

厚生労働科学研究費補助金

地球規模保健課題解決推進のための行政政策に関する研究事業

2030年までのUniversal Health Coverage達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究
(21BA1002)

令和3年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 大澤 絵里

令和4（2022）年 3月

目 次

総括研究報告

2030年までのUniversal Health Coverage達成に向けたアジア各国の進捗状況と課題に関する研究	1
大澤 絵里	

分担研究報告

1. アジア・大洋州の国々におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進捗と課題	7
大澤 絵里	
(資料) Global monitoring report on financial protection in health 2021(日本語訳) 保健医療における経済的保護に関するグローバル・モニタリング報告書	28
(資料) 国際共同カンファレンス “The challenges for achieving Universal Health Coverage under COVID-19 pandemic in Asia” 発表資料	154
2. 途上国におけるUHCの要素である医療の質・安全の現状	181
種田 憲一郎, 佐藤 結香, 宮本 勝行	
(資料) 調査の詳細報告	188
3. Universal Health Coverageを達成するためのPPP (Public-Private Partnership) について	260
児玉 知子	
4. アジア各国の死因統計および保健統計	271
林 玲子	
5. アジア地域におけるVulnerable Populationに対するSocial Protection and Basic ServiceとUHCの 関連性の検討と現状調査	280
明石 秀親, 藤田 雅美, 横堀 雄太	
6. 新型コロナパンデミックが各国のUHC達成に及ぼす影響	312
岡本 悦司	
7. 太平洋島嶼国のUHCサービスカバレッジの進捗に関する研究	320
野村 真利香	

研究成果の刊行に関する一覧表	335
----------------	-----

厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究」
令和3年度 総括研究報告書

研究代表者 大澤 絵里 国立保健医療科学院 国際協力研究部

研究要旨

【目的】

本研究では、2030年までにアジア地域の UHC 達成に向けて、基礎的医療保健サービスの提供体制や、国民皆保険に関連した保健財政の課題や改善策を検討し、今後、アジアの国々で UHC 達成ために、日本からの提案の可能性を検討、また日本が主催する保健関連の国際会議の議題案やその際に活用可能な情報を提示することを目的とする。

【方法】

初年度は、1. アジア各国（大洋州島嶼国含む）の地域的な進捗と課題、2. 提供サービスの質や安全に関する課題、3. サービス提供に関わる官民連携の動向、4. アジア各国の UHC モニタリングのための死亡統計、保健統計の整備に関する課題、5. 社会保障と UHC の関連について、6. 新型コロナパンデミックの UHC 達成に及ぼす影響、7. 太平洋島嶼国の UHC 達成のための課題について、公開資料、二次資料を用いて、レビューした。フィリピン、ラオス、モンゴルに関しては、各国の UHC 達成のための政策や制度、新型コロナ感染症の影響について、ヒアリングにより具体的な情報を収集し、その内容を分析した。各国の報告は2月に研究班主催の国際共同カンファレンス“The challenges for achieving Universal Health Coverage under COVID-19 pandemic in Asia”において情報共有をした。

【結果】

本研究課題では、7つの分担研究によって、研究を進めた。アジア各国の UHC サービスカバレッジ指標の分析では、2010年以降は指標の伸展は緩慢であり、アジア各国と比べると大洋州の国々ではその指標の伸びは緩やかであった。UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナ感染症の指標に関連に関しては、アジア各国の分析では、明らかな関係性はみられなかった。フィリピン、ラオス、モンゴルでは、最貧困層へのプライマリ・ヘルス・ケアの提供、中間層への経済的保護、地方でのプライマリ・ヘルス・ケアの充実などが課題にあがった。提供サービスの質や安全に関する課題については、調査対象全ての国において、何らかの患者安全または医療の質向上に関わる取組みが行われていたものの、医療事故などの具体的な事例が公開されていない国々もあり、課題の詳細や全容を把握することの難しさも示唆された。サービス提供に関わる官民連携（PPP, Public Private Partnership）の動向については、最も一般的な PPP は、医療施設の建設または改修、運営、臨床サービスの提供を含む複合的な医療サービスの提供であるが、近年、プライマリヘルスケアレベルでの予防・治療サービスを含めた PPP の報告が増加していた。アジア各国の UHC モニタリングのための死亡統計、保健統計の整備に関する課題は、ASEAN+3 で死因統計が全数登録により得られるのは、日本、韓国、フィリピン、シンガポール、ブルネイ、マレーシアであった。保健統計に関しては、インド、インドネシアが独自の地域保健情報システムにより結果を web 公表していた。社会保障と UHC の関連については、適切なナビゲーターの存在により社会保障サービスが脆弱な人々に届き、それらの経路を通して、社会的包摂性、潜在能力、保健医療サービスのアクセスの

向上、財政的・物質的な困窮の減少が導かれ、UHC の達成が可能になることが明らかになった。新型コロナパンデミックの UHC 達成に及ぼす影響に関しては、UHC を有する国がそうでない国より新型コロナ蔓延が少なかったというエビデンスまでは得られなかったものの、UHC は新型コロナパンデミックに対する対策としてきわめて重要であるという認識は多くの国で高まっていた。太平洋島嶼国の UHC 達成のためには、特に NCDs（血圧と空腹時血糖）とサービスクャパシティ（保健人材）の指数が非常に低く、地域特性に着目してデータを見ていく必要があると考えられた。

【結論】

ポストコロナにおいて、アジア諸国が 2030 年までに UHC 達成を目指すために、プライマリ・ヘルス・ケアの充実を再主流化させ、脆弱な集団に焦点をあてることが重要であると考えられる。ただ、保健医療サービスへのアクセスを向上させるために、生活保障も含む社会保障サービスの提供が不可欠である。そして、UHC のモニタリングのために、死因統計や保健統計の整備が急務である。新時代の UHC 達成に向けて、プライマリ・ヘルス・ケア提供における民間セクターとの協力や、カバレッジ拡大と同時に、提供するサービスの質の確保も求められる。最後に、アジア・大洋州諸国の中においても、その進捗はばらつきがあり、UHC 達成のための国際的な協力の際には、その地域性に合わせた働きかけをする必要がある。

研究分担者

種田憲一郎	国立保健医療科学院 国際協力研究部 上席主任研究官
兄玉知子	国立保健医療科学院 国際協力研究部 上席主任研究官
林玲子	国立社会保障・人口問題研究所 副所長
明石秀親	研究開発法人国立国際医療研究センター国際医療協力局 運営企画部長
岡本悦司	福知山公立大学 地域経営学部医療福祉経営学科 教授
野村真利香	医薬基盤・健康・栄養研究所国際栄養情報センター 研究員

研究協力者

藤田雅美	研究開発法人国立国際医療研究センター国際医療協力局 保健医療協力課長
横堀雄太	研究開発法人国立国際医療研究センター国際医療協力局 医師

A. 研究目的

「持続可能な開発目標（SDGs）」では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）「全ての人が基礎的保健医療サービスを必要な時に経済的不安なく受けられる」状況を目指し、「基礎的保健医療サービス（母子保健，感染症，生活習慣病，人材・病床）のカバレッジ」と、「家計の支出（所得）に占める壊滅的な健康関連支出（家計の 10%, 25%以上の支出）」でモニタリングされている。WHO 西太平洋事務局（WPRO）加盟国を中心としたアジア、大洋州の国々においても、「基礎的保健医

療サービスのカバレッジ」を表すサービスカバレッジスコアが 80 未満であり、国により分野ごとの進捗状況も異なる。「壊滅的な健康関連支出」は半数以上でデータの提示がない。そこで本研究では、2030 年までにアジア地域の UHC 達成に向けて、基礎的医療保健サービスの提供体制や、国民皆保険に関連した保健財政の課題や改善策、および日本からの提案の可能性を検討し、日本が主催する保健関連の国際会議の議題案やその際に活用可能な情報を提示する。

B. 研究方法

各分担研究課題に沿って、以下の方法で研究を実施した。

1. アジア・大洋州の国々におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進捗と課題 (担当 大澤絵里)

