

特集：持続可能な開発目標（SDGs）に基づく今後のグローバルヘルス

<資料>

日本の UHC の経験を海外と共有する取り組み

町田宗仁¹⁾，堤敦朗²⁾

¹⁾ 金沢大学医学系国際保健学

²⁾ 金沢大学国際機構・人間社会環境研究科

Challenge to knowledge sharing on
Japanese UHC experience with overseas

Munehito MACHIDA¹⁾，Atsuro TSUTSUMI²⁾

¹⁾ Department of Global Health, Faculty of Medicine, Kanazawa University

²⁾ Organization of Global Affairs/Graduate School of Human and Socio-Environmental Studies, Kanazawa University

抄録

日本は保健を外交の柱と位置づけ、UHC（Universal Health Coverage）を推進し、日本が健康長寿社会を達成した経験を活かして、世界の共通課題の解決に貢献していくことを宣言した。日本の経験を共有する取り組みは今後、活発になると考えられる。本稿ではUHC達成に必要な、保健システムの強化や、保健人材育成の強化を行っているミャンマーにおけるJICA（Japan International Cooperation Agency）技術協力プロジェクトを紹介した。ミャンマーでは長年の軍事政権下、保健分野の優先順位が低く位置付けられていたが、近年、財政面で保健分野を重視し続けている。ミャンマー保健省は、国家保健計画（NHP）に含まれる、タウンシップ（郡市レベル）での具体的なBasic Essential Package of Health Service（EPHS）の策定を、州・地域の役割を重視しつつ主導している。保健システム強化プロジェクトでは、州・地域保健計画の策定に役に立つためのレビュー等が実施されている。加えて、NHPの進捗管理のためのデータの質の向上、電子集計による統計データの早期確定を目指して、Medical Record Technicianに対するリフレッシュ研修を行っている。医学教育強化プロジェクトでは、教員の日本研修を支援しており、基礎医学系教員については、日本の基礎医学系教室の大学院博士課程で学び、帰国後に日本で学んだ手法・技術を母国の医学教育に活かす計画策定を支援している。臨床医学系教員については、ミャンマーの教育で必須となるスキルを身に付けるために、ミャンマーと日本側で議論を重ねて、日本でのトレーニングコースの案が作成されている。臨床医学系教員が日本研修中に、ミャンマー国内での指導を念頭とした教育教材の作成や、帰国後のセミナーにおいて、日本で学んだ経験を共有する支援が行われている。戦後、日本があらゆる制度の企画やその運用を通じて、UHCの早期達成を遂げた。しかし現在は、少子高齢化に伴い医療制度の運用に工夫が求められている時代であり、それゆえ日本は、海外の事例を学びつつ、自らも制度を見直す必要がある。

キーワード：UHC，ミャンマー，JICA，保健システム強化，医学教育強化

連絡先：町田宗仁

〒920-8640 石川県金沢市宝町13-1

13-1 Takara-machi, Kanazawa, Ishikawa, 920-8640, Japan.

Tel: 076-265-2740

Fax: 076-265-2459

E-mail: mmachida@med.kanazawa-u.ac.jp

[平成29年6月29日受理]

