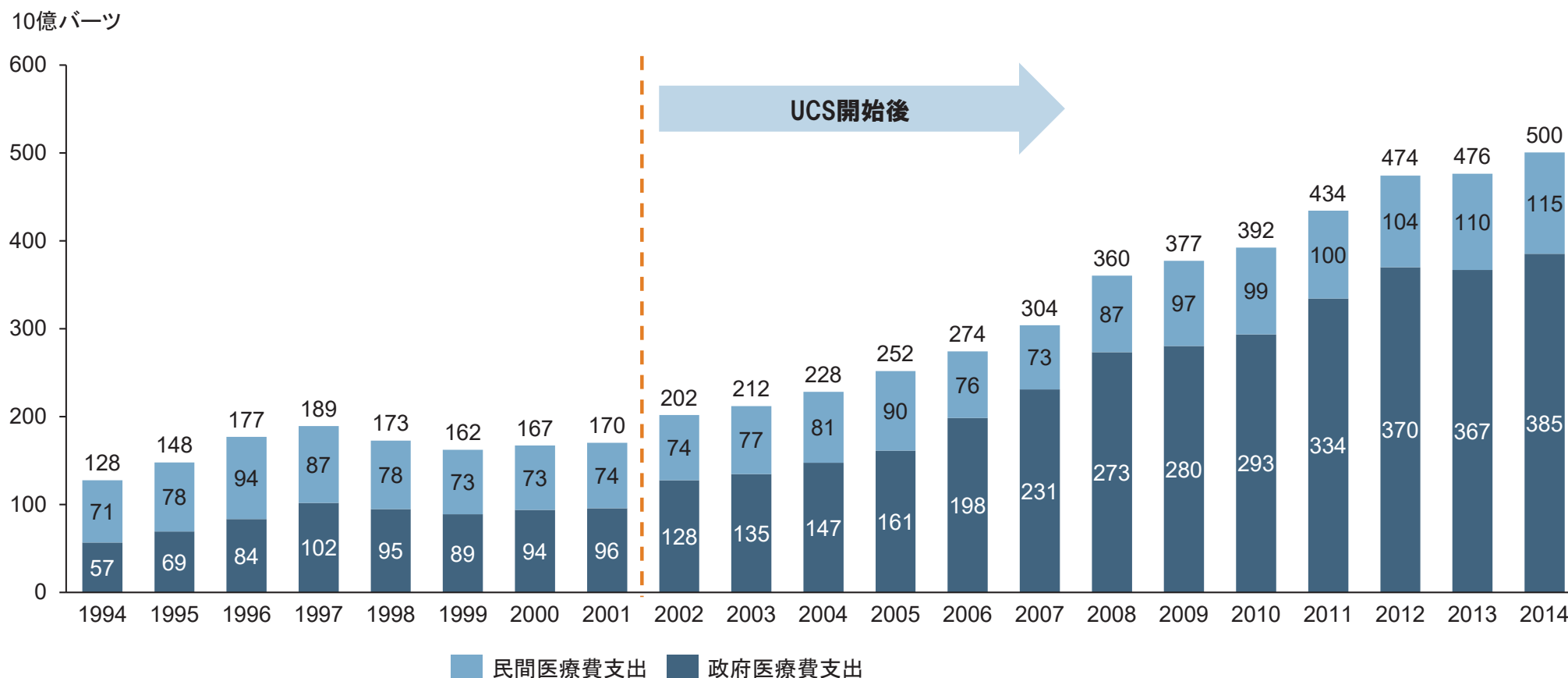
タイ医療従事者連合代表
Churdchoo Ariyasriwatana

この世に無償のものなんてないとみんな理解するべきだ。基本的な医療は無償で受けられても、それ以上が必要なら自己負担を受け入れなければならない。それに、医療費を支払わなければならないとわかっていたほうが、みんなもっと健康に気をつけるようになるのではないか

2018年4月

政府の医療費支出は2002年のUCS開始より継続的に増加してきた。 2014年時点では、総医療費支出の77%を占める

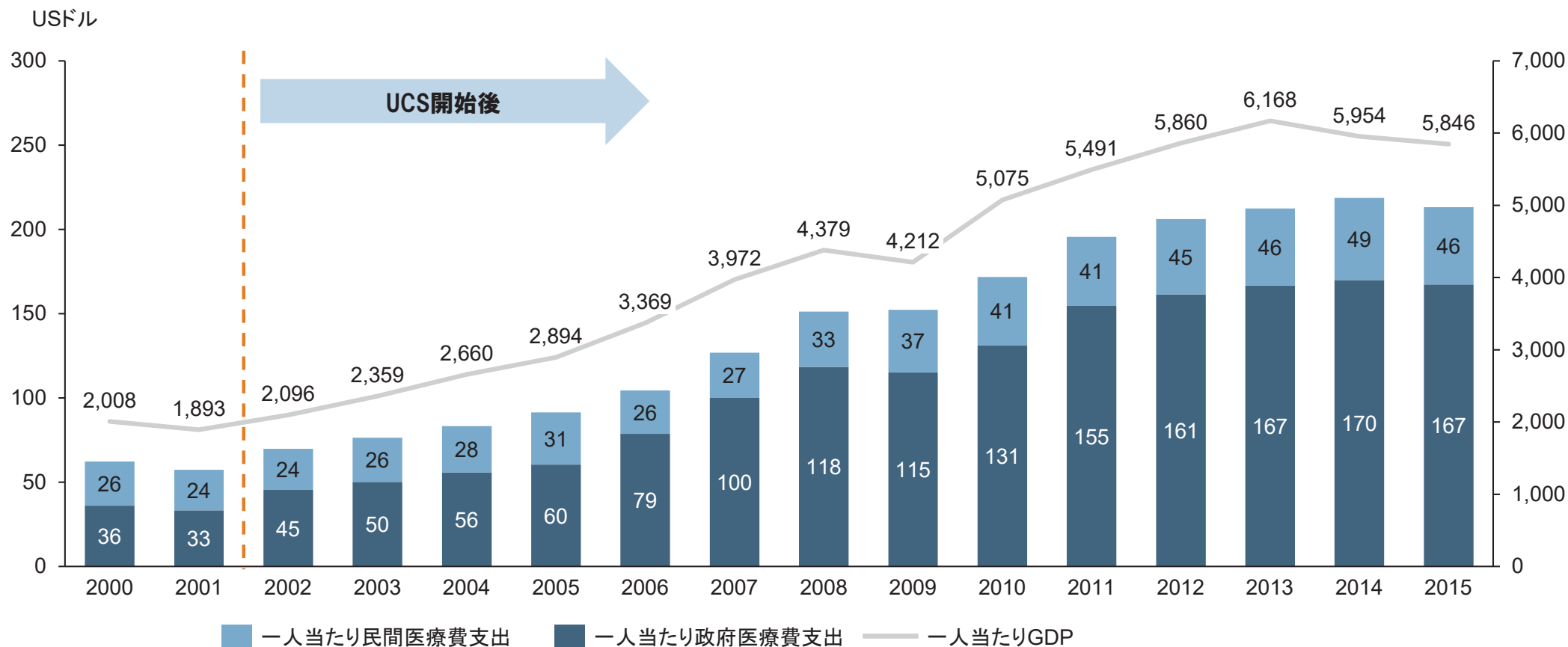
タイにおける医療費支出



※民間医療費支出の増加は、政府医療費支出と比較すると小さい。これは、多くの国民がUCSやそれ以外の公的医療給付制度の対象となり、さらにそれらの対象医療サービスが多岐に及んでいることから、国民が自ら支出する必要が高まらなかったためである。

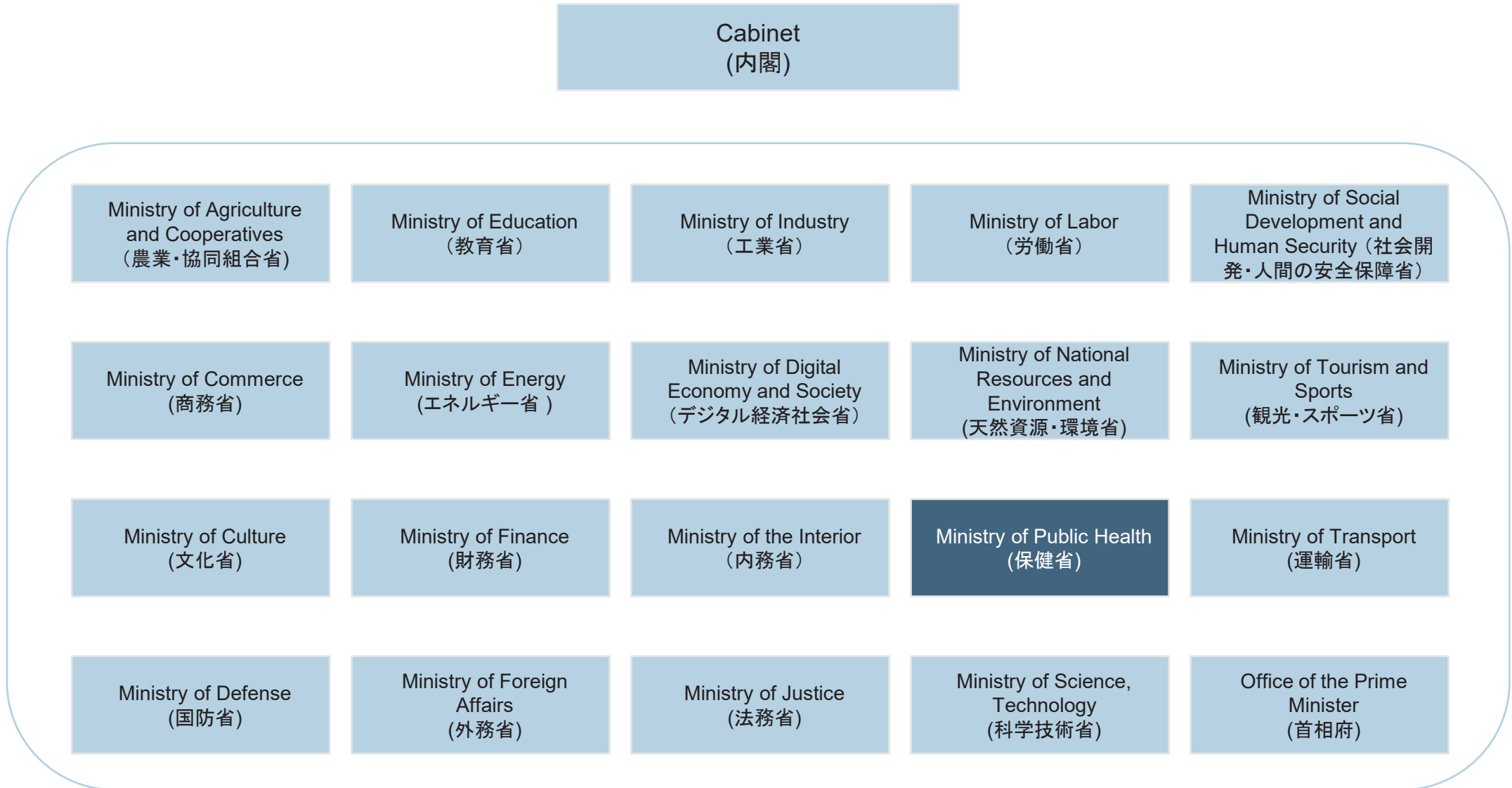
一人当たり医療費支出についても、UCS開始後、GDPの成長に伴い増加してきた

タイにおける一人当たり医療費支出



タイに関するケーススタディ(保健省予算調査)

内閣下には20の省庁があり、医療関連は保健省が管轄



近年の政府の方針は、十分な医療システムを展開し、 来る高齢化社会に備えることに注力することである

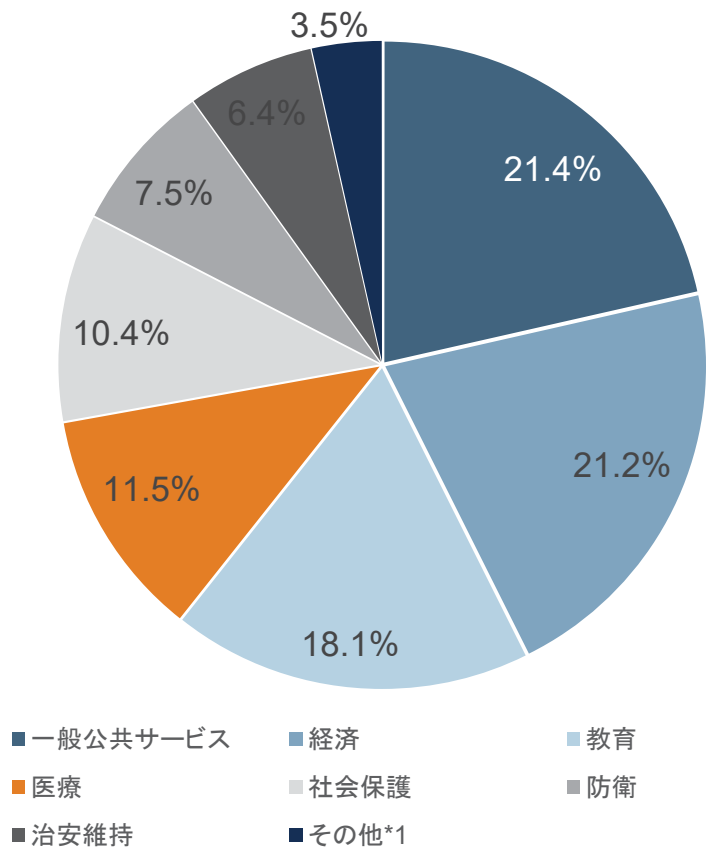
2018年における政府の医療関連プロジェクト

	詳細	総予算 (100万バーツ)
<p>公的医療保険システムの開発</p>	<ul style="list-style-type: none"> より少ない費用で多くのサービスを: 医療費をカバーする新規サービスを提供 例: 大腸がんスクリーニング、緊急請求オンライン(EMCO)、および子宮頸がんワクチン(HPV) 国民医療保障制度: 一人当たりにかかる年間医療支出を3,107バーツまで引き上げ 事務統合システムの改善: 調査・データベースシステムを開発し、関連情報を連携 サービス卓越性の改善: 事務統合システムの効率を改善し、サービスの不平等を減少 	207,100
<p>高齢化社会に対応した平等性の創出</p>	<ul style="list-style-type: none"> 経済社会保障メカニズムの改善: 退職後の生活に備え貯蓄を勧奨 アクセス可能なテクノロジー: 高齢者ケアのための医療イノベーション・テクノロジーを推進 生活品質確立センター: <ul style="list-style-type: none"> 400以上のセンターを開設し、充実した老齢を迎えるようそなえつつ、高齢化社会に適した余暇の過ごし方を推進 コミュニティセンターとして、高齢者が様々なアクティビティができる環境を用意している 	1,219