WHO が発表する UHC サービスカバレッジ指標を中心に、インターネットで公開されている各国データの二次利用し、進捗や関連の分析を行った。フィリピン、ラオス、モンゴルに関しては、関係者へのヒアリングにより情報収集をし、それらの内容を分析した。

2. 途上国における UHC の要素である医療の質・安全の現状 (担当 種田憲一郎)

インターネット上における公開情報の検索、現地関係者からの情報収集などによってある程度の情報収集が可能と考えられた WHO/WPRO の 4 か国を含む、13 か国の状況について調査を行った (ブラジル、ジンバブエ、フィリピン、モンゴル、ウガンダ、エジプト、ガーナ、タンザニア、フィジー、ホンジュラス、マラウイ、ラオス、リベリア)。

3. Universal Health Coverage を達成するための PPP (Public-Private Partnership) について (担当 児玉知子)

保健医療分野における官民連携・PPP について、World Bank (世界銀行)、WHO、OECD 等の国連機関による公表文書や各国省庁公表文書、関連ジャーナル等の文献による情報収集を行った。また、アジアにおける実態把握のため、フィリピン、モンゴル、ラオスを対象国とし、経済学者、UHC 担当者、世界銀行コンサルタントによる協力を得てヒアリングを行った。

4. アジア各国の死因統計および保健統計 (担当 林玲子)

インターネット上の各国担当部局、統計データベースを探索し、死因統計、保健統計の有無、内容を分析した。

5. アジア地域における Vulnerable Population に対する Social Protection and Basic Service と UHC の関連性の検討と現状調査 (担当 明石秀親)

本研究課題の 1 つ目の目標「アジア諸国の脆弱な人々に対する、社会扶助を含む UHC と社会保障の関係に関する概念モデルの開発」に関して、社会保障と健康のとの関連性について文献レビューを行った。

6. 新型コロナパンデミックが各国の UHC 達成に及ぼす影響 (担当 岡本悦司)

各国の UHC 達成と新型コロナパンデミックとの関連を関連キーワードによる検索によって文献と WHO の UHC モニタリング報告書より各国のサービスカバー率指数 (SCI) を収集し、新型コロナパンデミックの各国の UHC 推進への影響を分析した。

7. 太平洋島嶼国の UHC サービスカバレッジの進捗に関する研究 (担当 野村真利香)

Global Monitoring Report on Universal Health Coverage 2021 の Annex 3 UHC service coverage index, its four components and tracer indicators by country, 2019 から WPRO 加盟国の UHC サービスカバレッジ指数を抽出し、太平洋島嶼国平均を算出して WPRO 平均と比較した。

C. 研究結果

1. アジア・大洋州の国々におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進捗と課題 (担当 大澤絵里)

UHC サービスカバレッジ指標の分析では、2000 年以降現在まで、アジア各国もカバレッジが順調に拡大していたが、2000 年～2010 年にその進捗率が大きかったことがわかった。2010 年以降はどの国もその指標の伸展は緩慢であった。また、アジア各国と比べると大洋州の国々ではその指標の伸びは緩やかであった。世界各国の分析では、UHC サービスカバレッジ指標は、新型コロナ感染症の感染者数、死亡者数とは生の関係、致死率とは負の関係であったが、アジアおよび大洋州のみの分析では、明らかな関係性はみられなかった。フィリピン、ラオス、モンゴルでは、様々な方法により UHC 拡大

を目指していたが、最貧困層へのプライマリ・ヘルス・ケアの提供、中間層への経済的保護、地方でのプライマリ・ヘルス・ケアの充実などが課題にあがった。

2. 途上国におけるUHCの要素である医療の質・安全の現状 (担当 種田憲一郎)

患者安全または医療の質向上に関わる取り組みは、13か国の全ての国々で、何らかの活動が行われていた。一方で具体的な医療事故の事例は9か国(69.2%)、医療関係の訴訟または苦情の数については3か国(23.1%)のみで情報が得られた。そして、5S・KAIZEN活動の取り組みは11か国(84.6%)で行われていた。調査対象全ての国において、何らかの患者安全または医療の質向上に関わる取り組みが行われており、少なくとも医療の質・患者安全の課題が認識されていることが示唆された。一方で、医療事故の具体的な事例が公開されていない国々や、医療に関わる訴訟や苦情の数などが把握されていない国々があることは、課題の詳細や全容を把握することの難しさも示唆された。

3. Universal Health Coverageを達成するためのPPP (Public-Private Partnership) について (担当 児玉知子)

保健医療分野における最も一般的なPPPは、医療施設の建設または改修、運営、臨床サービスの提供を含む複合的な医療サービスの提供であるが、近年、プライマリヘルスケアレベルでの予防・治療サービスを含めたPPPの報告が増加していた。フィリピンでは施設型PPPが着実に実施されているものの、保健人材不足や医療サービス分配の公平性について課題がみられた。ラオスではUHC達成に向けてプライマリヘルスケアレベルでの取り組みに焦点が当てられていた。モンゴルでは新型コロナウイルス感染症対策において官民連携体制が機能していた。

4. アジア各国の死因統計および保健統計 (担当 林玲子)

ASEAN+3で死因統計が全数登録により得られるのは、日本、韓国、フィリピン、シンガポール、ブルネイ、マレーシアであった。韓国では、1922年の朝鮮戸籍令・人口動態調査令に基づき

始まり、現在では、1983年からのデータが、韓国統計庁のHPでダウンロードできる。中国の死因統計は、1978年から始まり、標本調査に基づき、現在に至るまで、全数登録による死因統計はない。その対象は、全人口の24%を占め、報告書は、担当部局である中国疾病預防控制中心慢性非伝染性疾病預防控制中心のHPに公表されている。フィリピンは、近年CRVS(Civil Registration and Vital Statistics)の強化を進めており、登録に基づいた死因統計が集計・公表されるようになった。その結果は、フィリピン統計局のHPに報告書pdf、エクセル形式データで公表されている。ブルネイは、年間の死亡者数は1,700人程度であるが、全数登録による死因統計を公表しているが、年齢別などの詳細な統計の公表はない。マレーシアの死因統計は毎年定期的に公表されている。報告書は統計局HPの登録が必要なeStatistikにログインしてダウンロードできる。シンガポールでは、入国管理局(Immigration & Checkpoints Authority: ICA)が人口登録に基づく人口動態統計の公表を四半期ごとに行っている。その他の東南アジアの国(タイ、ベトナム、インドネシア、カンボジア、ラオス、ミャンマー、東ティモール)では、死因統計としてHP公表されている死因統計は見当たらない。

保健統計に関しては、インド、インドネシアが独自の地域保健情報システムにより結果をweb公表していた。インドはHMIS(Health Management Information System)と称するサイトが保健省により設置されており、インド全土の36州、735保健地区(district)、6,858副保健地区(sub-district)別に、300種類のサービス、400種類のインフラ、人材データが毎月報告・集計される。webよりエクセル形式のデータ、各種報告書がダウンロードできる。インドネシアは、保健省が2つの保健データに関するサイト(地域保健データシステムと保健人材データシステム)を運営している。地域保健データシステムは、全土Puskesmas(保健センター)の情報をオンライン収集しており、そのデータに基づいて年次報告書が刊行されている。

5. アジア地域における Vulnerable Population に対する Social Protection and Basic Service と UHC の関連性の検討と現状調査 (担当 明石秀親)

社会保障と健康に関する関連図を作成した。その結果、年金制度、労働政策、障害給付、社会保険、生活保護など Social Protection や Basic service を通して、脆弱な人々における社会的包摂性、潜在能力、保健医療サービスのアクセスが向上し、財政的・物質的な困窮が減少し、そのことが UHC の達成、健康の向上、持続可能な成長を導くことが明らかになった。ただ、Social Protection サービスが、脆弱な人々に届くには、適切なナビゲーターが必要なことも示唆された。

6. 新型コロナパンデミックが各国の UHC 達成に及ぼす影響 (担当 岡本悦司)