Abstract

Japan positioned health as cornerstone of its diplomacy, drove forward UHC (Universal Health Coverage), and declared its expected contribution to resolving universal agendas using the experience of Japanese achievements in health and longevity. Therefore, sharing the Japanese UHC experience will become more popular. This article introduced JICA's (Japan International Cooperation Agency) technical cooperation projects in Myanmar for strengthening the health system administration and development of human resource, both essential towards the UHC movement. Health policy in Myanmar had been low-priority under its long-term military government. More recently, Myanmar has prioritized financially its health policy. In this respect, the Ministry of Health and Sports in Myanmar (MoHS) revised the National Health Plan (NHP) and guided townships to plan a "Basic Essential Package of Health Service" (EPHS), which is the basic component of NHP and comprises health services for these township. As MoHS emphasizes the consolidating function of the central and regional governments in planning, the Health System Strengthening Project has provided a review of the smooth consolidation at central and region levels. The project also launched the Medical Record Technician training, which aims to improve the quality of data for monitoring and evaluating NHP, and the rapid confirmation of statistic data using computerization. Myanmar is now confronted with the lack of teaching staff and the necessity to improve teaching skill in medical education. As such, the Project for Enhancement of Medical Education has offered support for training programs in Japan for teaching staff. Staff from general medicine draw up an education plan and share their experience obtained through a PhD course. Specifically, training courses for clinical educational staff are first drafted in Myanmar, with discussions between Myanmar and Japan based on absolute needs in teaching to follow. The clinician trainees then draft teaching materials to be used in Myanmar during their short-term training in Japan. As such, they share their training experience through a seminar in Myanmar. Since the end of World War II, although Japan has rapidly achieved UHC through planning and an implementation system, it needs to shape its health system to keep up with the low birth rate and society longevity, thus requiring a self-review system to incorporate overseas challenges.

keywords: UHC, Myanmar, JICA, Health System Strengthening, Enhancement of Medical Education

(accepted for publication, 29th June 2017)

I. はじめに

保健医療分野の国際的動向として、UHC (Universal Health Coverage) の達成がある。UHCは世界保健機関により「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こと」と定義されている[1]。日本はUHC構築を達成した数少ない国であるが、その要素としてはあらゆるものが考えられる。例えば、生活圏で必要とされる医療確保に向けた医療施設の人員配置・設備基準や施設の整備計画、世界に冠たる国民皆保険制度、粘り強い公衆衛生活動（母子保健活動、予防接種活動、栄養改善運動、等）、保健人材養成などである。

日本政府は保健を外交の柱と位置づけ、UHCの取り組みを推進して日本が健康長寿社会を達成した経験を活かし、世界の共通課題の解決に貢献していくことを宣言した[2]。また首相が第70回国連総会サイドイベント「UHCへの道筋」(2015年9月)では、UHCの達成が国際保健分野の大きな課題の一つであり、日本の知見・経験を活かし、これら課題に取り組むとの声明を発表した。2016年の伊勢志摩サミットでもUHC推進の流れは評価されており[3]、日本のUHCの経験を共有する取り組み

は活発になると考えられる。実際、日本は既に母子保健手帳制度の紹介という確固たる成功実績があり[4]、今後も日本の制度紹介、共有のニーズは高まるであろう。

本稿では、UHC達成に必要な、保健システムのマネージメント強化や保健人材育成の強化を行うプロジェクトを通じて、日本の取組みや経験を共有している、小職の関わりがあるものも含むミャンマー連邦共和国（以下、ミャンマー）で展開中の、UHC関連のJICA (Japan International Cooperation Agency) 技術協力プロジェクトを紹介したい。

II. ミャンマーの保健システムに関する背景

ミャンマーは、国土676,578km² (日本の1.8倍)、タイ、ラオス、中国、インド、バングラデシュに囲まれて位置する国である。2014年のミャンマー人口住宅調査によれば、人口は51,419,420人である[5]。首都のあるネピドー特別自治区の他、14の州と地域の行政区が存在する。民族は、全体の7割を占めるビルマ族を含む、135グループから構成され、公用語はビルマ語であるが、100以上の言語や方言が存在する[5,6]。ミャンマーは、長年の軍事政権により、国際的な財政支援を受けられず、経済