医療関連予算は、10項目中、4番目に高い割合を占めており、2013年以降CAGR2.8%で増加している

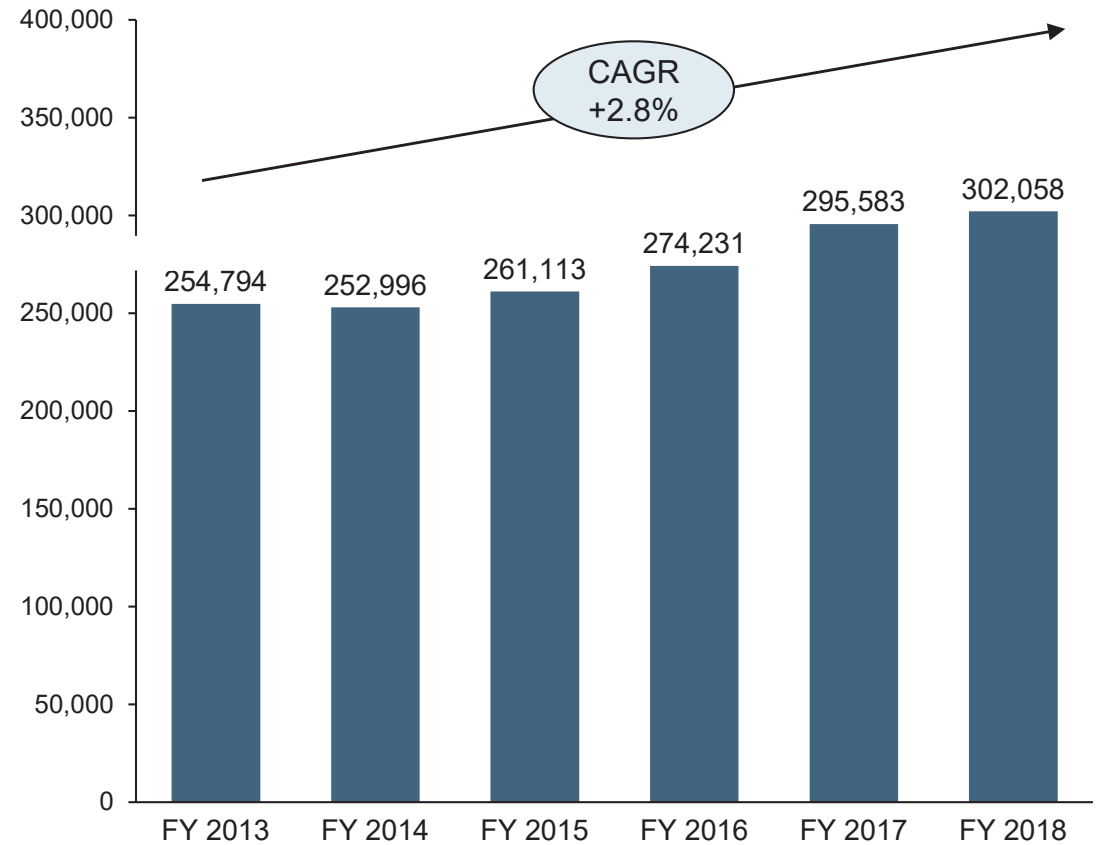
項目別予算
パーセント(2018年度時点)

計: 2兆9000億バーツ



*1 その他はレクリエーション、文化、宗教、教育、および社会保護

医療関連予算
単位: 100万タイバーツ



医療関連予算の内訳としては、公立病院の運営・開設を含む“医療サービス”が最も高い

機能別医療関連予算の割合*1

単位: 100万タイバーツ

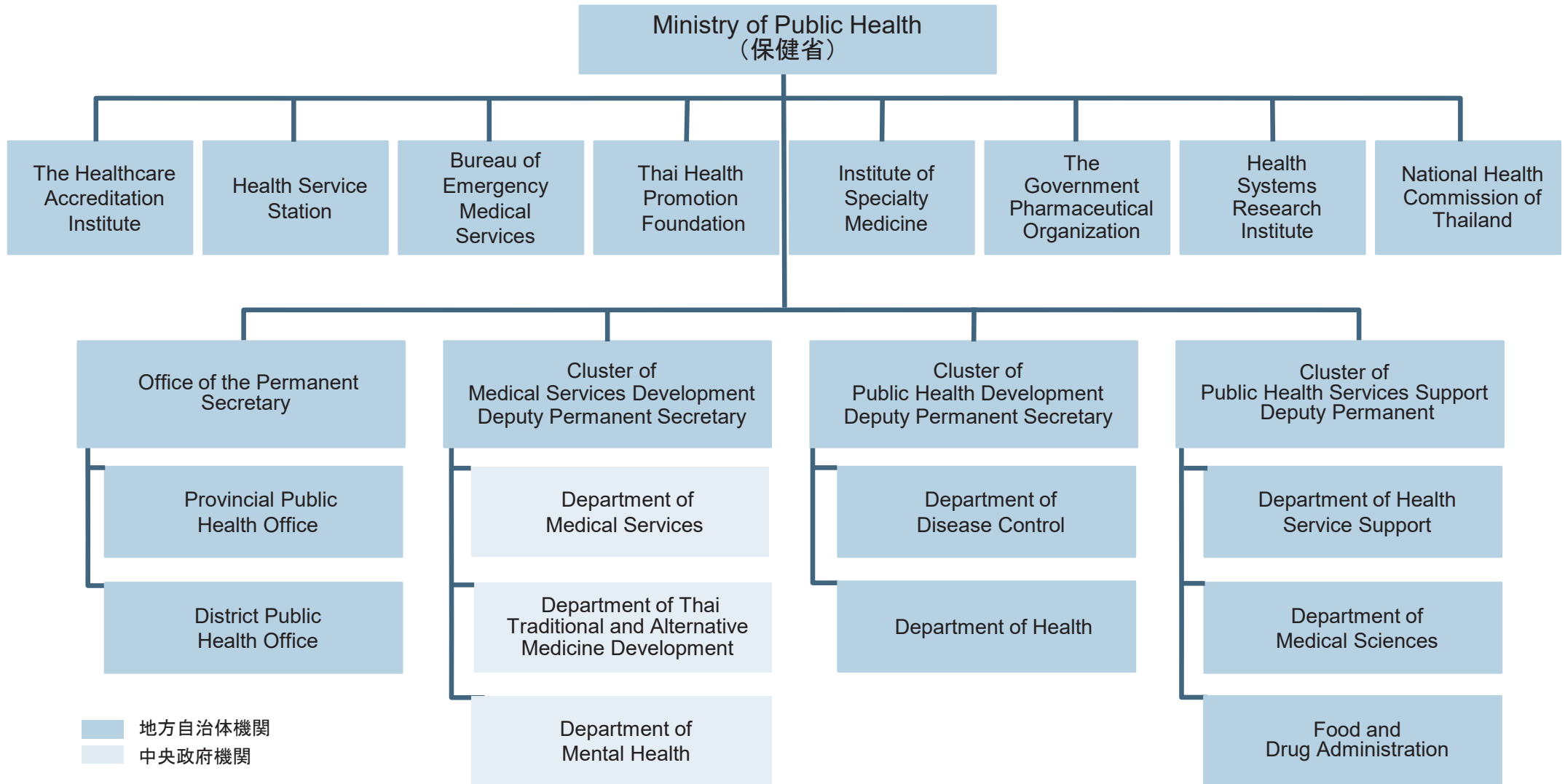
機能	概要	2016年度		2017年度		2018年度	
		金額	%	金額	%	金額	%
医療サービス	医療関連施設の建設、リノベーション、拡大など	119,382	43.5%	125,536	42.5%	125,394	41.5%
公衆衛生	医療サービス提供環境の改善など	4,078	1.6%	5,861	2.0%	6,136	2.0%
研究開発	健康を害する要因やその予防等に関する研究・開発など	2,774	1.0%	1,230	0.2%	2,095	0.7%
外来	医療従事者の教育・開発など	1,157	0.4%	1,109	0.4%	919	0.3%
医療製品・機器・設備*2	医療機関における医療製品・機器・設備の整備など	-	-	13	0.0%	64	0.0%
その他*3	関連サービスや各種調整などに使われた人件費など	146,841	53.6%	161,834	54.8%	167,449	55.4%
合計		274,230	100.00%	295,583	100.00%	302,058	100.00%

*1 各項目はIMFの政府財政統計(GFS)に基づく

*2 医療製品・機器・設備は科学技術省管轄だったが、2017年度より保健省管轄化に再編成

*3 その他は関連サービス、企画、管理、調整など他に分類できない項目を含み、それぞれ1%以下の内容の集合

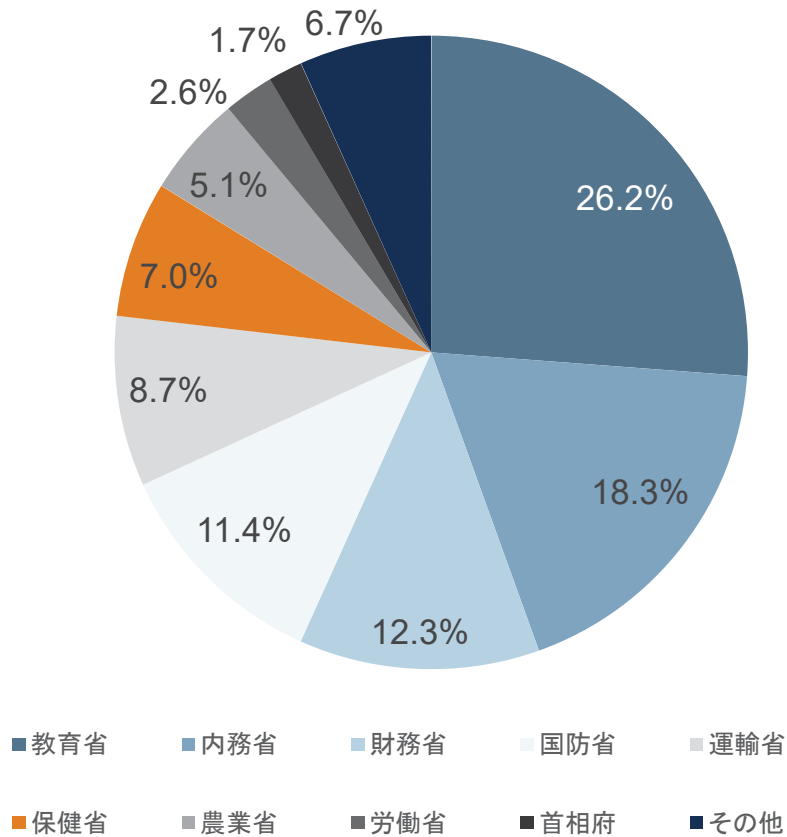
保健省は、医薬品、医療機器、医療機関および食品と化粧品を含む国民の医療関連を管轄している



保健省向け予算配分は、20省庁中6位。 医療は最大の懸案事項の一つでもあり、年毎に増加している

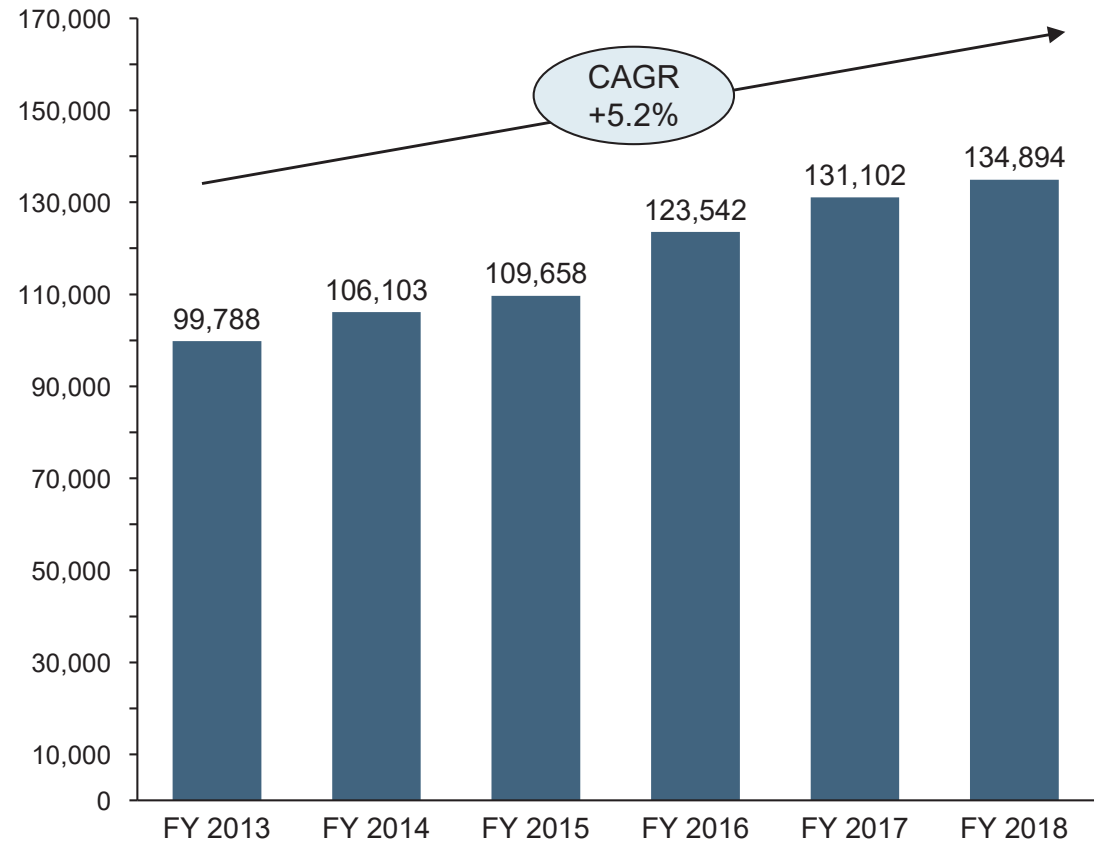
省庁別予算配分
パーセント(2018年度時点)