わずかな患者負担であっても重大な受診抑制を招く、という医療経済的な法則から UHC は新型コロナパンデミックに対する対策としてきわめて重要であるという認識は多くの国で高まり、その意味で UHC 達成に対する政府と民両方の促進要因となる可能性が示唆された。また既に UHC 達成済の国でも、一部の国民をカバーしておらず「抜け穴」となる集団が存在し、感染症対策を困難にする状況も明らかになった。しかしながら、UHC を有する国がそうでない国より新型コロナ蔓延が少なかったというエビデンスまでは得られなかった。

7. 太平洋島嶼国の UHC サービスカバレッジの進捗に関する研究 (担当 野村真利香)

RMNCH63 (WPRO 平均 80)、Infectious Disease66 (WPRO 平均 ≥ 80)、NCD38 (WPRO 平均 ≥ 80)、サービスキャパシティ 49 (WPRO 平均 64)、UHC サービスカバレッジ指数 53 (WPRO 平均 ≥ 80) で、特に NCDs (血圧と空腹時血糖) とサービスキャパシティ (保健人材) の指数が非常に低かった。このことにより当該地域の UHC のモニタリングに関しては、地域特性に着目してデータを見ていく必要があると考えられた。日本の立場からは、同じ WPRO 地域事務局の太平洋島嶼国の指標改善は必須であり、これらに働きかける協力が求められる。

D. 考 察

本研究課題では、2030 年までにアジア地域の UHC 達成に向けて、基礎的医療保健サービスの提供体制や、国民皆保険に関連した保健財政の課題や改善策、および日本からの提案の可能性を検討し、日本が主催する保健関連の国際会議の議題案やその際に活用可能な情報を提示することを目的に、7つの分担課題により研究を実施した。

アジア・大洋州のユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進捗と課題については、国際的な議論の動向をはじめ、ヒアリング調査の結果より、ポストコロナにおいて、UHC を後押しするためには、保健医療サービスへのアクセスが脆弱な集団へのアプローチ、およびプライマリ・ヘルス・ケアを軸としたサービスの充実を目標とする保健システムの再構築が必要である。

医療の質・安全の現状に関しては、何らかの患者安全または医療の質向上に関わる取り組みが行われている国もあった一方で、医療事故の具体的な事例が公開されていない国々もあり、現時点では、課題の詳細や全容を把握することの難しさも示唆された。継続した情報収集によって、医療システムの課題について検討する端緒とし、日本の取り組み・経験から貢献し得ることについて理解を深めることが必要である。

また、PPP (Public-Private Partnership) は各国で取り組み状況は異なるものの、その適切な運営を確立することにより、保健医療分野においても有効である。“誰も取り残さない”ユニバーサルヘルスカバレッジを達成するためには、施設型の医療サービスにおける PPP のみでなく、地域におけるプライマリヘルスケアレベルにおいても実現する必要がある。また、アジア諸国が抱える NCD (非感染性疾患) や高齢化において優先度の高い保健課題を中心に有効な PPP のあり方を国レベルで検討する必要がある。

アジア各国の死因統計および保健統計については、全数登録に基づいた死因統計が整備されていない国は多く、保健統計も ICT 利用推進により具体的な成果につながっている国は少ない。UHC 達成に向けた保健サービス拡大がどの程度進展しているかを、データに基づき測定できるようにするために、国ベースの基盤構築に取り組む必要がある。

脆弱な人々に対して、医療保健サービスのア

クセスの向上だけでは、UHC を達成することは難しく、そこには社会保障サービスの機能が重要である。さらにそのサービスが脆弱な人々へ届けられるためにはギャップがあり、脆弱な人々を適切な社会保障サービスへつなげるナビゲーターが必要である。近年注目されている社会的連帯経済を担う組織は、脆弱な人々が社会保障及び保健医療サービスにアクセスする上でのナビゲーターとしてだけでなく、Protection, Prevention, Promotion, Transformation に関しても重要な役割を果し得る。

新型コロナパンデミックの経験により、UHC はそのパンデミックに対する対策としてきわめて重要であるという認識が高まっていた。危機においては平時には困難な改革が可能になることもあり、新型コロナ対策と UHC 推進を一体的に行い、パンデミックを促進要因とする方を模索する必要がある。

地域の特殊性の分析として、大洋州島嶼国の UHC の進捗に関して分析を行った。結果より、当該地域の UHC のモニタリングに関しては、NCDs（血圧と空腹時血糖）とサービスキャパシティ（保健人材）の指数が非常に低いという地域特性に着目して、それらの指標改善に働きかける協力が求められるだろう。

E. 結論

新型コロナ感染症パンデミックの影響により進捗が悪化するだろうと予測されている各国の UHC であるが、本研究によりポストコロナにおいて、アジア諸国が 2030 年までに UHC 達成を目指すために、どのような課題があるのかを多方面から分析した。

研究の結果、プライマリ・ヘルス・ケアの充実を再主流化させ、脆弱な集団に焦点をあてること重要であると考えられる。ただ、保健医療サービスへのアクセスを向上させるために、生活保障も含む社会保障サービスの提供が不可欠である。そして、UHC のモニタリングのために、死因統計や保健統計の整備が急務である。新時代の UHC 達成に向けて、プライマリ・ヘルス・ケア提供における民間セクターとの協力や、カバレッジ拡大と同時に、提供するサービスの質の確保も求められる。最後に、アジア・大洋

州諸国の中においても、その進捗はばらつきがあり、UHC 達成のための国際的な協力の際には、その地域性に合わせた働きかけをする必要がある。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

学会発表

大澤絵里. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けた国際的な動向と日本の貢献. 第 36 回日本国際保健医療学会学術大会 教育講演; 2021. 11. 27-28. 東京(オンライン).

論文発表

Okamoto, E. Japan's Dental Care Facing Population Aging: How Universal Coverage Responds to the Changing Needs of the Elderly. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 9359.

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/17/9359>

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「2030 年までの Universal Health Coverage 達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究」
令和 3 年度 分担研究報告書

「アジア・大洋州の国々におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進捗と課題」

研究代表者 大澤 絵里 国立保健医療科学院 国際協力研究部

研究要旨

【目的】

SDGs が策定された 2015 年以降、世界的にユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成を目標に、各国で様々な対応が進められている。本研究では、アジア・大洋州の国々において、現在までの UHC の進捗と課題、および新型コロナウイルス感染症流行との関連を観察し、今後、アジアの国々の UHC 達成に向けて何が鍵となるかを検討することを目的とした。

【方法】

WHO が発表する UHC サービスカバレッジ指標を中心に、インターネットで公開されている各国データの二次利用し、進捗や関連の分析を行った。フィリピン、ラオス、モンゴルに関しては、関係者へのヒアリングにより情報収集をし、それらの内容を分析した。各国の報告は 2 月に研究班主催の国際共同カンファレンス“The challenges for achieving Universal Health Coverage under COVID-19 pandemic in Asia”において情報共有をした。

【結果】

UHC サービスカバレッジ指標の分析では、2000 年以降現在まで、アジア各国もカバレッジが順調に拡大していたが、2000 年～2010 年にその進捗率が大きかったことがわかった。2010 年以降はどの国もその指標の伸展は緩慢であった。また、アジア各国と比べると大洋州の国々ではその指標の伸びは緩やかであった。世界各国の分析では、UHC サービスカバレッジ指標は、新型コロナウイルス感染症の感染者数、死亡者数とは生の関係、致死率とは負の関係であったが、アジア各国のみの分析では、その関係性はみられなかった。フィリピン、ラオス、モンゴルでは、様々な方法により UHC 拡大を目指していたが、最貧困層へのプライマリ・ヘルス・ケアの提供、中間層への経済的保護、地方でのプライマリ・ヘルス・ケアの充実などが課題にあがった。

【結論】

世界の兆候と同様にアジア・大洋州の国々に関しても、新型コロナウイルス感染症パンデミックが起こる以前、2010 年から UHC の伸展が緩慢であった。ポストコロナにおいて、UHC を後押しするためには、保健医療サービスへのアクセスが脆弱な集団へのアプローチ、およびプライマリ・ヘルス・ケアを軸としたサービスの充実を目標とする保健システムの再構築が求められている。