的な低迷が続けたが、民主化後、経済面での成長が顕著となっている。保健分野の優先順位は、ミャンマー全体の施策の中では高かったとはいえ、国家総支出に対する医療費の割合を増やそうとしており、2011年の1.79%前後から、2014年には3.59%まで増加させているが、近隣の東南アジア各国と比較しても、未だ少ない状況にある（WHO南東アジア地域事務局（SEARO）管内の平均は6.1%）[7,8]。公費で医療費がカバーされる程度を図る指標となる、患者のOut-of-Pocket（OOP、自己負担）の割合は、2005年の90.99%から2014年には54.09%に大いに改善がされたものの[8]、現状でも医療費支出が家計の大きな負担になっているとの報告もある[9]。医療従事者の不足（2011年、医師の充足率63.4%、看護師充足率62.7%）[10]や不十分な医療施設・設備、非効率な保健医療サービスのマネージメント体制なども指摘されており[11]、教育の機会不足などにより保健医療人材の早期退職も止まらず、UHC達成を目指す上での課題は山積している[12]。こうした状況下で、限られた人的、物的な資源を最大限に活用し、医療サービスの質の改善や、住民の医療へのアクセスを改善するために、中央と地方の保健行政マネージメント能力を向上させ、医療人材育成の数と質を高めて保健医療サービスの供給体制を強化することは重要と言える。

現在ミャンマーでは、UHCの達成に向けて、日本など諸外国の取組みを参考にしながら、国の保健医療サービスの方針の根幹となる、国家保健計画・National Health Plan（NHP）の改訂作業を行い、2017年から5ヶ年の計画を2016年12月に公表（Myanmar National Health Plan 2017-2021）した[13]。Human Resource, Infrastructure,

Service Delivery, Health Financingの4つを柱としながらシステム構築を図り、サービスの提供可能性を見やすくして、最終的には、サービスのミニマムスタンダードであるBasic Essential Package of Health Service（Basic EPHS）に、全国民が2020年までにはアクセスできることを目指している（図1）[13]。現時点では、NHPが目指す概念を示されているところであり、細部については現在、保健省と各州政府との間での調整が進められ、全国のタウンシップ（日本に当てはめると一つの広域事務組合を構成する郡市単位）を対象としてBasic EPHSの整備に向けた保健計画の策定準備が進められつつある。長年の軍事政権による中央集権体制の下では、州・地域以下のレベルで計画を作る文化に乏しく、現在試行錯誤中であるが、効率的な管理や地方分権化など、保健行政マネージメントの強化が必要とされている[11]。

III. 保健システム強化プロジェクト Health System Strengthening Project

1. 州・地域保健計画の策定・管理に関するレビュー

直近のNHPでは、保健省は大枠の方針や項目を決め、細かな内容については、Inclusive Township Health Planという、タウンシップ単位でのNHP策定作業を重視しており、保健省は州・地域政府経由でタウンシップに対して策定を指示している。今まで、ミャンマーは中央集権体制であったため、効率的な現場に根差した医療政策を展開しづらく、今期NHPからは、中央レベルが全て書き上げるのではなく、タウンシップや州・地域といった現場レベルでの立案に基づく作成を行う方式