計: 1兆9380億バーツ*1



*1 1兆9380億バーツの予算は、内閣下の20省庁を含み、その他機関を含まない

保健省予算
100万バーツ



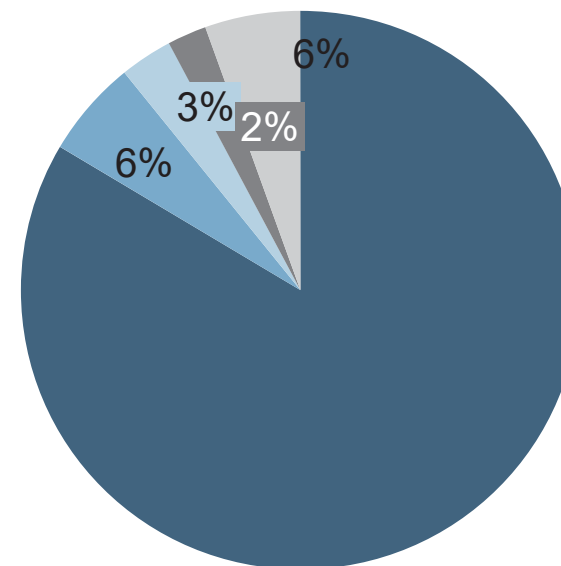
最大の予算配分・予算増加を持つ次官事務局は、全国の公立病院の管理を担当

保健省予算
100万バーツ

部門別配分
パーセント(2018年度時点)

計: 1348億バーツ

部門	2010年度	2018年度	CAGR (%)
• 次官事務局Office of the Permanent Secretary	58,171	112,763	8.63
• 医療局Department of Medical Services	3,494	7,594	10.19
• 疾病予防局 Department of Disease Control	3,192	3,895	2.52
• 精神衛生局 Department of Mental Health	1,917	3,158	6.44
• その他	4,851	7,484	5.57

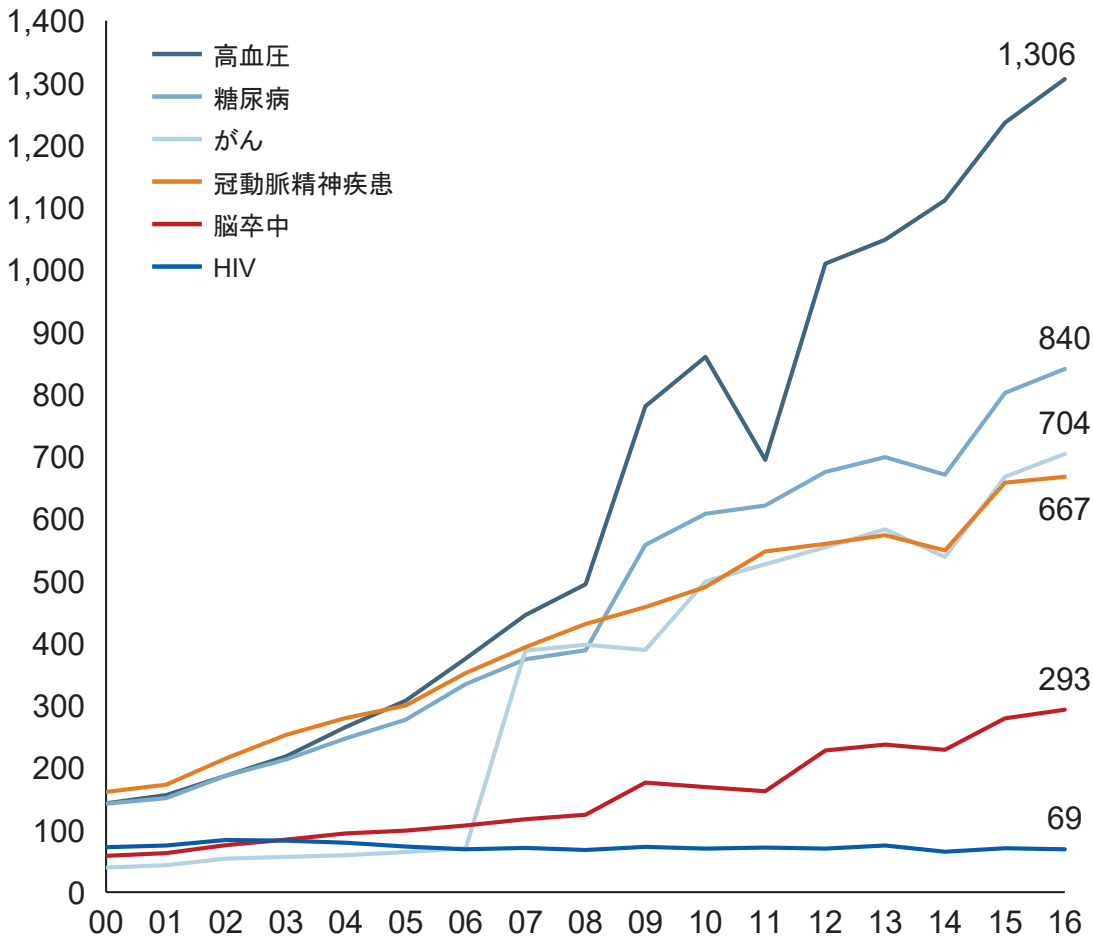


*1 その他は以下の部門を含む: Department of Health, Department of Medical Sciences, National Health Security Office, Department of Health Service Support, Food and Drug Administration, Department of Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, National Institute for Emergency Medicine Bangphaeo Hospital, The Healthcare Accreditation Institute, and National Vaccine Institute.

タイでは、非感染症の患者数は顕著な増加傾向にあり、 それに伴って非感染症疾患事務局への予算配分も増加している

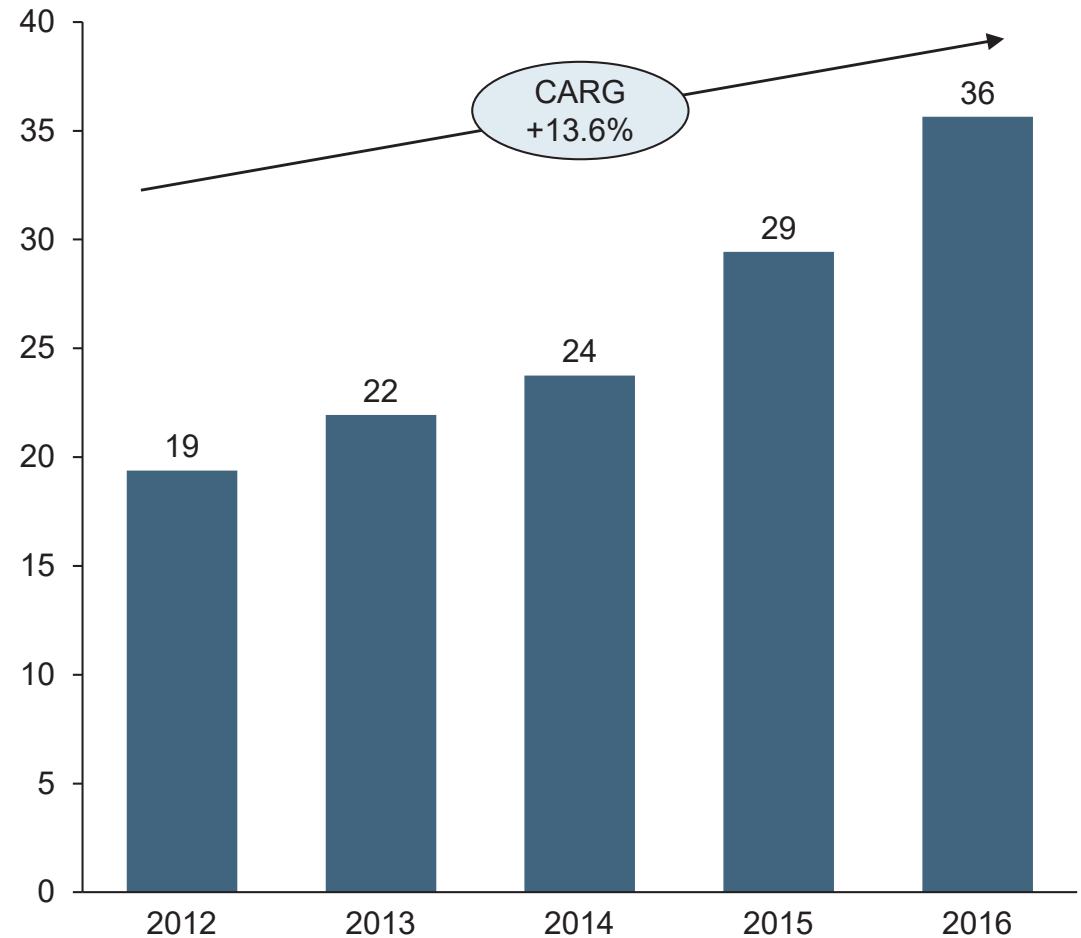
非感染症疾病患者数

単位 - 1,000人

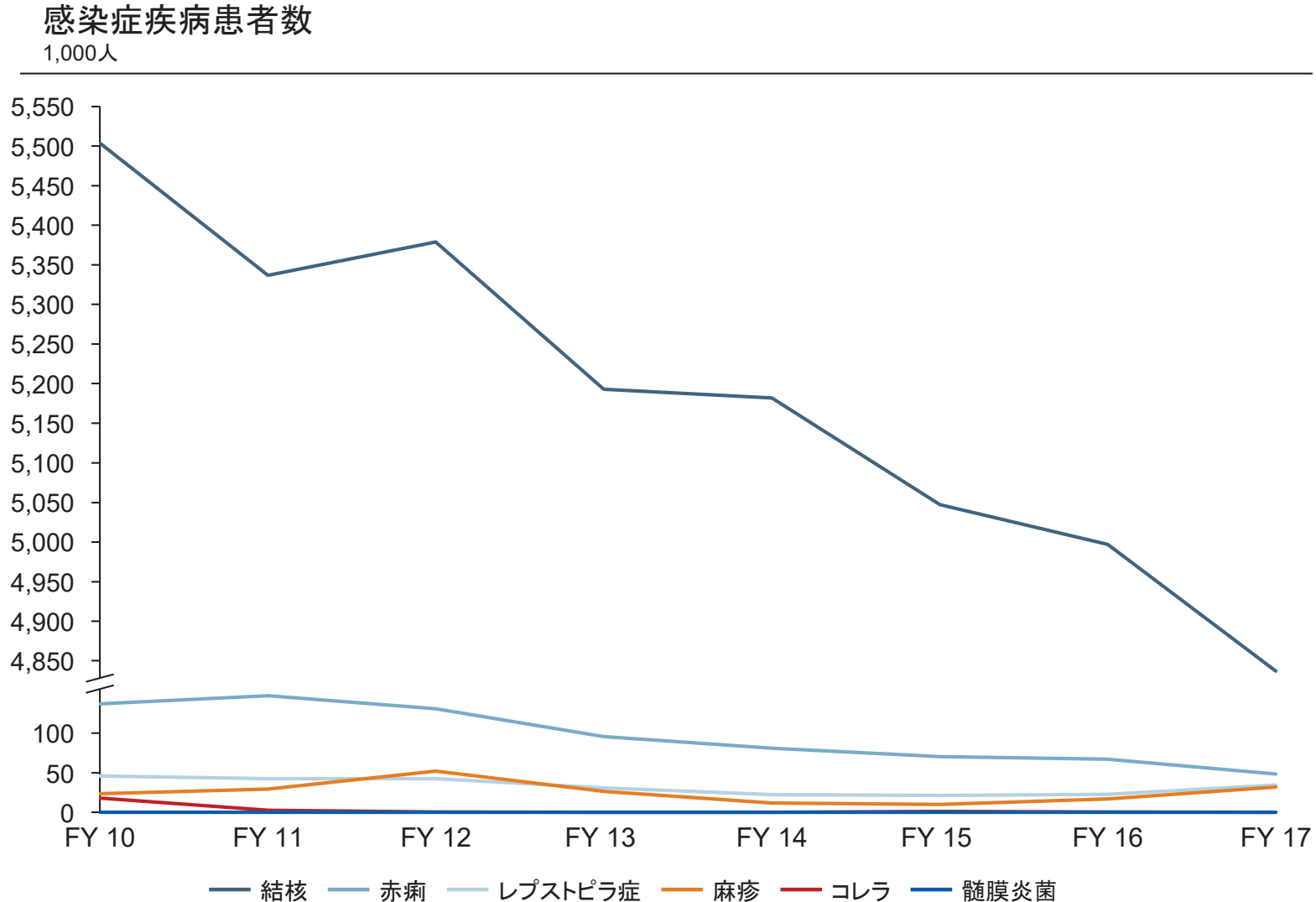


非感染症疾患事務局Bureau of Non Communicable Diseaseへの保健省予算配分

単位:100万バーツ



一人当たり医療費支出の増加は、タイ国民の健康意識の高まりを表している。
これにより感染症疾患の患者数は、減少傾向にある



保健省のプロジェクトでは、不平等の減少、医療サービスへのアクセス向上に向けた医療サービスシステムの確立を継続して実行している

2018年保健省プロジェクト

	詳細	総予算 (100万バーツ)
健康促進、疾病および消費者・環境予防	<ul style="list-style-type: none"> プライマリケアサービスシステムや州医療ネットワークの構築 健康促進、疾病予防および消費者健康保護の促進 環境サステナビリティのための廃棄物管理 	16,385
医療サービスシステム改善	<ul style="list-style-type: none"> 品質、水準における医療サービスシステムの強化 	11,143
各種啓発	<ul style="list-style-type: none"> 医療システムにおける人材管理効率の改善 民間、地域等における健康に関する知識啓発 	7,212
高品質医療へのアクセス平等化対策	<ul style="list-style-type: none"> 各医療システム間の公平性確保、不平等の是正 	4,300

目次

新興国の医療・保健状況のステージ整理

タイに関するケーススタディ

マレーシアに関するケーススタディ

まとめ

マレーシアに関するケーススタディ(UHC調査)

マレーシアに関するケーススタディ(UHC調査) | UHC実現のための制度

マレーシアは、一～三次医療を受けられる環境の整備と、連邦政府予算の支出により患者の自己負担を抑えることで、UHCを実現している。

UHC実現のための制度

制度	詳細	受益者
一次医療 (PHC)	<ul style="list-style-type: none">マレーシアのPHCシステムは、2,869の公共クリニック、9,327の民間クリニックおよび歯科医院からなる混合システムパブリックセクターは、国全体に診療所、コミュニティクリニック、ワンマレーシアクリニックおよび移動診療所の一大ネットワークを有するパブリックセクターは外来医療の60%を提供、一次医療総支出の35%を占める	<ul style="list-style-type: none">診療所 - 都市および地方コミュニティクリニック - 地方ワンマレーシアクリニック - 都市貧困層
二次・三次医療 (STHC)	<ul style="list-style-type: none">マレーシアの二次・三次医療は、144の公立病院と、289の民間施設(病院、老人ホーム、妊婦ホーム、外来診療センターおよびホスピス)の混合サービスパブリックセクターは支出の2/3を占め、病床利用率は3/4である	<ul style="list-style-type: none">公立病院 - マレーシア人のみ
高齢者基金／制度 (BOT)	<ul style="list-style-type: none">貧困層の高齢者が地域コミュニティに支えられながら通常の生活を送ることができるようにするための政府支援。女性家族社会開発省が担当月額RM300が最大12カ月間支給される	<ul style="list-style-type: none">60歳以上の高齢者で収入を得る手段がなく単独で生活をしている者家族と同居をしている場合その世帯の月間総所得がRM720を下回っている者
低所得者支援プログラム (EPF)	<ul style="list-style-type: none">女性社会家族開発省 社会福祉局が提供している高齢者・子供・障害者・警察と軍の未亡人等の低所得者向け福祉プログラム2012年には15万人の貧困者へ1人あたりRM300を支給した	<ul style="list-style-type: none">低所得者