A. 研究目的

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) は、2005 年に WHO 総会決議 (WHA58.77) 「持続的保健財政、ユニバーサル・カバレッジと社会健康保険」にて、広く国際的にも認識が高まり、その必要性が訴えられてきた[1]。その後、「持続可能な開発目標 (SDGs)」では、UHC を「全ての人が基礎的保健医療サービスを必要な時に経済的不安なく受けられる」状況を目指し、「基礎的保健医療サービス(母子保健, 感染症, 生活習慣病, 人材・病床)のカバレッジ (UHC サービスカバレッジ指標)」と、「家計の支出(所得)に占める壊滅的な健康関連支出(家計の 10%, 25%を超える支出)」にて、モニタリングがされている[2]。また、世界保健機関 (WHO) は、現在までに、2015 年、2017 年、2019 年、2021 年に UHC グローバルモニタリングレポートを公表しているが、特に 2017 年以降は、推計値なども使用しながら、各国比較可能な形で UHC サービスカバレッジ指標を公表している。本分担研究では、まず、2005 年の WHO 総会決議以降、現在までの UHC に関連した国際的な議論や日本が主に関わった政治的な宣言の動向を把握し、2021 年の最新のモニタリングレポートの情報をもとに、アジアの UHC の進捗状況を把握した。さらに、2019 年末以降世界で拡大した新型コロナウイルス感染症流行と各国の UHC との関連(進捗の各国の新型コロナ対策への関連、逆に新型コロナウイルス感染症拡大の UHC への関連)の議論を避けず、それらの関係の検討をした。いくつかのアジアの国については、具体的な政策や対策に関して、情報収集を追加し、本研究では、今後、アジアの国々の UHC 達成に向けて何が鍵となるかを提示することを目的とした。

B. 研究方法

まず、近年の UHC に関連した国際的な決議や宣言、レポートや資料で提示されてきた UHC の戦略、UHC の進捗の動向をまとめた。次に、WHO による UHC グローバルモニタリングレポートの最新版「Tracking Universal Health Coverage, 2021 Global Monitoring Report」[3]に提示のあるアジアの国々 (WPRO および ASEAN) の UHC

サービスカバレッジ指数の 2000 年以降の推移、およびアジアの国々の 3.8.1 「UHC サービスカバレッジ指標」と 3.8.2 「保健医療の自己負担支出が家計の 10%超を占める人口の割合」の関連をグラフ化した。さらに、最新の UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症における指標について、Our World in Data[4]から入手可能な国の指標を結合し、それらの関連について散布図の作成および相関係数を算出した。

最後に、UHC サービスカバレッジ指数の推移の把握から、最新の指標は 60 前後であるが、2000 年以降にその指標が上昇しているモンゴル、ラオス、フィリピンについては、UHC 達成に向けた政策・施策および新型コロナウイルス感染症への対応状況について、数回にわたりオンライン会議を実施し、情報収集を行い、最終的に 2 月に研究班主催の国際共同カンファレンス “The challenges for achieving Universal Health Coverage under COVID-19 pandemic in Asia” にて情報共有を行った。

ヒアリング協力者：

Professor. Maria Cristina G Bautista, PhD. Economics, Finance and Accounting Department. Ateneo Graduate School of Business, Philippine.

Dr. Mario C Villaverde. Ministry of Health, Philippine.

Dr. Oyuntsetseg Purev. Ministry of Health, Mongolia.

Ms. Emiko Masaki. Senior Health Economist. World Bank.

<倫理的配慮>

本研究の情報収集では既に公表済みのデータを用いた。なお、海外協力者のヒアリングおよび報告資料の提供については、個人情報とは扱わず公的データのみとし、本研究趣旨を説明のうえ同意を得た。

C. 研究結果

1. 現在までのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) に関する関連資料や報告書での議論や国際的な政治的宣言の動向

表 1 では、2005 年の WHO 総会決議以降の主な

UHC に関する国際的な政治的宣言の一覧、また表 2 は、UHC に関連した主要な決議やレポートとその内容に関する概要である。

2005 年の WHO 総会決議以降、特に 2010 年の World Health Report[5]にて、ユニバーサル・カバレッジ（＝ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）のための保健財政のテーマが取り上げられた以降、改めて WHO 総会決議、バンコク宣言[6]、メキシコ宣言[7]、チュニス宣言[8]と多くの国際会議で、保健財政へ増強することで、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの取り組みへの強化への各国からの支持が得られてきた。2015 年には、国連持続可能な開発目標の中で、UHC が一つのターゲットとなり、「サービスカバレッジ」と「経済的保護」の視点で評価されることが決定し、隔年で UHC グローバル・モニタリング・レポートが公表されてきた。特に、2017 年のレポートでは、各国の指標（含む推定値）が揃い、指標のモニタリング・評価方法の精度も前進していることを示した[9]。同年、日本で UHC フォーラムが開催され、官民連携、健康危機対応への投資、UHC への公的資金の動員、国際開発パートナーからの資金提供の拡大を求める UHC 東京宣言が取りまとめられた[10]。2018 年は、プライマリ・ヘルス・ケアが提唱されたアルマ・アタ宣言から 40 年がたち、UHC 達成のためにプライマリ・ヘルス・ケアへ再度立ち戻り、その重要性が再確認された[11]。

2019 年、2021 年に公表されたグローバル・モニタリング・レポートでは、COVID19 パンデミック以前の報告となっているが、それ以前にも、グローバルでの UHC へ向けての進捗において、サービスカバレッジ、経済的保護ともに緩慢であったことが報告されていた[3, 12-14]。そこにさらに COVID19 パンデミックにより、その進展が停滞する可能性があること、特に、貧困家庭、高齢者がいる世帯での経済的困窮のリスクファクターは高くなると示されていた。

2. 2000 年以降のアジア・大洋州の国々の UHC サービスカバレッジ指標の進捗

図 1 は、世界銀行（WB）による国の所得グループ別の 2000 年～2019 年までの UHC サービスカバレッジ指標の推移である。低所得国では、例えばカンボジアに関しては、2000 年の指標は

「19」と推計されているが、2019 年には「61」までの進捗が見られた。他の国々も、2000 年には、20～40 の指標が、例えばベトナムでは「70」までの進捗であった。高所得国についても、マレーシア、タイ、中国は、2019 年には「80」近い値を示していた。

図 2 は、大洋州の国々とアジアの国々の推移を比べたものである。大洋州の国々は、アジアの国々と比べて、高所得国であっても、指標の進捗が緩やかであった（大洋州の国々の特徴については、別章により詳しく考察）。

図 3 は、2000 年移行 5 年おきの UHC サービスカバレッジ指標の進捗率の推移を、2000 年の指標でわけたグループ別に観察した図である。2005 年/2000 年比（緑）、2010 年/2005 年比（青）、2015 年/2010 年比（黄）、2019 年/2015 年比（深緑）である。例えば、カンボジアは、2000 年の値は、19 と低かったが、2005 年までに、41 までに上昇し、2 倍強の進捗があった。他の国々の傾向をみると、アジアの国々は 2000 年から 2005 年までの進捗率が大きく（緑のバーが高く）、大洋州の国は、2005 年から 2010 年の進捗率が最も大きい（青のバーが高い）傾向にあった。2010 年移行（黄色と深緑のバー）に関しては、飛躍的にその値を伸ばしている国々はなく、ほぼ同程度の値で推移している傾向であった。