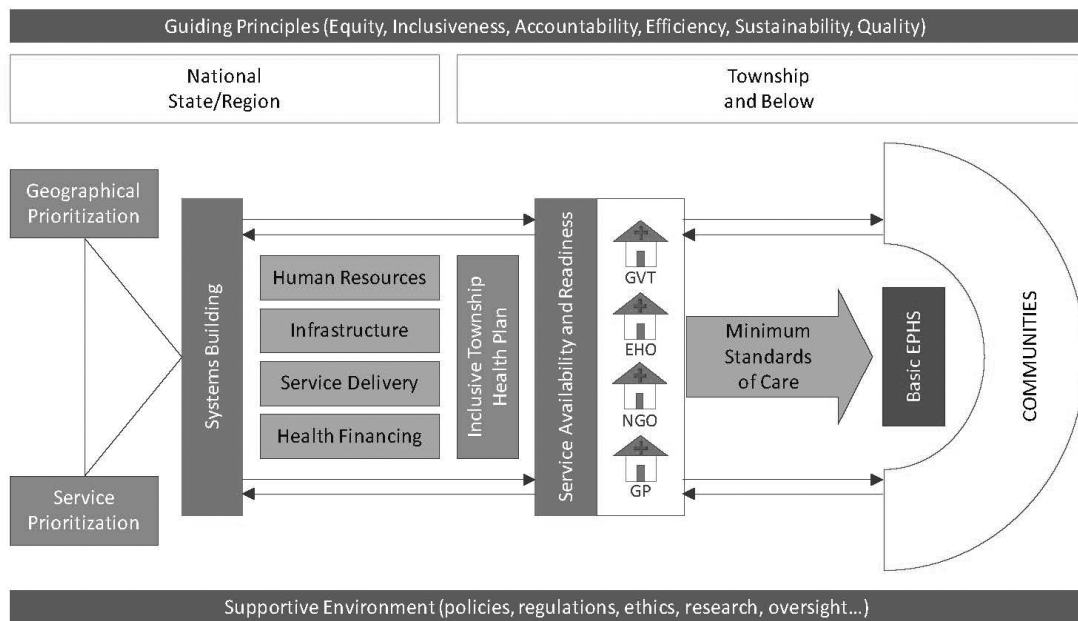


図1 ミャンマー NHP の目指す原則
MYANMAR NATIONAL HEALTH PLAN (2017-2021) EXECUTIVE SUMMARY より

を取っている。ただ、このNHPのお披露目の後に2017年3月に新設された、NHPの進捗管理を行うNIMU (NHP Monitoring Unit) としては、タウンシップが経験したことのない作業であるため、州・地域政府のタウンシップに対する指導的役割を重視しており、州・地域レベルでのNHPに関するマネージメントを注目している。現在JICAは保健省と協働して、州・地域保健計画の策定・管理に関するレビューを実施し、保健計画策定・管理について州・地域レベルの議論に役立つための資料を作成している。

2. ショートセミナー開催

保健省職員がNHPの策定やマネージメントのヒントになるようなショートセミナーを、プロジェクト開始以来、保健省内で計18回開催(2016年度末時点)、延べ499名が参加した。講師は、保健省内でNHP策定の中核にいるスタッフなどを中心に、時には、日本からの短期専門家を迎えて開催された。トピックとして、NHPの枠組み、国家保健財政、病院管理、統計調査手法、日本の保健行政組織の紹介などが取り上げられ、セミナーの後は、ミャンマーで導入する際の課題が議論された(図2)。なお、保健省スタッフを対象として、日本の行政組織(国、県、市の各レベル)を訪問し、各レベルの役割に触れて学ぶための、日本国内におけるフィールドスタディーも実施し、その経験や成果を広めるための発表会もこのセミナーで行われた。

3. MRT研修

NHPの運用にあたり、進捗管理のためのM&E (Monitoring and Evaluation) の必要性がNHPの概念として強調しているものの、現場をモニターするための数値を確定させるまでに多大な時間を要していることが課題となっている。例えば、Annual Hospital Statistic Report2013 [14]は、発刊が2015年12月であり、現場の正しい数値を迅速に集め、集計することが望まれている。病院運営に関する統計の場合、病院におけるMedical Record Technician



図2 保健省におけるショートセミナー



図3 MRT研修修了式

(MRT) が、医学用語や統計用語の知識不足により、データ入力により時間を要すること、MRTによる誤入力があること、集計が紙ベースで行われている地域もあること、中央レベルでのデータクリーニングに時間を要することが、クリアすべき課題とされていた。JICAは保健省と協働で、日本における統計調査の流れに関するショートセミナーを開催するとともに、病院で働くMRTを対象にRefresher Training on Hospital Information System for Medical Record Techniciansを開催し、データ入力の質の向上、データの電子集計化による確定値算出の迅速化に向けた支援を行っており(図3)、最終的に約600名の履修を予定している。また、病院にMRTとして採用されている人が、MRTの役割を実際に担っているか否か、保健省も把握できていない地域もあり、この研修を契機として、MRTの効率的な活用についてのポジティブな動きが見られ始めた。