一次医療システムの整備は、1957年より医療における重点項目とされ、一次医療機関の施設数や提供される医療サービスも年々拡大してきている。

一次医療(PHC)の概要

医療サービスの拡大内容

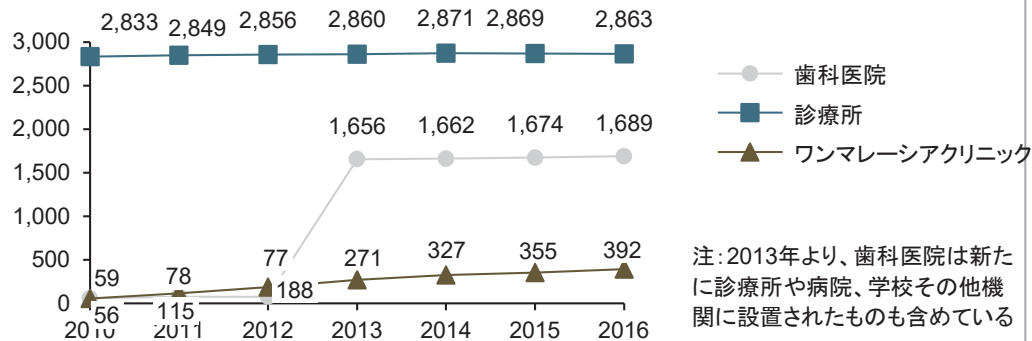
背景

- マレーシアにおいて一次医療は1957年より医療における重点項目である。1957年当時は、診療所数はわずか7箇所であった
- 一次医療システムは、貧困層、地方在住者や異なる民族にリーチし、感染症の減少、平均余命増進の一助となることに成功
- 患者は一次医療施設から専門医や病院へのリファラルを得ることができる

施設

- 歯科医院
- 診療所
- コミュニティクリニック
- ワンマレーシアクリニック
- 移動診療所

一次医療施設数



2010

- 母子医療
- 家族計画
- 外来
- 環境
- 学校
- 歯科
- 医薬品
- 検査
- 要支援児童
- 不妊治療
- 高齢者クリニック
- 糖尿病クリニック
- 青年期医療
- 労働衛生
- 救急医療
- ヘルスインフォマテイクス
- てんかん
- リハビリ
- HPV(ヒトパピローマウイルス)
- 注射針交換プログラム
- メタドン
- 性感染症
- 兵役
- 刑務所
- ワンマレーシアクリニック
- DTS

2000

- 母子医療
- 家族計画
- 外来
- 環境
- 学校
- 歯科
- 医薬品
- 検査
- 要支援児童
- 不妊治療クリニック
- 高齢者クリニック
- 糖尿病クリニック
- 青年期医療
- 労働衛生
- 救急医療
- ヘルスインフォマテイクス

1980

- 母子医療
- 家族計画
- 外来
- 環境
- 学校
- 歯科
- 医薬品
- 検査

1960

- 母子医療
- 家族計画
- 外来
- 環境
- 学校

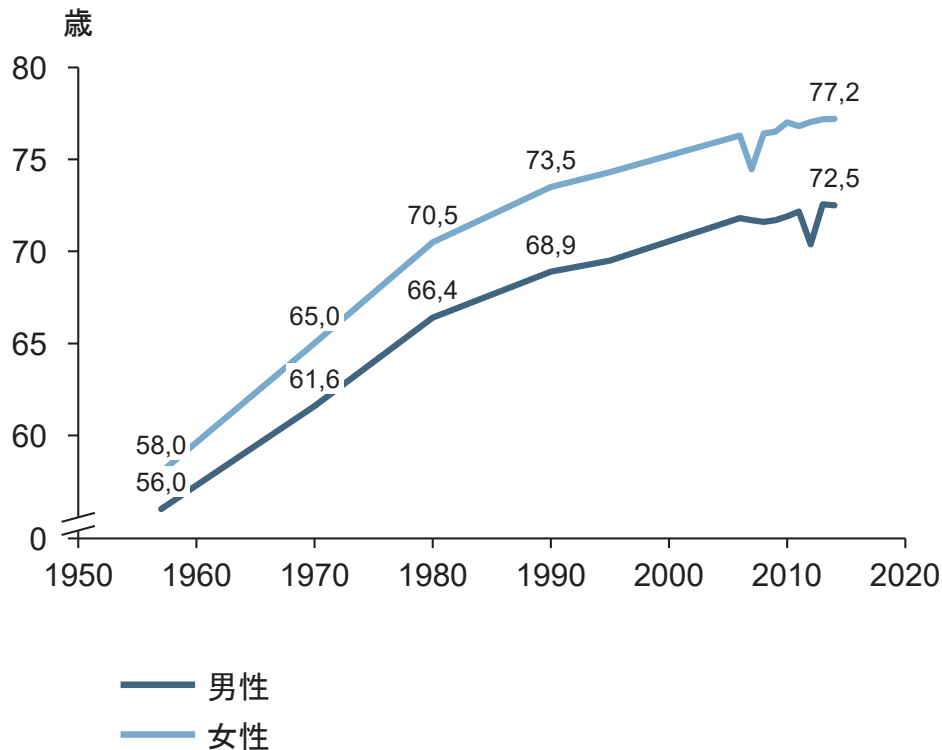
マレーシアに関するケーススタディ(UHC調査) | 一次医療(PHC)システムの効果

マレーシアでは一次医療(PHC)の整備後、 過去数十年で国民の健康状況が大幅に改善している。

- 平均寿命は毎年増加しており、2010年より、男性の平均余命は0.6年、女性の平均余命は0.2年の改善を見せている。
- マレーシアの小児および新生児死亡率は過去数十年間で大幅に改善している。

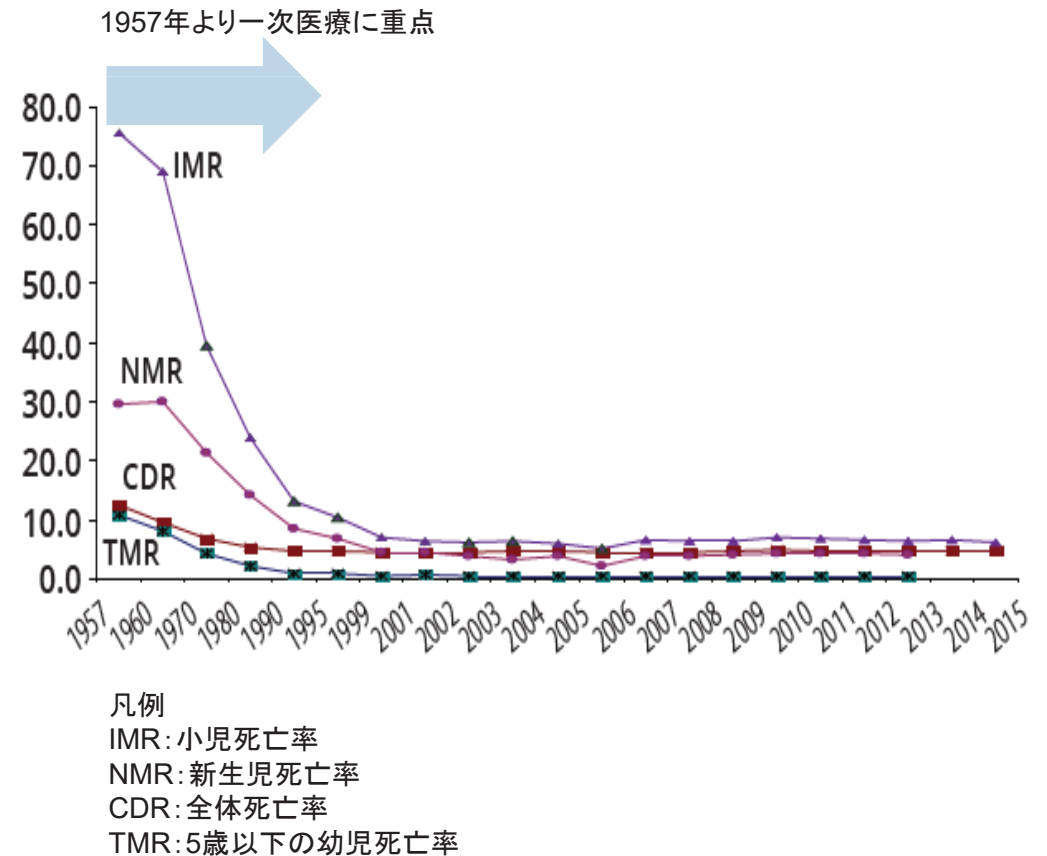
出生時平均寿命

年齢、1957年～2014年



小児死亡率および新生児死亡率

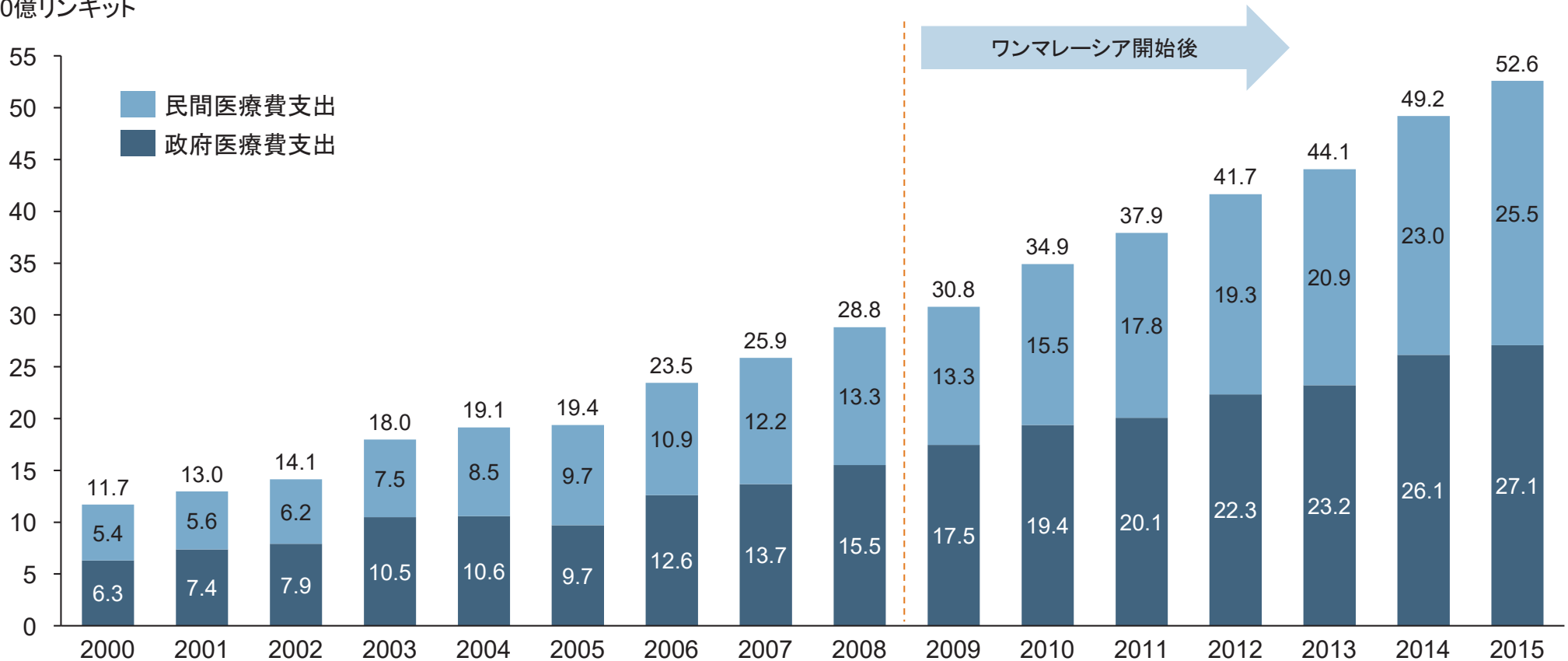
パーセント、1957年～2015年



2000年から2015年にかけて、医療費支出は増加傾向にある。
公的医療費支出は、民間医療費支出よりわずかに高い水準を維持している。

医療費支出 2000年～2015年

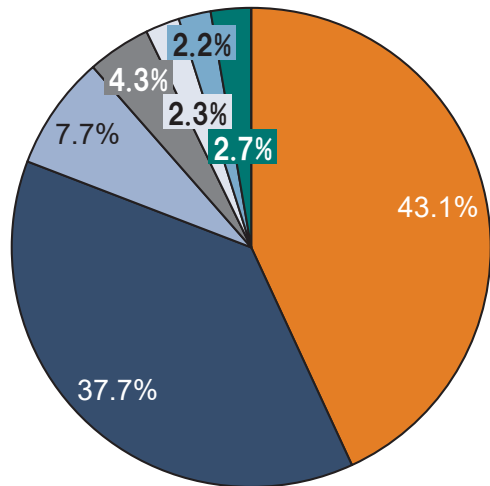
10億リンギット



総医療費支出の約43%が保健省より拠出されている。
その他の主要財源は、個人負担分および民間保険会社からとなっている。

財源別医療費支出の支出元
パーセント、2015年

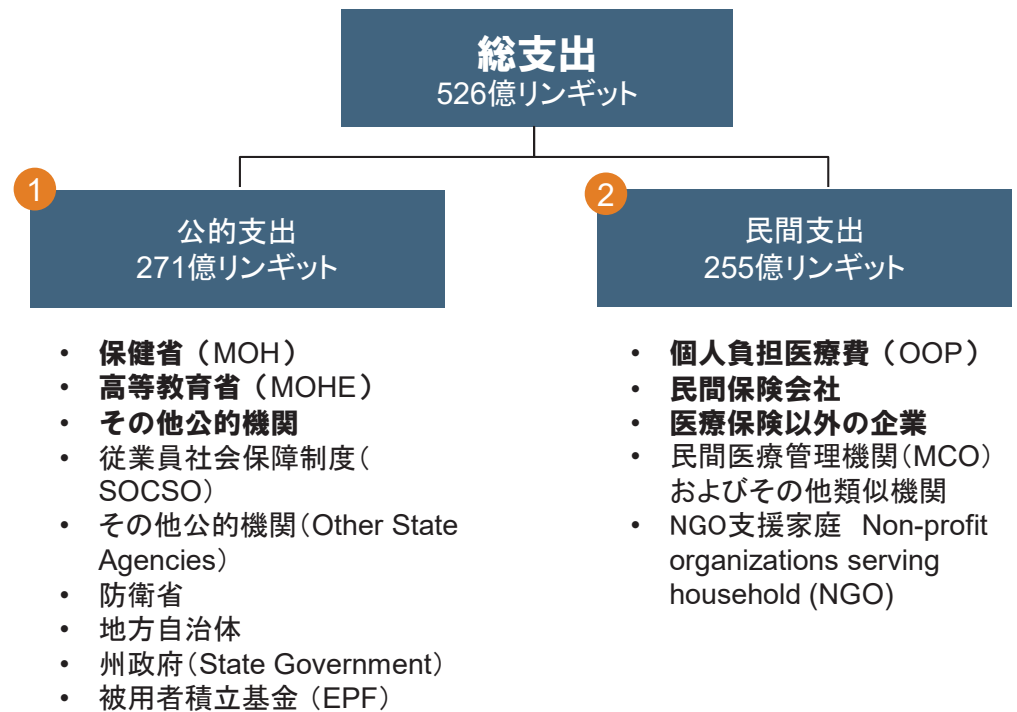
総医療費支出: 526億リンギット



- 保健省 (MOH)
- 個人負担医療費 (OOP)
- 民間保険会社
- その他公的機関 (Other State Agencies)
- 高等教育省 (MOHE)
- 医療保険以外の企業