3. 3.8.1「UHC サービスカバレッジ指標」と 3.8.2「保健医療の自己負担支出が家計の 10%を超える人口の割合」の関連 -アジア諸国の特徴

図 4 は、「Tracking Universal Health Coverage, 2021 Global Monitoring Report」の中で報告された 3.8.1「UHC サービスカバレッジ指標」と 3.8.2「保健医療の自己負担支出が家計の 10%を超える人口の割合」の両方の提示があった 152 カ国について、2 値の関連および各国の傾向を観察するために作成した散布図である（一部の国は、2019 Global Monitoring Report の値を使用）。152 カ国の平均は、「UHC サービスカバレッジ指標」が、63.75、「保健医療の自己負担支出が家計の 10%を超える人口の割合」は、8.37%であった。本研究対象のアジアの国々は、14 カ国であった（図 5）。前者平均が、68.6、後者平均が 6.8%であった。図 5 より、「UHC サービスカバレッジ指標」が平均よ

り高く、「保健医療の自己負担支出が家計の10%を超える人口の割合」が平均より低い国は、オーストラリア、タイ、マレーシアであり、前者が平均より高いが、後者も平均より高い国は、中国、韓国、日本、ベトナム、前者が平均より低く、後者も平均より高い国は、ミャンマー、モンゴル、最後に前者も平均より低く、後者も平均より低い国は、キリバツ、フィジー、ラオス、インドネシア、フィリピンであった。

4. 最新の UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症における指標の関連

図6～図12は、「Tracking Universal Health Coverage, 2021 Global Monitoring Report」の UHC サービスカバレッジ指数（一部の国は2019 Global Monitoring Report より）と、The World in Data から取得した新型コロナウイルス感染症に関連する3つの指標（感染者数、死亡者数、致死率）の関連について、世界188カ国（死亡者数の報告は183カ国）と本研究対象のアジア、大洋州の国々27カ国（死亡者数の報告は22カ国）について、作成をした散布図である。

世界188カ国における、UHC サービスカバレッジ指数と感染者数および死亡者数の関連は、図6および図8よりわかる通りは、正の関連があり、それぞれ相関係数 R （ p 値）が、0.6258 ($p < 0.001$)、0.4895 ($p < 0.001$) であった。アジア・大洋州の国々の値だけで関連をみると（図7と図9）、両関連ともに統計的有意な結果はみられなかったものの、グラフからは、感染者数に関しては、正の関連があるように見られた。致死率に関しては、図10が世界183カ国における関連であるが、 $R = -0.2772$ ($p < 0.001$) と負の関連がみられた。アジア・大洋州に限ると（図11）、統計的有意な結果はなかったが、グラフから、負の関連があるように観察できた。

5. アジア諸国における UHC 達成に向けた政策・施策および新型コロナウイルス感染症の UHC への影響

表3では、ヒアリング対象となったフィリピン、ラオス、モンゴルの3か国の UHC 達成に向けた政策や施策、また新型コロナウイルス感染症への対応について、公的統計や公表されている指標と、ヒアリング調査から収集した情報をまとめた。

それぞれ3か国は、一人当たりの GDP にも差があるが、WB の所得グループでは、低中所得国となる。人口にもばらつきがあり、フィリピンは島国であり、ラオス、モンゴルは内陸国である。

フィリピンは、ユニバーサル・ヘルス・ケア法が2019年に制定され、その中でどのようなサービスがカバーされ、貧困層や高齢者への補助のプログラムも含みながら全国民をカバーしている。ただ、フィリピンでの UHC 達成への課題は、民間セクターの役割が大きく、民間セクターへの支払いメカニズムの構築が急がれること、また中間層の保健サービス費用の支払いへの対応、地方自治体の役割の拡大が挙げられていた。新型コロナウイルス感染症への対応に関しても、民間セクターの対応が早かったが、その中でも官民の連携（省庁間の協力）があり、それは地方自治体の役割にも影響していた。

ラオスは、2021年～2025年の国家社会経済開発計画および保健セクター開発計画の中で、UHC の推進が言及されている。ラオスでの、UHC 推進の課題は、サービスへのアクセスのギャップがあること（最貧困層と最富裕層では3倍の差）、保健センター（プライマリ・ヘルス・ケア施設）の改善の必要性、有資格の医療従事者の不足や偏在への対応であった。新型コロナウイルス感染症の対応によって、人材も予算の点に関しても、必須サービス提供の減少し、今後も影響がでることが懸念されている。

モンゴルは、憲法、保健法、健康保険法にて、UHC が規定され、推進されている。UHC 推進の具体的な事例として、モンゴルではモバイルヘルスを拡大してきたことがあげられる。全21州すべてでこの事業を拡大してきた。ただ、課題として、格差解消への政治的なコミットメントの発信がないこと、2次医療圏でのモニタリング能力の不十分であることであり、それに対して、プライマリ・ヘルス・ケアレベルで提供されるサービスへの資金提供の増額し、プライマリ・ヘルス・ケア施設である、保健センターや家庭医療保健センターには、パフォーマンスベースの資金提供の予定である。新型コロナウイルス感染症対策の UHC への影響は、地方におけるプライマリ・ヘルス・ケアサービスの拡充、電子デジタルケア技術の向上があり、ポジティブに影響

している面もみられた。

D. 考察

本研究では、今後、アジアの国々の UHC 達成に向けて、何が鍵となるかを検討するために、近年の UHC の国際的な戦略や進捗の国際的動向、UHC サービスカバレッジ指標を使用してアジア・大洋州の国々のその進捗および新型コロナウイルス感染症との関連、またアジア 3 カ国（フィリピン、ラオス、モンゴル）の UHC 推進のための戦略や課題について、分析、整理した。

2000 年以降の UHC の進捗に関しては、アジア・大洋州の国々も世界と同じ傾向であるが、2010 年以降の進捗が緩慢であることがわかった。3 カ国のヒアリング調査からの結果でもわかるように、サービスカバレッジに関しては、最富裕層と最貧困層、都市部と農村部、官民でのサービス提供のギャップがあることで、保健医療サービスを十分に受けられない集団が存在していることがわかる。保健医療サービスへのアクセスが脆弱である集団のカバレッジを、どれだけ拡充していけるのかが一つの鍵となるだろう[15]（別章参照）。

また、今年度のヒアリング調査には、大洋州の国が含まれていなかったが、大洋州の国々はたとえ高所得国に属していたとしても、サービスカバレッジは高くなく、UHC の達成を目指し、根本的な原因は何かをつかみ、具体的な対策を考える必要があるだろう[16]（別章参照）。

UHC が新型コロナウイルス感染症パンデミックに与えた影響については、本研究結果から考えられることとして、一つ目に UHC サービスカバレッジ指標が高い国々で致死率が低い傾向にあったことから、感染後の治療において死亡を防ぐことができていたことが考えられる。一方で、UHC サービスカバレッジ指標が高い国々で感染者が多い傾向であったことは、それらの国々で感染をよく探知できた可能性、一方で、いくら高い指標であっても感染症予防対策が十分ではなかった可能性、もしくは国際保健規則（IHR）コアキャパシティ指数が UHC サービスカバレッジ指標の構成要素ではあったもの、感染症拡大予防の視点が指標にはうまく反映されていなかったか可能性が考えられる[17]。アジア・大洋州の国々に関しては、それらの関連性はみら

れなかった。特に大洋州の国々では、グローバルでのパンデミックがはじまったと同時に、検疫を強化し、入国に制限をした国々もあり、感染者、死亡者ともに抑えられている国々もあったためと考えられる。

新型コロナウイルス感染症パンデミックは、多くの国で既存の保健医療サービスへの予算や人材が、新型コロナウイルス感染症対策へと流れたことやその経済活動への影響により、今まで進めてきた UHC の達成への動きがさらに鈍化することが懸念されている。国際的な議論においても、プライマリ・ヘルス・ケアへの回帰が重要視されているが、本研究のヒアリング調査結果からも、アジア 3 カ国のみの情報ではあるが、プライマリ・ヘルス・ケアへの拡充や予算拡大や地方自治体への歳入増加のしくみなどの動きもでてきており、ポストコロナにおいてさらに鍵となるのが、プライマリ・ヘルス・ケアや一次医療（プライマリ・ケア）をコアとした UHC 推進だろう[18]。

E. 結論

アジア・大洋州における UHC の進捗は、2000 年と比べると、ほとんどの国々で進展しているが、2010 年以降の進捗、および大洋州の国々での進捗が緩慢である。ポストコロナにおいて、UHC を後押しするためには、保健医療サービスへのアクセスが脆弱な集団へのアプローチ、プライマリ・ヘルス・ケアを軸とした保健システムの再構築の必要がある。

F. 引用文献

- [1] WHO. WHA58.33 Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance, 2005
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/20302>
- [2] UN. SDG Indicators Metadata repository.
<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>
- [3] WHO/WB. Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report, 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>
- [4] Our World in data.