4. カヤー州における州保健計画マネージメント支援

パイロットサイトであるミャンマー東部のカヤー州においては、州保健計画がより良くマネージメント(立案、実施、モニタリング・評価)されるための支援を行っている。手始めに、カヤー州ロイコー総合病院における取組の評価項目を設定し、今後の目標を試作する取り組みが始まった。カヤー州医療サービス局とJICA専門家の協働により、看護師継続教育の体制強化、院内感染対策の推進などといった活動項目ごとに、一枚の様式を利用して現状、これからの課題、将来に向けてのrecommendation、期待されるアウトカム、アウトプットなどを整理したうえで活動計画を策定した。その後これらの活動を取りまとめ、Special effortという名でカヤー州独自の保健計画を策定した。保健大臣もこの現場発の取り組みを評価した経緯があり、今後、この一地域での自発的な計画立案の取り組みが、保健省経由で他の州に展開しうるものとなるよう、更に完成度を高めていくことが期待される。

IV. 医学教育強化プロジェクト Project for Enhancement of Medical Education

ミャンマーでは保健人材の配置状況について改善途上であり、WHOの示す基準1000人当たり2.3人[15]に対し、ミャンマーでは医師0.568人、看護師・助産師0.93人、計1.498人（2012年）[7]と、数の上で基準に達していない。このWHOの基準自体も、技術の持った助産立会者による出産を提供するために必要と算出されたものであって、UHC達成に向けて多様なサービスに焦点があてられた時代に、この数値を目標とするのでは不十分との指摘があり[16]、人材数の確保は未だにミャンマーの保健人材政策の喫緊の課題と言える。ミャンマーでは、1927年にヤンゴン第一医科大学が創立されて以降、国内医学部の4校体制（ヤンゴン2校、マンダレー、マグウェイ各1校）で医師を養成してきた。一時期は毎年2,400名の新人医師を輩出したが、軍事政権下の経済制裁時には海外留学の機会が乏しくなったことによる教員の質の低下や、一学年600名を教育の質を担保しつつ指導できるスタッフの数の不足が懸念されてきた。卒業後の有力な就職先である、公務員医師のポストが不足しているため、2013年には医学校の一学年当たりの定数を半減させ、また、医師数の地域間格差を是正する観点から、シャン州タウンジーに医科大学を1校増設した経緯がある[8]。

ミャンマーでは、基礎医学分野の強化とともに、SEARO管内でも最下位レベルの妊産婦死亡率（出生10万対ミャンマー278、SEARO164）[7]の改善に向けた妊産婦の産前検診、国の発展に伴う慢性疾患の顕在化に

よる悪性腫瘍などの診断技術の向上、及び交通外傷の増加傾向に伴う救急医療の体制整備が、医学教育の強化や保健医療課題の解決のうえで重要となっている。

JICAはミャンマーにおける医科大学の研究・臨床技術・教育に係る能力が強化されることをプロジェクト目標として、2015年4月より「医学教育強化プロジェクト」を開始している。対象は、ヤンゴン第一医科大学、ヤンゴン第二医科大学、マンダレー医科大学、マグウェイ医科大学の4大学であり、基礎医学系と臨床医学系それぞれ成果目標を立てて、国内6大学連携ネットワーク（千葉大学、新潟大学、金沢大学、岡山大学、長崎大学、熊本大学）の強力な支援の下、合同調整委員会での協議を経て、プロジェクトは実行されている（図4）。

基礎医学系については、6分野（解剖学、生理学、生化学、微生物学、薬理学、病理学）における研究・教育能力が強化されることを目指し、国内6支援大学が2名ずつ2015年度より博士課程に留学生を受け入れている。各支援大学は、留学生がミャンマーの所属機関に戻った後も、継続的に研究を行うための計画、日本で学んだ手法・技術を、ミャンマーにおける卒前・卒後教育に導入するための計画の作成を支援している。

臨床医学系における分野横断的技術として、画像診断技術と救急医療に関する研修プログラムが強化されることを目指し、国内6支援大学が11週間で、ミャンマー人医師（分野によっては技師）を受け入れ、研修を実施している。画像診断技術については、放射線科、産婦人科、消化器内科、臨床病理科、救急医療については、救急科、麻酔科が受け入れ分野となっている。