その他

公的・民間支出財源



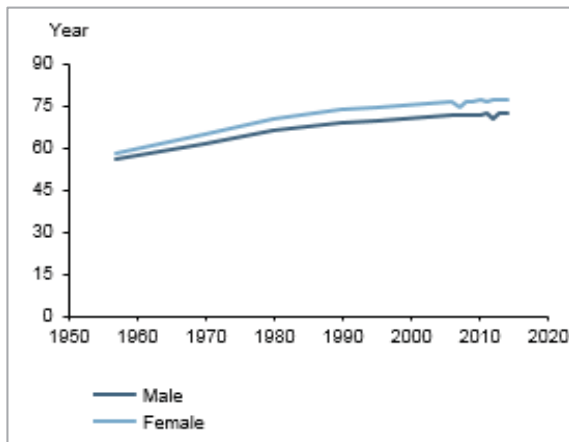
連邦政府の支出に依存した医療システムとなっており、増加する高齢者や非感染症への医療ニーズに対し、持続可能性が低いのが課題である。

UHC維持における主要課題

1

高齢化の進展

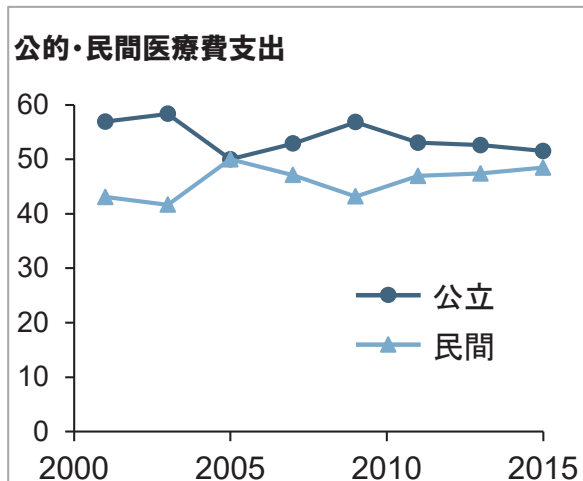
- マレーシアの平均余命は、約75歳まで向上した。これにより、入院・外来とも患者数増加が見込まれている
- 将来人口推計によると、2020年までに、マレーシア全人口のうち7%が65歳以上となると推定



2

医療費増による財務的課題

- 2015年時点で、政府はマレーシアの医療費支出のうち52%を拠出
 - 多くを政府支出に依存した医療システムであり、長期的な持続可能性があるか不透明



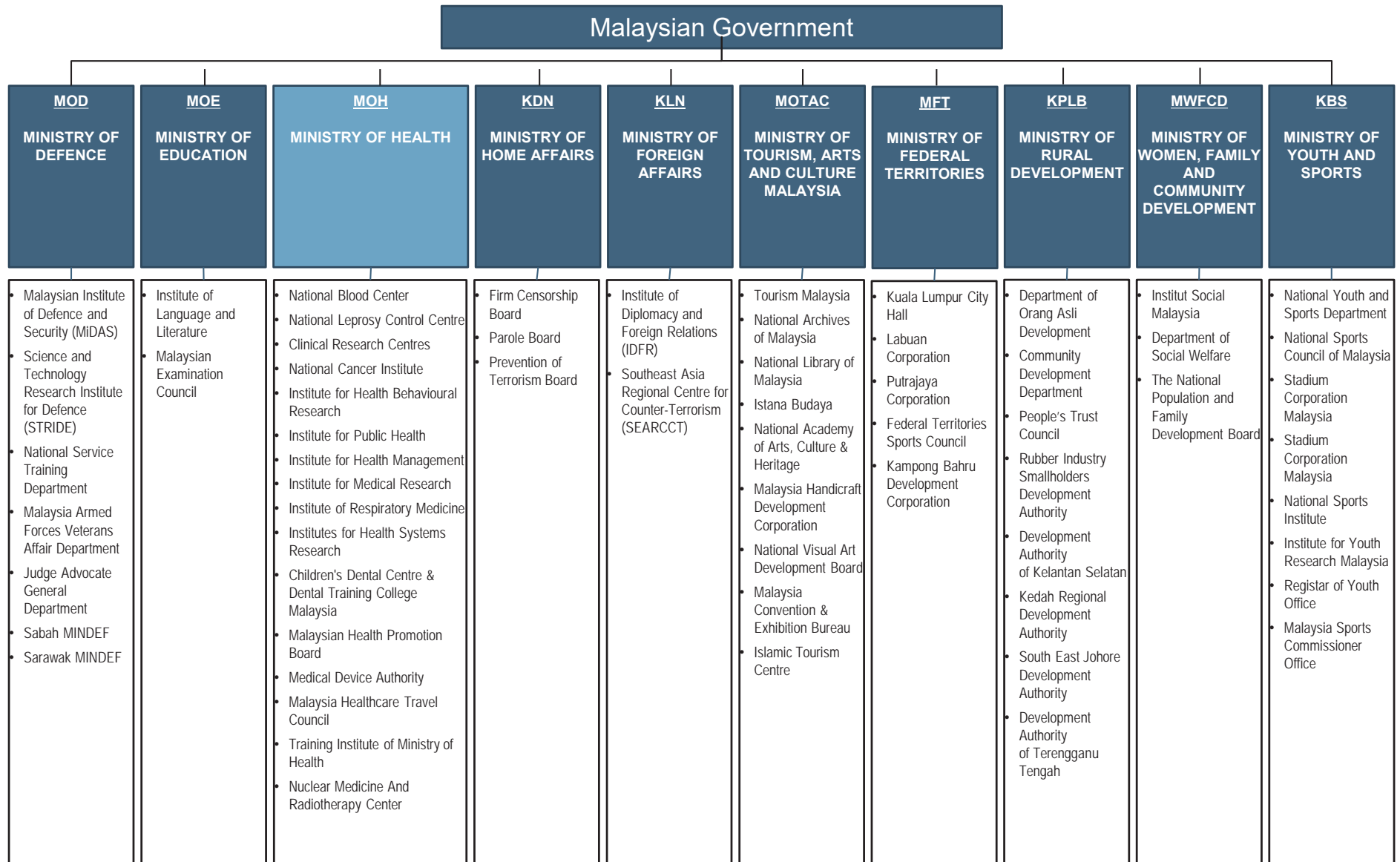
3

非感染症による負担

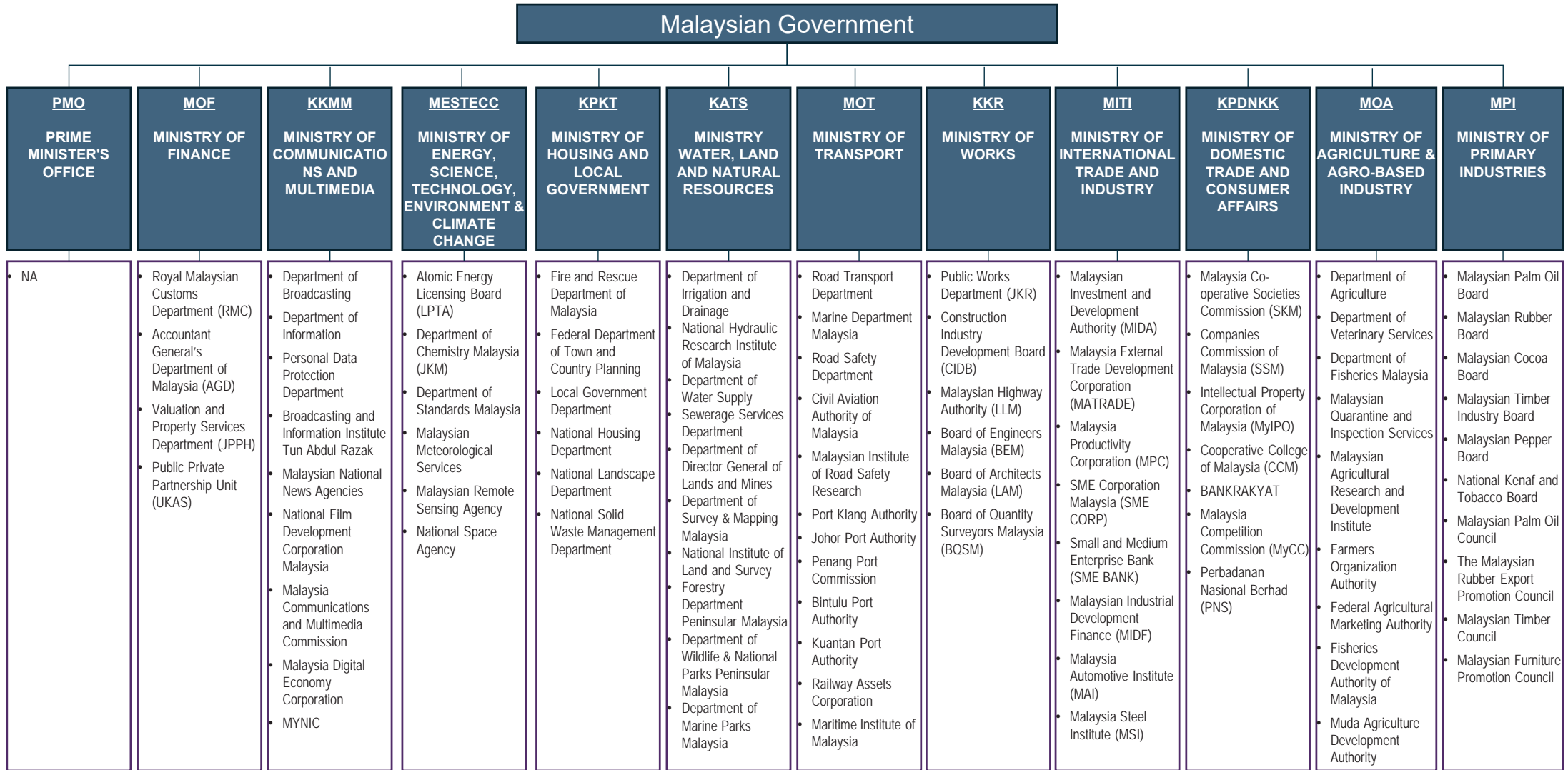
- 生産年齢人口の死亡のうち、約70%が非感染症による死亡である
 - これらの疾患に対する負担増対応に向け、医療サービスの運営、財務管理、提供において改革が必要となる
- 非感染症対策が政府として検討されているが、予算は感染症よりも大きくなる傾向があり、負担が増えている
- 政府の非感染症対策は以下の通り
 - National Strategic Plan for Tobacco Control 2015-2020
 - Policy Options to Combat Obesity in Malaysia 2016- 2025
 - Salt Reduction Strategy to Prevent and Control NCD for Malaysia 2015-2020

マレーシアに関するケーススタディ(保健省予算調査)

マレーシアには22の省庁があり、保健省傘下には16の機関・事務局がある。



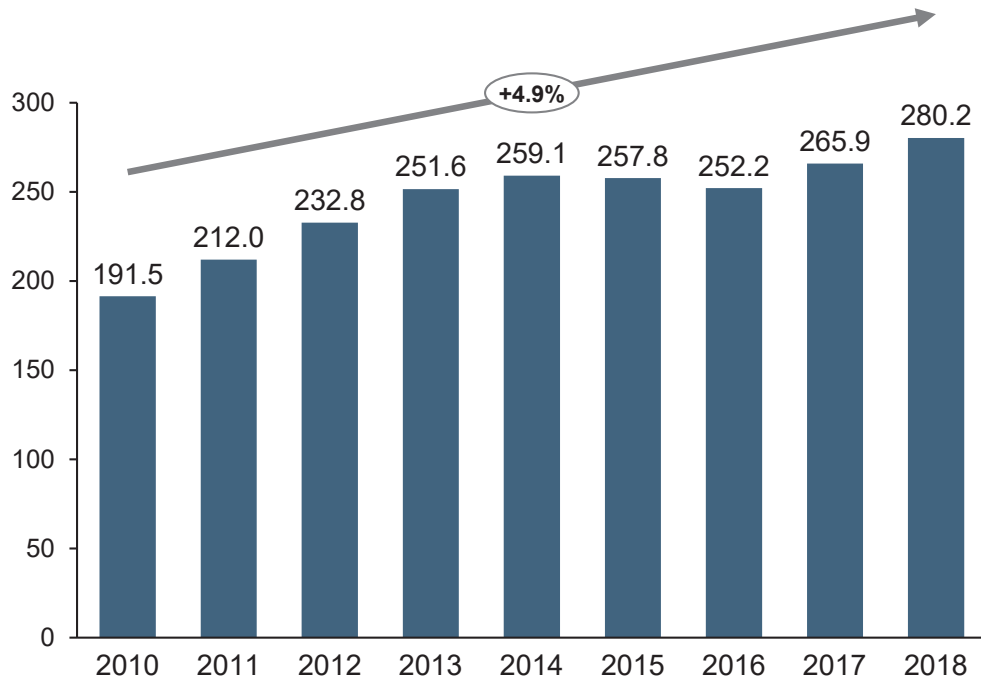
マレーシアには22の省庁があり、保健省傘下には16の機関・事務局がある。



政府予算は2010年から2018年の間にCAGR4.9%で増加している。

政府予算

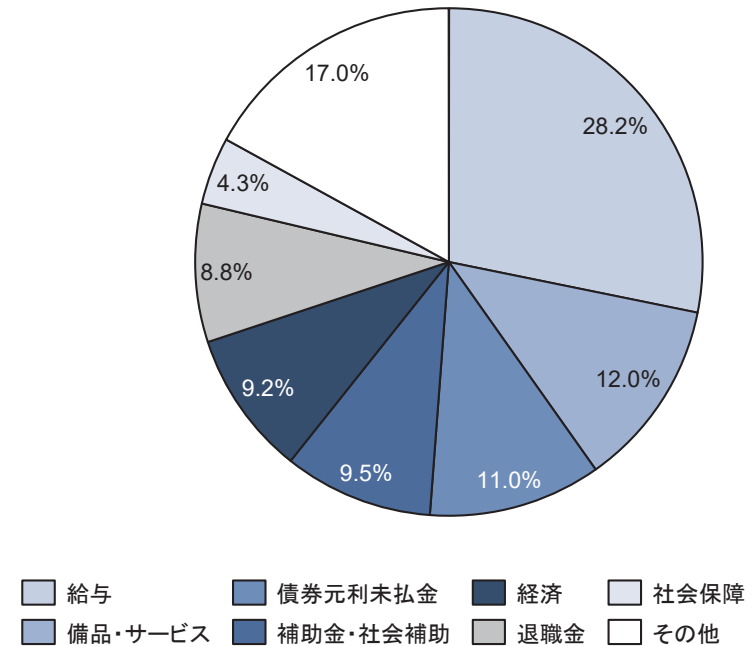
単位: 10億リンギット、2010年～2018年



政府予算内訳

パーセント (2018年)