<https://ourworldindata.org/>

- [5] WHO. World Health Report 2010 Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, 2010.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>
- [6] Bangkok Statement on Universal Health Coverage, adopted at the Prince Mahidol Award Conference, 2012.
<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/achieving-universal-health-coverage-from-the-past-to-the-future-prince-mahidol-award-conference-bangkok-thailand>
- [7] the Mexico City Political Declaration on Universal Health Coverage, adopted at the Forum on Universal Health Coverage
- [8] Tunis Declaration on Value for Money, Sustainability and Accountability in the Health Sector, adopted at the high level dialogue between ministers of finance and health towards and beyond the MDGs
- [9] WHO/WB. Tracing universal health coverage: 2017 global monitoring report, 2017.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-17.2>
- [10] Tokyo Declaration on Universal Health Coverage, adopted at the UHC Forum in Tokyo, 2017.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000188255.html>
- [11] Astana Declaration, adopted at Global Conference on Primary Health Care, 2018.
<https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/declaration>
- [12] WHO/WB. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report, 2019.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328913>
- [13] WHO/WB. Global Monitoring report on financial protection in health 2019, 2019.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331748>

- [14] WHO/WB. Global monitoring report on financial protection in health 2021, 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040953>
- [15] Tediosi F, Lönnroth K, Pablos-Méndez A, et al. Build back stronger universal health coverage systems after the COVID-19 pandemic: the need for better governance and linkage with universal social protection. *BMJ Global Health* 2020;5:e004020. doi:10.1136/bmjgh-2020-004020
- [16] Craig A.T., Beek K., Gilbert, K., Soakai T.S., Liaw S.T., Hall J.J. Universal Health Coverage and the Pacific Islands: An Overview of Senior Leaders' Discussions, Challenges, Priorities and Solutions, 2015-2020. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 4108. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074108>
- [17] 坂元晴香「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）と健康危機のシナジー」グローバルヘルス・ガバナンス研究会ポリシーブリーフ「ポスト・コロナ時代の国際保健外交—日本の戦略を問う」日本国際交流センター. 2022-02-14. vol. 10.
- [18] Brundtland G.H.. Public financing for primary health care is the key to universal health coverage and strengthening health security. *The Lancet global health* 2022, 10(5), E602-E603.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00166-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00166-8)
- [19] WHO. WHA64.9 Sustainable health financing structures and universal coverage, 2011.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/3564>
- [20] WHO/WB Ministerial meeting on universal health coverage, 2013.
<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/ministerial-meeting-on-universal-health-coverage>
- [21] International Conference on Universal Health Coverage in the New Development Era: Toward Building Resilient and Sustainable

- Health Systems, 2015.
https://www.jcie.org/programs/global-health-and-human-security/uhc_conference_151216/
- [22] UN. Sustainable Development Goals, 2015.
<https://sustainabledevelopment.un.org/index.php?page=view&type=111&nr=8496&menu=35>
- [23] 伊勢志摩首脳宣言, 2016.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000160267.pdf>
- [24] G7 神戸保健大臣会合, 2016.
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/KobeCommunique_ja.pdf
- [25] G7 ミラノ保健大臣会合, 2017.
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10500000-Daijinkanboukokuksaika/FINAL_G7_Health_Communique_Milan_2017.pdf
- [26] 日・ASEAN 保健大臣共同宣言 (Joint statement of Asean-Japan health ministers meeting: Universal Health Coverage and Population ageing), 2017.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10501000-Daijinkanboukokuksaika-Kokusaika/0000171519.pdf>
- [27] G20 ハンブルク首脳宣言, 2017.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000271291.pdf>
- [28] G20 ベルリン保健大臣宣言, 2017.
https://www.mhlw.go.jp/content/10501000/2017_G20_Health_Ministers_Declaration_engl.pdf
- [29] G20 ブエノスアイレス首脳宣言, 2018.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000424877.pdf>
- [30] G20 マルデルプラタ保健大臣宣言, 2018.
https://www.mhlw.go.jp/content/10501000/2018_G20_Health_Ministers_Declaration_engl.pdf
- [31] G20 大阪財務大臣・保健大臣合同セッション, 2019.
https://www.mof.go.jp/public_relations/finance/201907/201907f.html
- [32] G20 大阪首脳宣言, 2019.
https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/g20/osaka19/jp/documents/main_point.html
- [33] G20 岡山保健大臣宣言, 2019.
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g20/health/jp/img/G200kayama_HM_EN.pdf
- [34] UN. Political declaration of the high-level meeting on UHC "Universal health coverage: moving together to build a healthier world, 2019.
<https://www.who.int/news-room/events/un-high-level-meeting-on-universal-health-coverage>
- [35] G7 パリ保健大臣宣言, 2019.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10501000/000521996.pdf>
- [36] G7 カービスベイ首脳宣言, 2021.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100200083.pdf>
- [37] G7 カービスベイ保健大臣宣言, 2021.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100200084.pdf>
- [38] WHO. World Health Report 2013 Research for universal health coverage, 2013.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240690837>
- [39] WHO/WB. Tracking universal health coverage: first global monitoring report, 2015.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564977>
- [40] WHO. Together on the road to universal health coverage A CALL TO ACTION, 2017.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258962>
- [41] WHO. Aligning public financial management and health financing: sustaining progress toward universal health coverage, 2017.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254680>
- [42] WHO. New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage, 2017.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259632>

[43] WHO/unicef. A Vision for primary health care in the 21ST Century Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, 2018.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>

[44] WHO/unicef. Report of the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals, 2019.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330291>

G. 研究発表

学会発表

大澤絵里. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けた国際的な動向と日本の貢献. 第 36 回日本国際保健医療学会学術大会 教育講演; 2021. 11. 27-28. 東京(オンライン) .

論文発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1 近年の UHC に関連した主な会議および政治的な宣言

西暦	UHCに関連した主な会議における政治的な宣言	文献No
	WHO総会決議	
2005	WHA58.33 持続的保健財政、ユニバーサル・カバレッジと社会健康保険 (Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance)	1
	WHO総会決議	
2011	WHA64.9 持続的保健財政の枠組みとユニバーサル・カバレッジ (Sustainable health financing structures and universal coverage)	19
2012	バンコク宣言 (Bangkok Statement on Universal Health Coverage, adopted at the Prince Mahidol Award Conference)	6
2012	メキシコ宣言 (the Mexico City Political Declaration on Universal Health Coverage, adopted at the Forum on Universal Health Coverage)	7
2012	チュニス宣言 (Tunis Declaration on Value for Money, Sustainability and Accountability in the Health Sector, adopted at the high level dialogue between ministers of finance and health towards and beyond the MDGs)	8
2013	WHO/WB Ministerial meeting on universal health coverage	20
2015	International Conference on Universal Health Coverage in the New Development Era: Toward Building Resilient and Sustainable Health Systems	21
2015	国連 持続可能な開発目標	22
2016	G7伊勢志摩首脳宣言	23
2016	G7神戸保健大臣会合	24
2017	G7ミラノ保健大臣会合	25
2017	日・ASEAN保健大臣共同宣言 (Joint statement of Asean-Japan health ministers meeting: Universal Health Coverage and Population ageing)	26
2017	UHC東京宣言 (Tokyo Declaration on Universal Health Coverage, adopted at the UHC Forum in Tokyo)	10
2017	G20ハンブルグ首脳宣言	27
2017	G20ベルリン保健大臣宣言	28
2018	G20ブエノスアイレス首脳宣言	29
2018	G20マルデルプラタ保健大臣宣言	30
2018	アスタナ宣言 (Astana Declaration, adopted at Global Conference on Primary Health Care)	11
2019	G20大阪財務大臣・保健大臣合同セッション	31
2019	G20大阪首脳宣言	32
2019	G20岡山保健大臣宣言	33
2019	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する国連ハイレベル会合政治宣言 (Political declaration of the high-level meeting on UHC "Universal health coverage: moving together to build a healthier world)	34
2019	G7パリ保健大臣会合	35
2021	G7カービスベイ首脳宣言	36
2021	G7カービスベイ保健大臣宣言	37