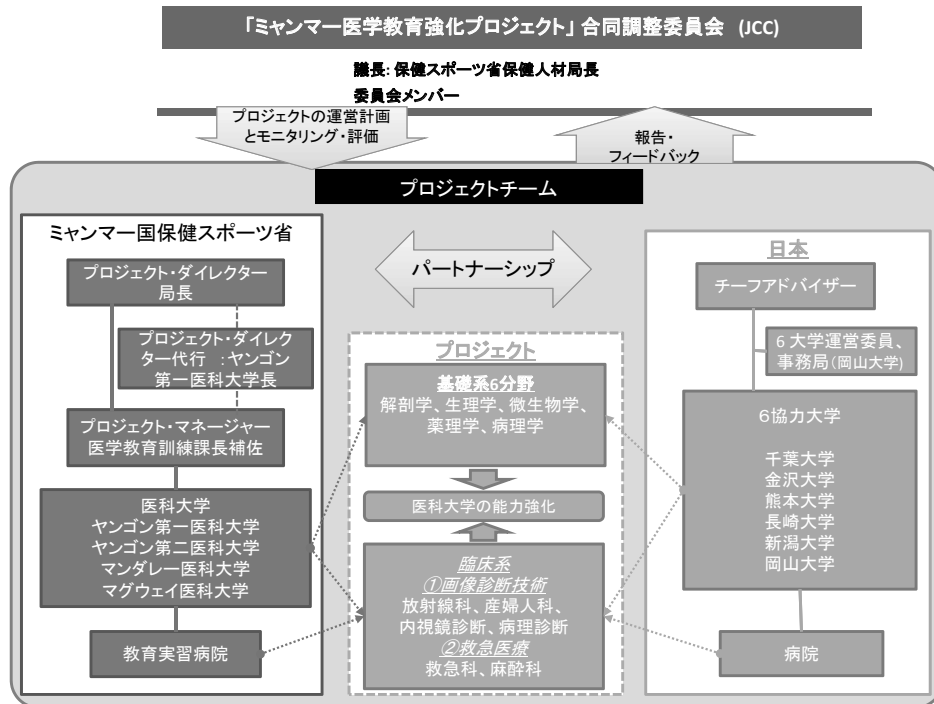


図4 ミャンマー医学教育強化プロジェクト合同調整委員会組織図

受け入れに先立ち、日本側大学教員がミャンマーに赴き、現地における臨床技術と教育レベルのアセスメントを行い、卒前臨床研修時及び医療レベルごとに必要な技術内容を考慮した日本での短期研修プログラムを企画した。日本での研修中には、ミャンマー国内での指導を念頭とした分野ごとの教材を作成し、帰国後は、日本人短期専門家も交えてのセミナーを通じて習得したものを広め、またセミナーでの参加者の反応により、日本での研修内容の充実を図っている。2016年度は、ヤンゴン第一医科大学、ヤンゴン総合病院、ヤンゴン中央婦人病院、マンダレー総合病院において、延べ人数で483人の医師、76人の技師の参加を得て、計9回セミナーを開催した。

なお、基礎医学系、臨床医学系のそれぞれの研修成果は、医療人材養成を担当する保健省医療サービス局、保健人材開発管理局が参加する各医科大学長の会議において報告し、卒前、卒後の医学教育で活かされることとなる。