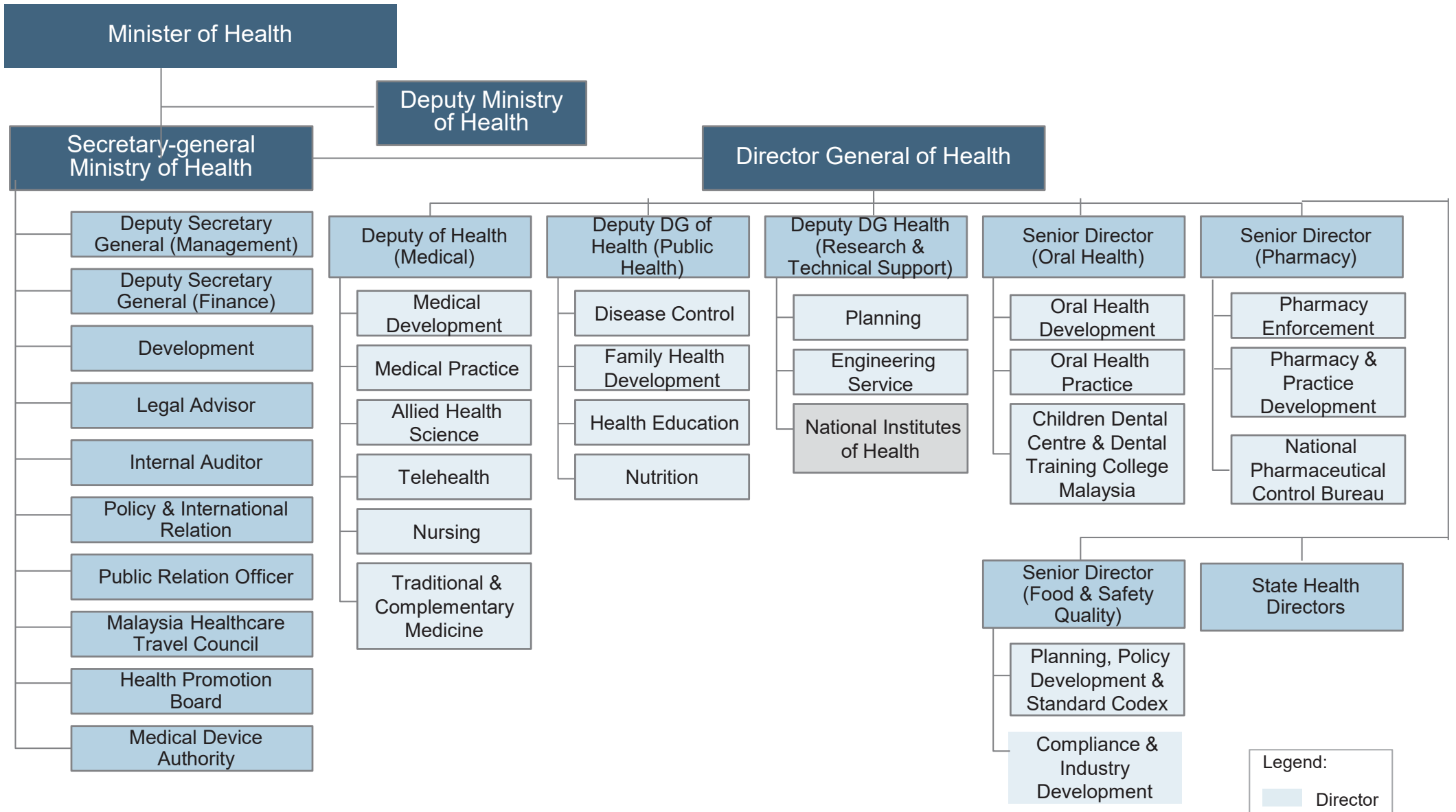
合計: 2,802億リンギット



注: その他は、国政府への助成・送金、セキュリティ関連、一般事務費などを含む

保健省の体制は以下の通り。

保健局長(Director General)の傘下には、分野別に7つの部門が存在している。



予算の大部分は、医療品質向上および新規病院・病室開設に配分されている。
2018年度予算では、医療ツーリズムへの配分も増加している。

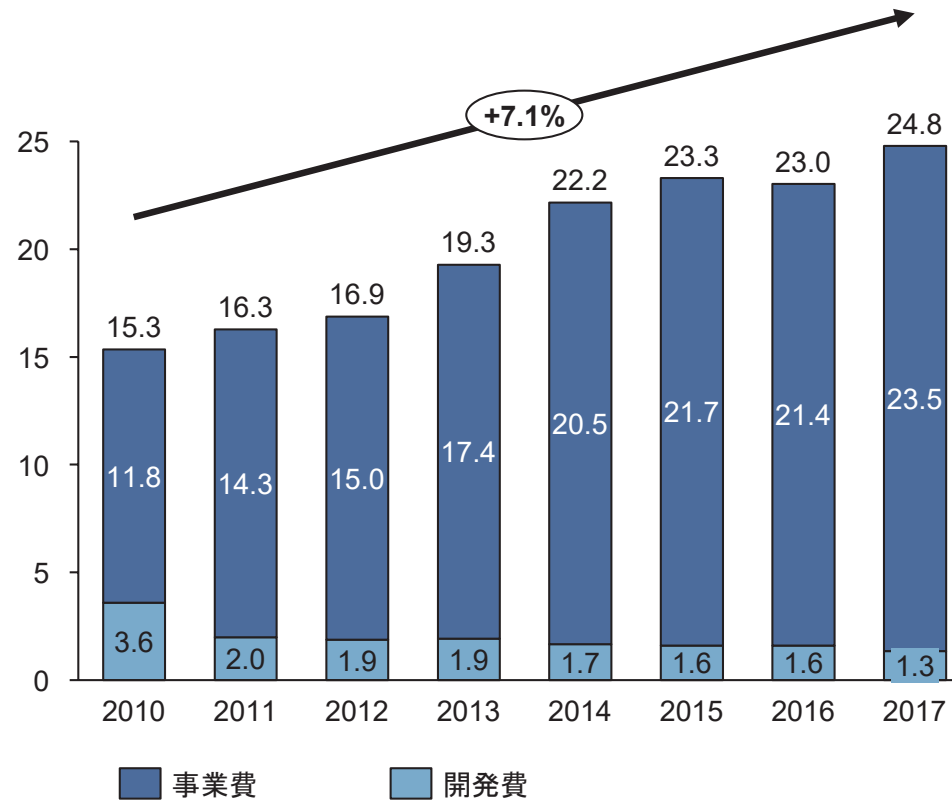
保健省の主要プロジェクトの概要(2018年度)

	概要等	合計予算 (100万リンギット)
医療用品、消耗品および医療関連用品	<ul style="list-style-type: none"> 薬品、医薬品、医療用補助具およびワクチンや試薬を含む消耗品 	4,100
病院・病室新規開設	<ul style="list-style-type: none"> Tengku Ampuan Afzan病院およびPutrajaya病院の女性・子ども病室2区画を各300病床増床(10億リンギット) Sungai Petaniがんセンターを200床増床(5億リンギット) Pulau Pinang病院の専門クリニック1区画および新規病室を300床増床(5億リンギット) 	2,380
医療施設、医療機器、救急車両の改修・管理	<ul style="list-style-type: none"> Muar、BantingおよびBalik Pulauの3病院でのモジュラーアプローチを適用した手術室の建設など 	1,400
医療ツーリズム	<ul style="list-style-type: none"> 2011年から2015年にかけて医療ツーリズム業界はCAGR15%の増加 経済への波及効果は約40~50億リンギットと推定 	30

医療関連予算は、2010年から2017年にかけてCAGR7.1%で上昇しており、平均87%以上が事業費に割り当てられている

保健省の予算

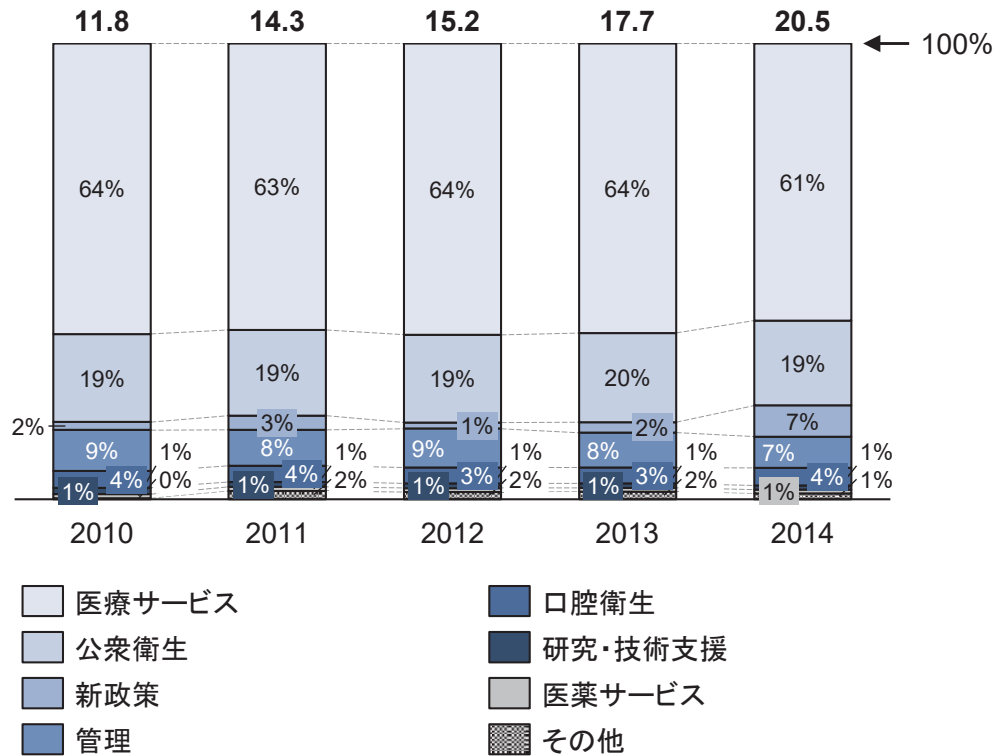
単位: 10億リンギット、2010年~2017年



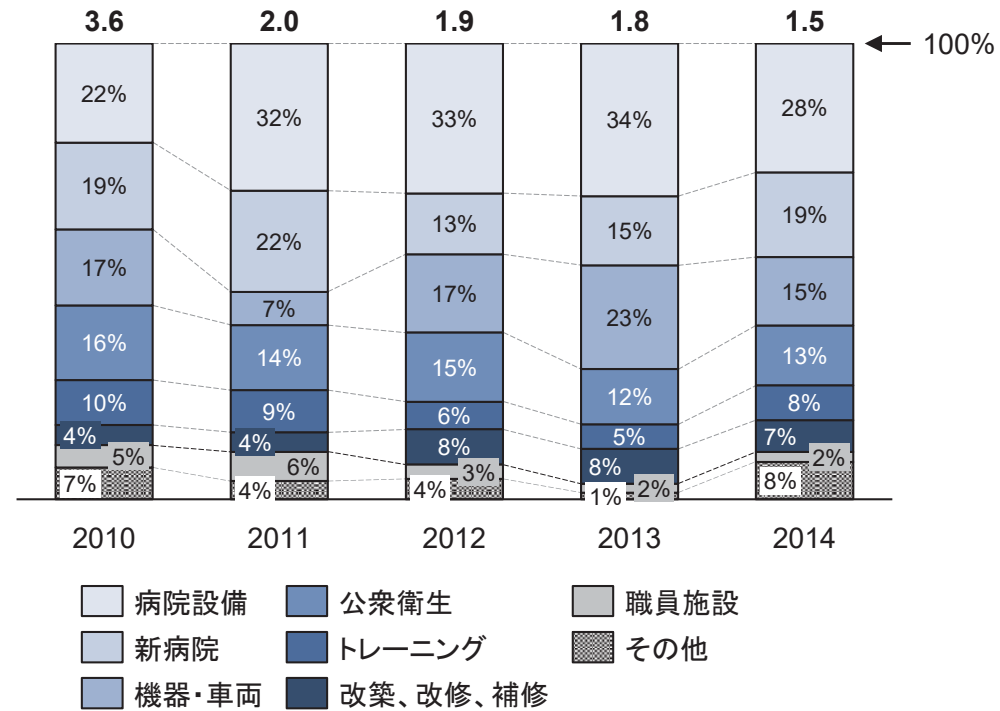
事業費は、医療サービスが最も大きく、次に公衆衛生への割り当てが多い。
開発費については、病院設備が最も大きく、次に新病院への割り当てが多い。