表 2 UHC に関連した主要な決議やレポートとその内容

西暦	UHCに関連した主要な決議やレポート	主内容	文献No
2005	WHO総会決議 WHA58.33 持続的保健財政、ユニバーサル・カバレッジと社会健康保険 (Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance)	・ユニバーサル・カバレッジ達成のため医療保険を含む保健財政システムの導入 ・質の高い医療施設や保健医療人材の確保 ・保健システム全体の持続可能な財政メカニズム開発プログラムへの外部資金の投資 ・ユニバーサル・カバレッジへの移行の計画策定 ・政府の責任のもと、官民のサービス提供者、保健財政組織との連携 ・種々の社会健康保険制度の経験の共有	1
2010	WHO World Health Report 2010 保健財政-ユニバーサル・カバレッジへの道(Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage)	・ユニバーサル・カバレッジ（＝ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）の定義：すべての人が保健医療サービスを利用でき、その費用を負担することで経済的困難に陥ることがないようにする ・健康に対して十分な資源を配分するために、徴税の効率性の確保、国家予算の健康への優先、財政改革、健康のための開発援助の必要性 ・家計負担、アクセスの障壁を減らすために、直接支払いを減らすためのリスフーリングと保険料の事前徴収制が必要 ・ユニバーサル・カバレッジ推進のための 3 側面（集められた財により、誰をカバーし、どのサービスをカバーし、どれだけのコストをカバーするのか）の提案	5
2011	WHO総会決議 WHA64.9 持続的保健財政の枠組みとユニバーサル・カバレッジ (Sustainable health financing structures and universal coverage)	・直接支払いをさげるための保健財政システムの改革 ・公平で持続可能な財政を通して、手頃でアクセスが可能なユニバーサル・カバレッジを目指す ・保健システムへの投資と強化、特に、プライマリ・ヘルス・ケアや十分な保健人材、保健情報システムを強化する ・特定の保健介入に対する外部資金が、その国の保健医療の優先順位事項への関心を定めることがないよう、持続可能な資金や予測可能な形で貢献する ・保健医療システムのユニバーサル・カバレッジへの移行への計画策定 ・その国の疾病疫学、マクロ経済、社会文化的、政治的背景を考慮する ・政府の責任のもと、官民のサービス提供者、保健財政組織との連携 ・保健医療財政における効率性、透明性、説明責任の促進 ・ヘルスプロモーション、疾病予防、リハビリテーション、医療提供の適切なバランスを確保する ・各国の経験の共有 ・ユニバーサル・カバレッジの促進に関して、国レベルのエビデンス構築やエビデンスに基づく政策決定を進めるために制度的な能力の強化をする	19
2013	WHO World Health Report 2013 -ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのための研究(Research for universal health coverage)	・重要なリサーチアクションの設定として、必要な保健医療サービスの選択、保健医療サービスのリスク保護の適用の改善、適用の拡大が健康とウェルビーイングにどのようにつながるかの評価、カバレッジや財政保護をモニタリングのための測定や指標に関するアクションがある ・ユニバーサル・カバレッジに関する研究は盛んになってきているが、国の研究計画の長所や短所を客観的に評価している国や、研究がもたらす健康、社会、経済的利益を評価している国はほとんどない。研究への投資、実践、成果、応用のモニタリングと評価に体系的なアプローチをとることは、すべての国にとって有益	38
2015	WHO/WB 第1回 UHC グローバルモニタリングレポートTracking universal health coverage: first global monitoring report	・UHCの定義（広義）：すべての人が必要な保健サービスを受けられることを意味し、それは健康増進（禁煙政策など）、疾病予防（予防接種など）、治療・リハビリ・緩和ケア（終末期ケアなど）を効果的に提供し、同時にこれらのサービスの利用が、利用者を経済的困難に陥らないためにデザインされた保健医療のインシ アチブである ・UHCモニタリングの課題は、信頼できるデータを入力すること、有効なカバレッジの測定、さらにケアの質を伴うカバレッジの測定をすること、衡平をモニタリングすること	39
2017	WHO/WB ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進捗：2017年版グローバル・モニタリング・レポート (Tracing universal health coverage: 2017 global monitoring report)	・本レポートで、初めて、世界各国のSDG3.8 UHC達成のターゲットをモニタリングしている指標3.8.1「UHCサービスカバレッジ指標」と指標3.8.1「保健医療に関する支出が家計の10%もしくは25%を超える人口の割合」を提示 ・3.8.1のサービスカバレッジ指標の追跡指標の入手可能性は、2010年には、平均して72%の追跡指標について、最新の一次データを保有していた ・3.8.2の保健医療に関する支出については、所得や家計消費のデータを入力することが課題	9
2017	WHO UHCへの道とともに 行動喚起 (Together on the road to universal health coverage A CALL TO ACTION)	どのようなサービスがUHCに含まれるか？ UHCに含まれるサービスの種類と提供は、その国の優先順位とリソースによって決定されるべき。しかし、どの国でもある程度の普遍的するのは可能 例えば - コミュニティやセクター横断的なサービス、行動変容のための情報、規制や適切な健康税（たばこ税、酒税、砂糖税など）を通じて、家庭やコミュニティにとって実現可能な健康増進的な環境を整えること。 - 定期的なアウトリーチ活動が必要であっても、すべての人々が、予防接種などの命を救う予防サービスの恩恵を受けられるようにする。 - 病気や健康上の出来事に対応するためのプライマリ・レベルの保健サービスを提供 - 健康へのネガティブな影響から身を守るための機能的なワイルドカードの構築 ・UHCは国民（住民）中心（People-centered）であること、決定への人々の参加が重要であること、UHCは政治的なビジョンと意思が必要なこと、UHCは権利であり特権ではないこと ・UHCへの道は、その国の優先事項や資源によって異なるが、理念は同じ	40