V. 終わりに

戦後、日本があらゆる制度の企画やその運用を通じてUHCの早期達成を遂げた。その一方で、少子高齢化に伴い、医療制度の運用に工夫が求められている時代でもある。日本のUHCに向けた経験が諸外国に参考にされると同時に、日本が抱える現状の課題についても、海外の事例を学びつつ解決を目指す必要がある。例えば、資源の限られる途上国におけるUHC達成に向けた取り組みのうち、個々の医療職種の役割の拡大や、職種連携による業務の効率化、人的物的資源の最大限の活用などから、日本も将来的に深刻となる課題の解決の糸口を、今後見出す可能性もあるだろう。近頃の厚生労働省の検討会[17]で、医師が医師固有の業務に専念できるよう、医師業務を他職種に移管する「タスク・シフティング」の推進が提言されたが、これは、医師の数が限られているミャンマーで、多様な職種が医師の代理で医行為を担う制度の発想とも共通性があるのかもしれない。かつて国際保健はinternational healthと呼ばれ、途上国への技術移転が主眼であったが、近年では、先進国、途上国が共通の課題を共に解決し、双方向で学ぶ姿勢にシフトしたglobal healthという名称が定着しつつある。日本が海外において過去の経験を共有する活動を行う中で、日本が学ぶべき教訓が、見えてくるのだろう。

謝辞

本稿作成にあたり、JICAミャンマー保健システム強化プロジェクトの石井羊次郎様、大町檀様、JICAミャンマー医学教育強化プロジェクト富田明子様、JICA人間開発部の衣斐友美様に、資料提供をはじめとする多大なるご協力を賜りました。この場を借りて御礼申し上げます。

参考文献

- [1] World Health Organization. Health financing for universal coverage. http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ (accessed 2017-06-19)
- [2] Abe S. Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters. *LANCET* 2013;382:915-916.
- [3] Japan Global Health Working Group. Protecting human security: proposals for the G7 Ise-Shima Summit in Japan. *LANCET*. 2016;387:2155-2162.
- [4] 中村安秀. 母子健康手帳：過去、現在、未来. *小児科臨床*. 2012;65:1745-1755.
- [5] Health in Myanmar 2014. Ministry of Health, Myanmar. 2014. p.2-4. <http://mohs.gov.mm/Main/content/publication/health-in-myanmar-2014> (accessed 2017-06-19)
- [6] 外務省. ミャンマー連邦共和国基礎データ. <http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/myanmar/data.html#section1> (accessed 2017-06-19)
- [7] WHO Global Health Observatory(GHO) Data: Health System (Myanmar). WHO Health Statistics. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRTIOMMR?lang=en> (accessed 2017-06-19)
- [8] Latt NN, Cho SM, Htun NMM, Saw YM, Myint MNHA, Aoki F, Reyer JA, Yamamoto A, Yoshida Y, Hamajima N. Healthcare in Myanmar. *Nagoya J. Med. Sci.* 2016;78:123-134.
- [9] Khaing IK, Malik A, Oo M, Hamajima N. Health Care Expenditure of Households in Magway, Myanmar. *Nagoya J. Med. Sci.* 2015;77:203-212.
- [10] Health Profile, The Republic of the Union of Myanmar (JICA保健システム強化プロジェクトより入手).
- [11] Sein TT, Myint P, Tin N, Win H, Aye SS, Sein T. The Republic of the Union of Myanmar Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2014;4(3)30-31.
- [12] Htun NMM, Reyer JA, Yamamoto E, Yoshida Y, Hamajima N. Trends in attrition among medical teaching staff at universities in Myanmar 2009-2013. *Nagoya J. Med. Sci.* 2016;78:27-40.
- [13] Myanmar National Health Plan 2017-2021. Ministry of Health and Sports, The Republic of the Union of Myanmar 2016. 15 December 2016. <http://mohs.gov.mm/Main/content/publication/national-health-plan-2017-2021-eng> (accessed 2017-06-19)
- [14] Annual Hospital Statistics Report 2013. Ministry of Health, The Republic of the Union of Myanmar 2013. <http://mohs.gov.mm/Main/content/publication/annual-hospital-statistics-report-2013> (accessed 2017-06-19)
- [15] The World Health Report 2006: working together for

日本の UHC の経験を海外と共有する取り組み

- health. World Health Organization. 2006. <http://www.who.int/whr/2006/en/> (accessed 2017-06-19)
- [16] Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. World Health Organization 2016. http://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf (accessed 2017-06-19)
- [17] 厚生労働省. 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書. 平成29年4月. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000160954.html> (accessed 2017-06-19)