事業費・開発費の内訳
 パーセント、2009年～2014年

事業費のプログラム別内訳



開発費のプロジェクト別内訳



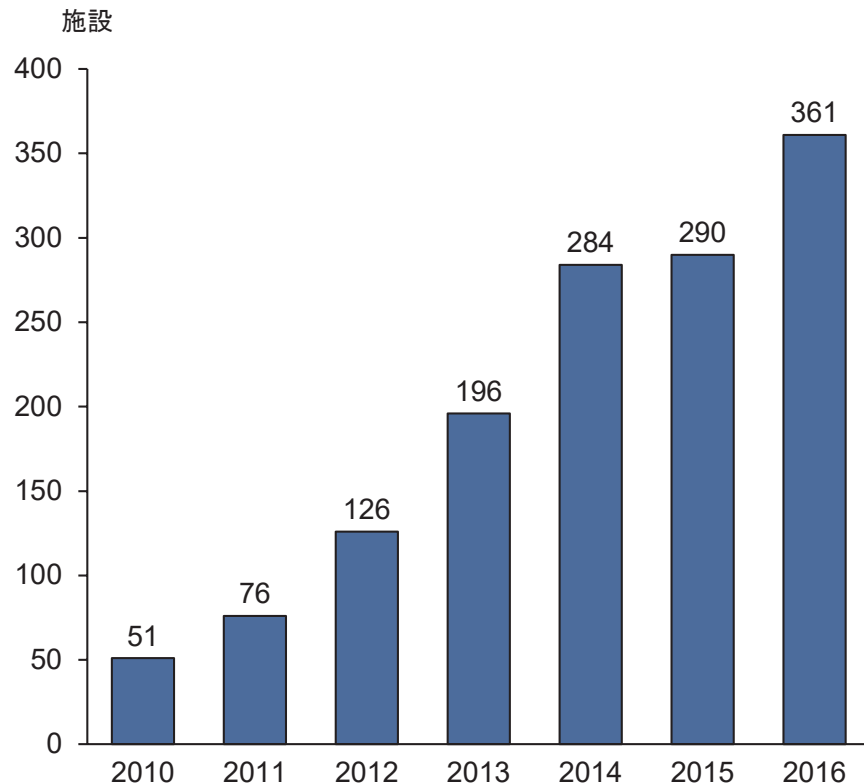
注: 食品品質・安全 (Include food safety & quality)、マレーシア健康促進事務局 (Malaysia Health Promotion Board)、医療機器管理局 (Medical Device Authority) などを含む

注: 研究開発費、職員施設、国家主要経済特区、ICT施設、健康促進、用地調達および保全を含む

2009年以降、国内都市圏貧困層への医療提供のため設立された、ワンマレーシアクリニックの運営および建設に予算が多く配分されている

ワンマレーシアクリニックの数

2010年～2016年



- ワンマレーシアクリニックは、国内都市圏の貧困層に基礎的な医療を提供するため、2010年に設立された。高齢者は無料だが、その他は利用ごとに1リンギット支払う
- マレーシア政府は、2009年以来ワンマレーシアクリニックの運営、建設に予算を多く配分している。2013年には、政府は70の新規ワンマレーシアクリニック開設のため2,000万リンギットを費やした。2016年にはこれらの既設クリニックの運営およびさらなるクリニック新設に5200万リンギットが配分された
- 野党連合Pakatan Harapan(希望連盟)政府は、いくつかのクリニックにおいて、サービス対象を基礎的プライマリ医療から慢性疾患治療、妊婦および子ども医療まで拡大するとしている

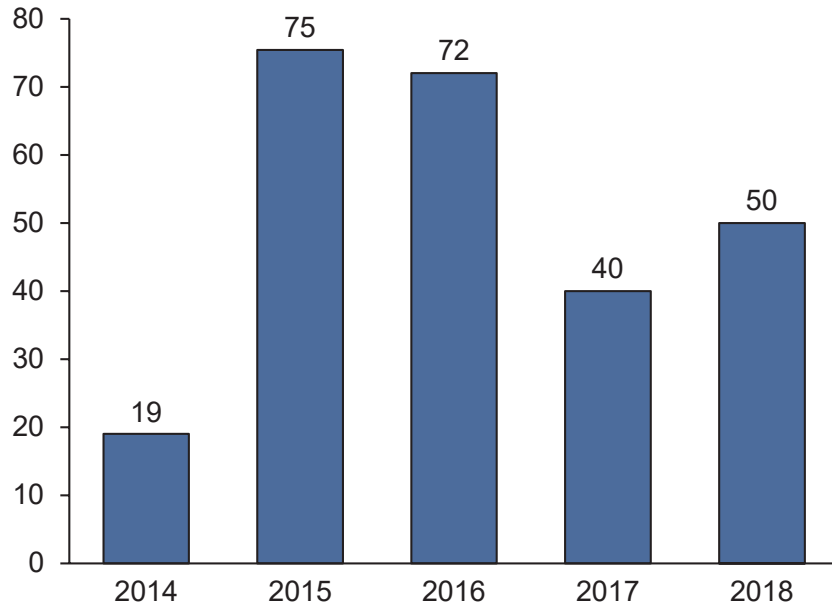


※2018年の政権交代により、今後は名称やその機能について見直しが行われる予定

定期的な透析が必要な患者数は、過去10年間で急増している。
政府も継続的に血液透析補助に予算を配分している。

血液透析補助予算

単位:100万リンギット、2014年- 2018年



- 2015年末には、約**40,000人**の定期透析患者がおり、その90%は週に3回の血液透析を必要とする。過去10年の間に患者数は100%増加している
- 血液透析は腎不全に対する治療法の一つである。当該治療法は、患者の血液を機器を用いて浄化するもので、健康であれば腎臓が行っていた機能を代替する
- マレーシア政府は継続的に血液透析補助に予算を配分し、**さらなる民間の血液透析センターの設置推奨や、機器の購入、治療助成などを実施している**

注)2016年には、予算は血液透析補助だけでなくその他医療補助にも配分

目次

新興国の医療・保健状況のステージ整理

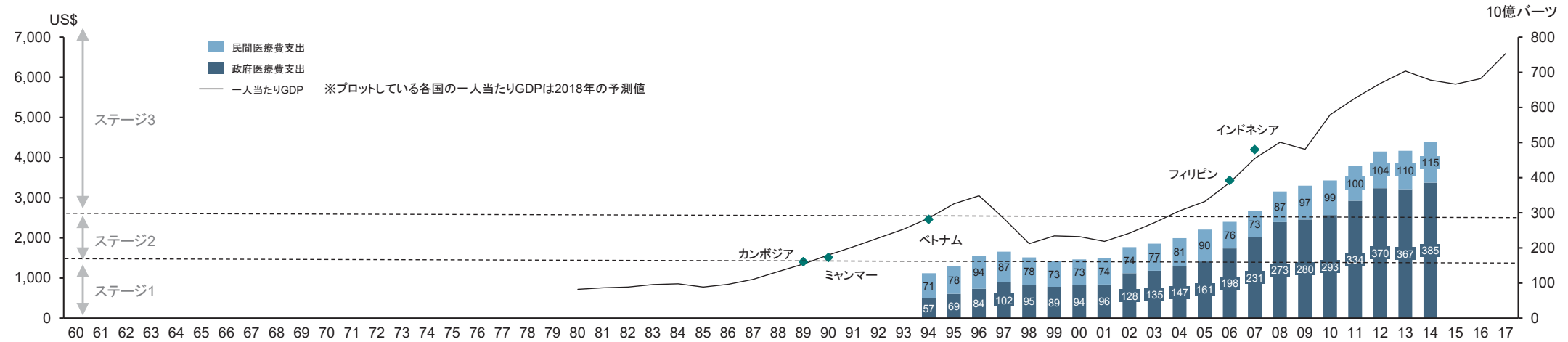
タイに関するケーススタディ

マレーシアに関するケーススタディ

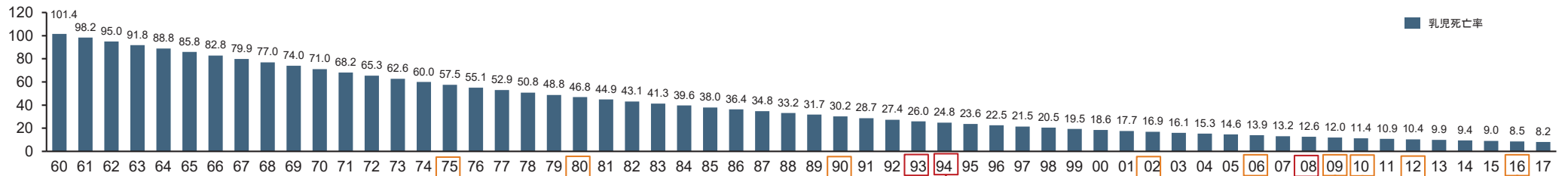
まとめ

まとめ | タイ

2001年頃から、GDP・医療費支出・医療サービスが同時に増加・充実してきた。



死亡数/1,000出生



一次医療サービスの拡充

公的医療給付制度
疾患別
救急医療

低所得者向け給付制度

- 加入率: 29%
- 対象: 低所得者
- UCSが設立された際に統合

公務員医療給付制 (CSMBS)

- 加入率: 42%
- 対象: 公務員

社会保障制度 (SSS)

- 加入率: 53%
- 対象: 民間被用者

国民医療保障制度 (UCS)

- 加入率: 93%
- 対象: CSMBSとSSSの対象者以外全て
- 当時の名称は、「30パーツ制度」

加入率: 97%
名称をUCSに改称

加入率: 99.5%

JICAにより国立コーンケン病院外傷センターが設置

SMARTによる救急車搬送事業が開始

国立救急医療センターが設立

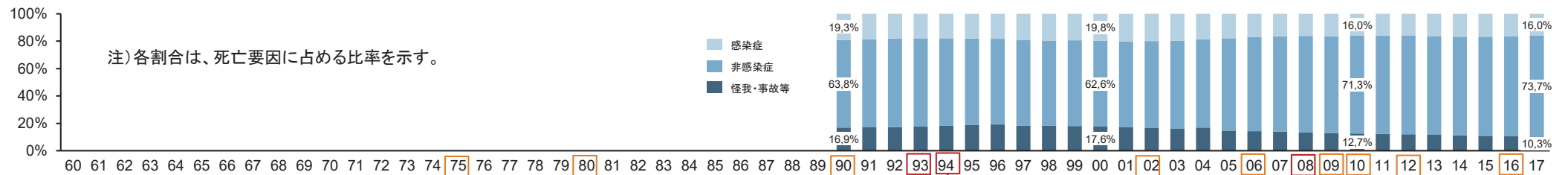
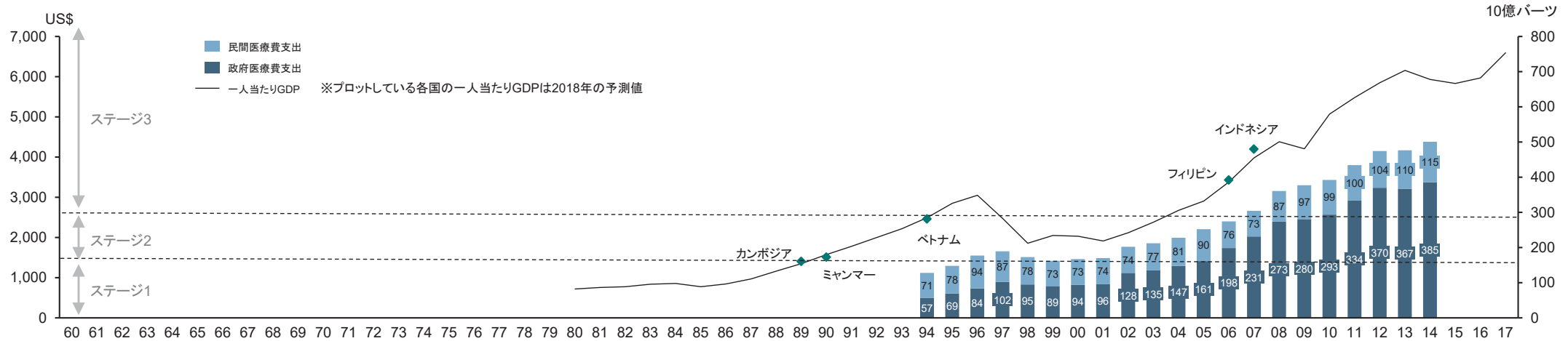
HIV/AIDS

慢性腎疾患

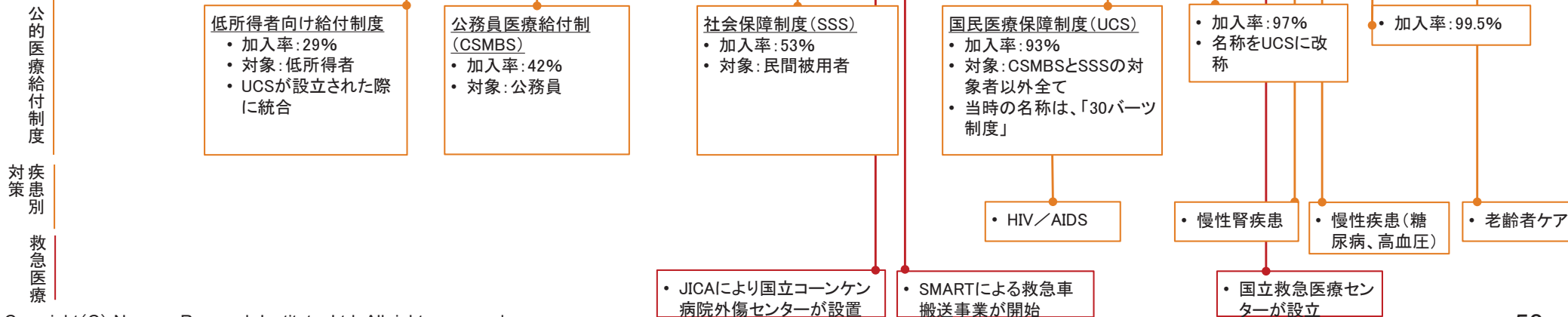
慢性疾患(糖尿病、高血圧)

高齢者ケア

90年以降、非感染症が増加。事故は、90年代に救急医療体制が整備されて以降、減少。

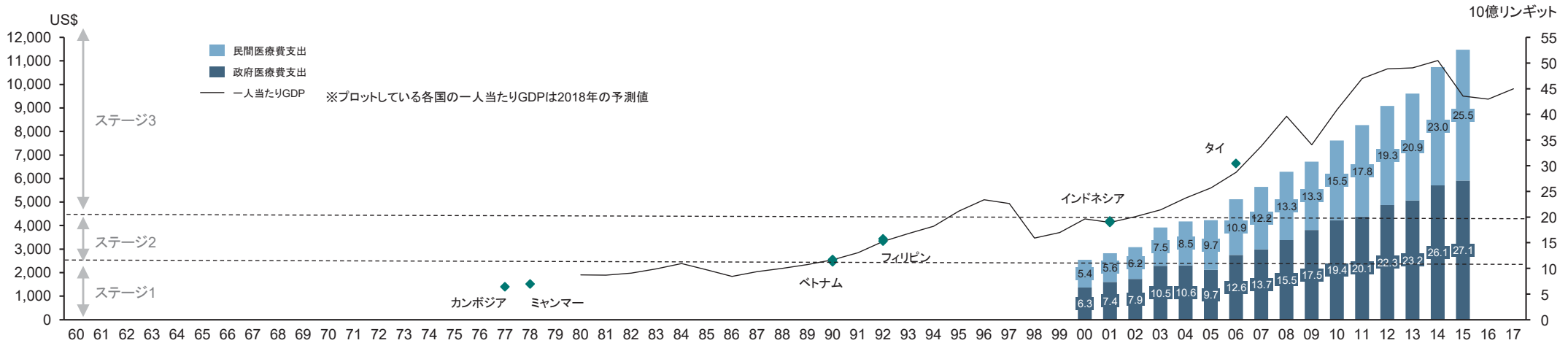


一次医療サービスの拡充

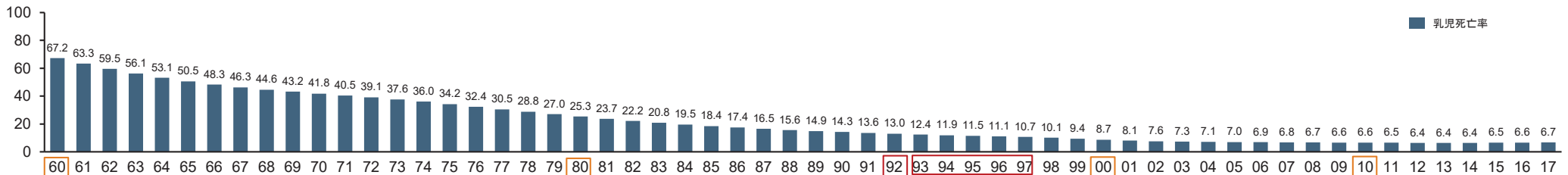


まとめ | マレーシア

ベトナムと比較して乳児死亡率は低い数値を記録。糖尿病や高齢者ケアの導入も早い。



死亡数/1,000出生



一次医療サービスの拡充

公的医療給付制度

- 母子医療
- 家族計画
- 外来
- 環境
- 学校

救急医療

- 歯科
- 医薬品
- 検査

- HKLに救急部を開設し本格的な救急医療体制を整備開始

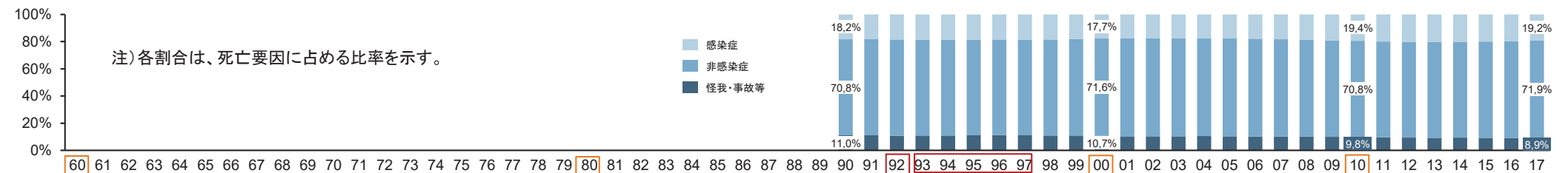
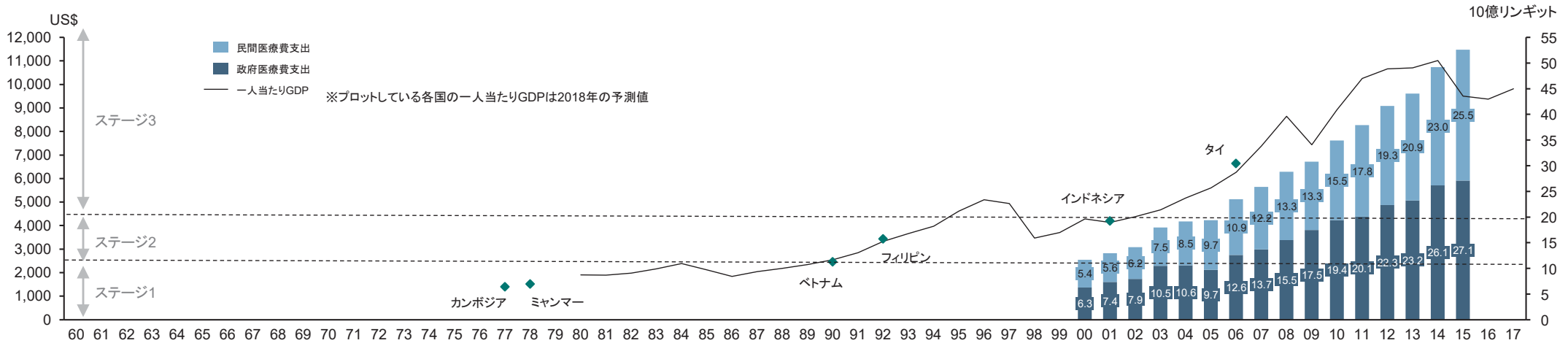
- JICAによる技術協力
- マレーシア初の救急医学会を94・96年にクチン市で開催

- 要支援児童
- 不妊治療クリニック
- 高齢者クリニック
- 糖尿病クリニック
- 青年期医療
- 労働衛生
- 救急医療
- ヘルスイنفオマティクス

- てんかん
- リハビリ
- HPV(ヒトパピローマウイルス)
- 注射針交換プログラム
- メタドン
- 性感染症
- 兵役
- 刑務所
- ワンマレーシアクリニック
- DTS

まとめ | マレーシア

感染症の割合は、タイと比較して高い。都心・地域格差が存在する可能性もある。



一次医療サービスの拡充

公的医療給付制度

- 母子医療
- 家族計画
- 外来
- 環境
- 学校

救急医療

- 歯科
- 医薬品
- 検査

• HKLに救急部を開設し本格的な救急医療体制を整備開始

• JICAによる技術協力
• マレーシア初の救急医学会を94・96年にクチン市で開催

- 要支援児童
- 不妊治療クリニック
- 高齢者クリニック
- 糖尿病クリニック
- 青年期医療
- 労働衛生
- 救急医療
- ヘルスインフォマティクス

- てんかん
- リハビリ
- HPV(ヒトパピローマウイルス)
- 注射針交換プログラム
- メタドン
- 性感染症
- 兵役
- 刑務所
- ワンマレーシアクリニック
- DTS

まとめ

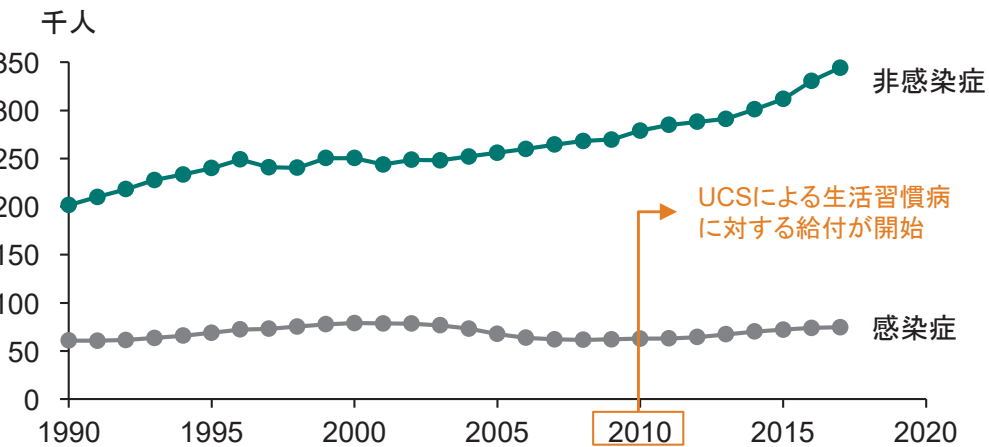
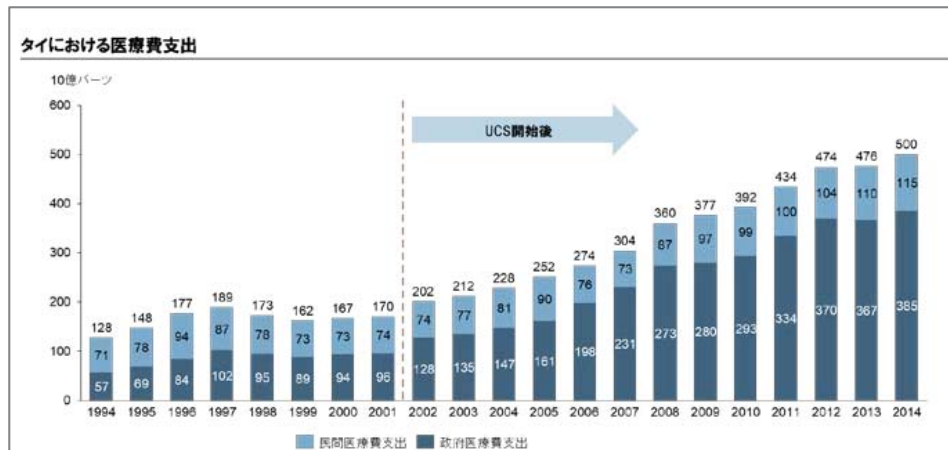
当該2ヶ国では、UHCを実現することで医療費支出が増加してきた。
感染症と比較し、非感染症による死亡の増加率が高まっている。

- UHC実現後、いずれの国においても、医療費支出の継続的な増加が共通して見られた。
- 非感染症・感染症による死亡数は、両国でいずれも増加傾向。ただ、非感染症の増加率が感染症を上回っている。

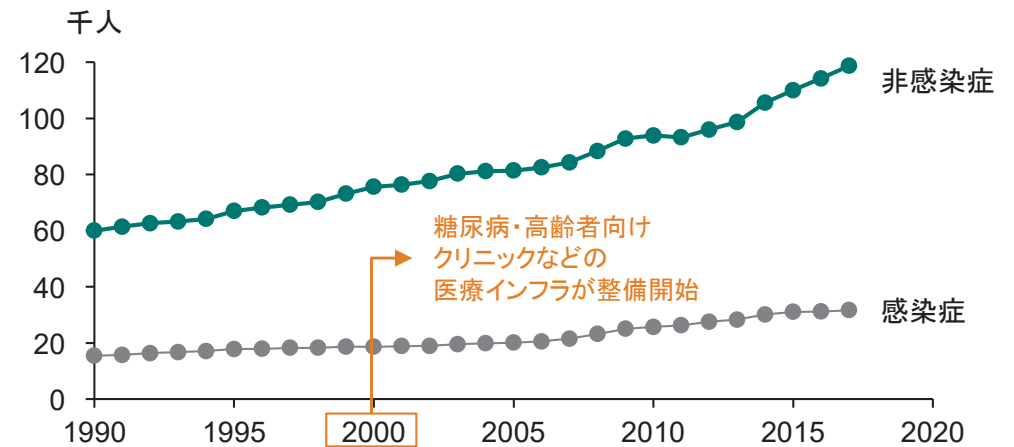
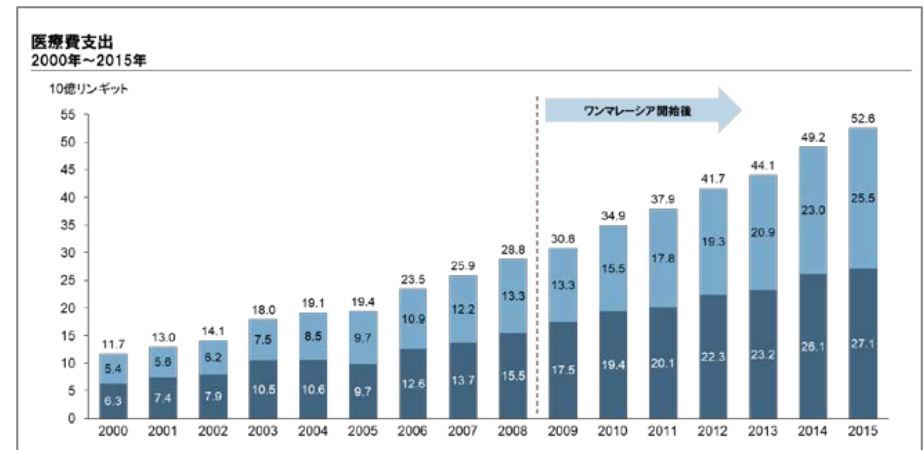
医療費支出の推移

死亡数の推移

タイ



マレーシア



いずれも90年代に緊急医療体制の整備、00年代に生活習慣病対策が開始している。感染症は、依然として一定の死亡要因である。事故による死亡は減少傾向にある。

タイ

- 1997年のアジア通貨危機により経済状態が悪化し、2001年頃に底打ち。この時期は医療費支出も減少した
- しかし、UHC実現のきっかけとなった国民医療保障制度(UCS)の導入(2002年)以降、政府医療費支出が急増
- 一方、民間医療費支出の伸びは、政府支出と比較して小さい。これは、多くの国民がUCS制度に依存しているためだが、結果として政府予算の圧迫という課題にも繋がっている

- 90年中頃にピークだった事故による死亡数が、救急医療体制の整備(外傷センターや救急搬送事業の開始)により2000年代から減少
- それに伴い、2000年以降は、GDPの高まりとともに非感染症の割合が高まってきた
- 一方で、感染症の割合は大きく変化することなく、2010年以降、2017年に至るまで割合は減少していない

マレーシア

- 2000年以降、政府・民間のいずれの医療費支出も増加
- 2000年頃には、新興国としてはすでにプライマリケアが充実しており、また税負担方式によるUHCも実現していたものの、ワンマレーシアクリニックの設置など、その後も引き続き公的な医療インフラ整備が続いている
- そのような状況下でも政府・民間の割合が半分となっているのは、非常に安価な公立病院に患者が集まり待ち時間が長い等の理由で、中間層以上が民間医療へシフトしているため

- データ取得可能な1990年からは、大きく死亡要因の構造は変化していない。唯一、90年代初期に緊急医療の体制が整備され、事故による死亡数が減少したと考えられる
- 感染症による死亡割合は、タイと比較しても高い。都市部の医療体制は整備されているものの、地方では整備が進んでおらず、地方格差が生まれている可能性がある
- 死亡割合はまだ微増だが、2000年より生活習慣病や高齢ケアのサービス提供が始まっている