2017	WHO 公共財務管理と保健財政の整合性：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けた前進を持続させるために (Aligning public financial management and health financing: sustaining progress toward universal health coverage)	<ul style="list-style-type: none"> 多くの国々は、予算編成の基礎となるプロセスや保健財政の目標など、PFMシステムと保健財政システムとの間の整合性を改善することにより、保健のための公的資金をより有効に活用し、非効率性を低減ができる 保健省と財務省間の生産的で情報に基づいた会話が必要 不確実性が高く、医療提供者や住民の意思決定が資源の利用に大きく影響する保健分野では、費用対効果を高めるための購入、支払い戦略が必要 	41
2017	WHO ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けた世界の保健医療費に関する新たな視点 (New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage)	<ul style="list-style-type: none"> 2015年、世界は健康への支出は、7.3兆米ドル、世界のGDPの10%近くを占めている。 保健支出は、経済全体よりも速く成長している。 一人当たりの平均保健支出は1,011米ドルですが、世界の半数の国は一人当たり366米ドル以下。 平均して、保健財政システムは世界中で必須の前払いやプールされた資金への依存度を高める方向に変化している 保健分野への政府支出は絶対額でも政府支出全体に占める割合でも増加している。 多くの国では、社会健康保険基金などの医療サービス購入機関に予算が配分されている 医療費の自己負担額は、絶対額では増加しているが、現在の医療費全体に占める割合は減少している 保健分野への外部資金は、世界の支出額の0.3%未満。しかし、低所得国では、外部資金が現在の保健医療支出の平均約33%を占めていて、その絶対額は年々増加。 同時に、政府の財政能力も向上しているが、財政能力の向上は政府の保健医療支出の増加には結びついていない むしろ、ドナーからの支出の増加は、政府が国内支出を他の分野に振り向けるようなクラウディングアウト効果をもたらしているように思われる 	42
2018	WHO/unicef 21世紀のプライマリ・ヘルスケアのビジョン ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと持続可能な開発目標に向けて(A Vision for primary health care in the 21ST Century Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals)	<ul style="list-style-type: none"> PHCの3つのコンポーネントは、「統合的な保健医療サービスの中核的な要素であるプライマリアと必要不可欠な公衆衛生機能」、「健康の決定要因にアプローチするための多分野における政策とアクション」「個人や地域のエンパワーメント」であると再提示 	43
2019	WHO/unicef プライマリ・ヘルス・ケアに関する世界会議の報告 アルマ・アタからユニバーサル・ヘルス・カバレッジと持続可能な開発目標に向けて (Report of the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals)	<ul style="list-style-type: none"> 政府と社会が、強力な保健医療システムを通じて、集団と個人の両レベルで、人々の健康と福祉を優先し、促進し、保護すること。 プライマリ・ヘルス・ケアと種の高い、安全な、包括的な、統合された、アクセス可能で利用可能な、安価な保健サービスが、十分に訓練され技術を持ちあわせ、責任をもった医療専門家によって、思いやりと敬意をもち提供されること。 個人とコミュニティが、自らの健康と福祉を維持・向上させるために力を発揮し、関与できるような、健康を導くする環境であること。 国の保健政策、戦略、計画を効果的に支援するために、パートナーや利害関係者と連携すること。 	44
2019	WHO/WB ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けたプライマリ・ヘルスケア：2019年版グローバル・モニタリングレポート (Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report)	SDGs3.8.1 UHCサービスカバレッジ指標について、世界的に進歩はしているものの、2010年移行、そのペースは鈍化している SDGs3.8.2 破綻的な保健医療支出の発生率は、2000年から2015年の間に悪化している	12
2019	WHO/WB 保健医療における経済的保護に関するグローバル・モニタリング・レポート2019 (Global Monitoring report on financial protection in health 2019)	<ul style="list-style-type: none"> 世界で、家計の10%を超える保健医療費を支払っている人が9億2660万人 家計の25%を超える保健医療費を支払っている人が2億870万人 アジア地域および中所得国で、保健医療費の自己負担額が家計の10%および5%を超え、破綻的な医療費支出に直面している人の数および割合が最も多い 保健医療費の自己負担による経済的困難は2000年から2015年にかけて継続的に増加 破局的な医療費を負担している世界の人口は、2000年から2015年の間に、10%の閾値ではと年3.6%増加し、25%の閾値では年5.3%増加 	13
2021	WHO/WB ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進捗：2021年版 グローバル・モニタリング・レポート (Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report)	<p>本報告では、COVID19以前のUHCの進捗について報告</p> <ul style="list-style-type: none"> COVID19以前においても、2023年までにUHCの恩恵を受ける人を10億人増やすという目標にはほど遠い状態であった 2000年以降、平均所得の上昇に伴い、サービスの普及率は向上したが、多くの人々にとって過度のコスト負担となっている COVID-19パンデミックによる、保健医療サービスの提供の継続的な進展の停止の可能性 特に貧困家庭の人々の間で、治療を受ける人々の医療費の自己負担による経済的困難を悪化させる可能性 プライマリ・ヘルス・ケアに基づく強力な保健システムが、COVID-19への効果的な対応には必要不可欠であり、UHCに向けた前進の基礎となる 	3
2021	WHO/WB 保健医療における経済的保護に関するグローバル・モニタリング・レポート2021 (Global monitoring report on financial protection in health 2021)	<ul style="list-style-type: none"> COVID19発生前においても、家計を破綻させるような保健医療支出の発生は、継続的に増加していた 保健医療の支出により極貧ライン (PPP1.90ドル) に追いやられた人口総数の比率は継続的に減少したが、相対的な貧困ライン (収入が中央値の60%未満での生活) の減少は緩慢 高齢化が、経済的困難のリスクファクターを増幅させてきた 	14

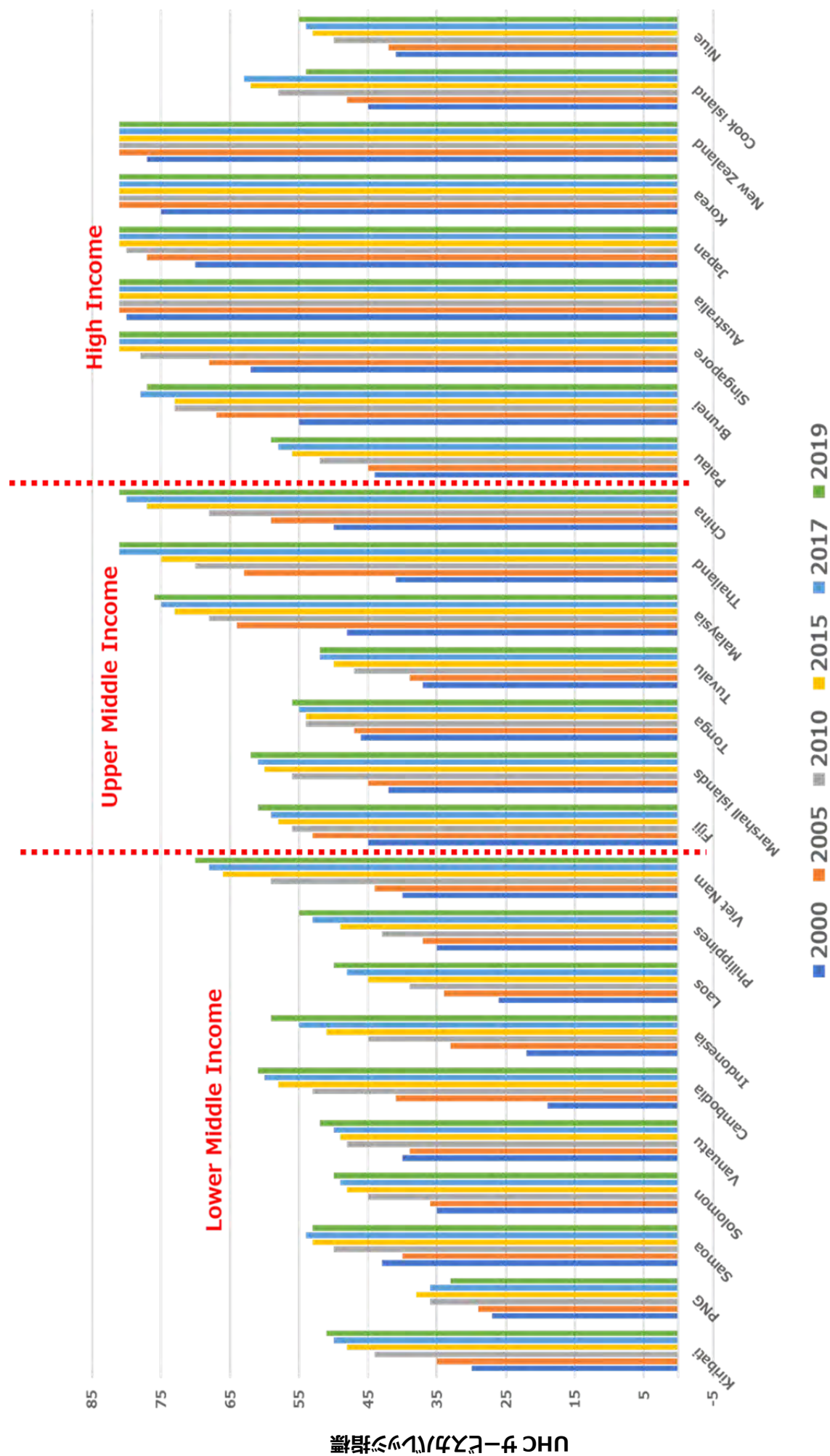


図 1 アジア大洋州各国における UHC の進捗状況（所得グループ別）

※2021 年 GMR にて、 ≥ 80 となっていた国に関しては、81 と代替値を挿入

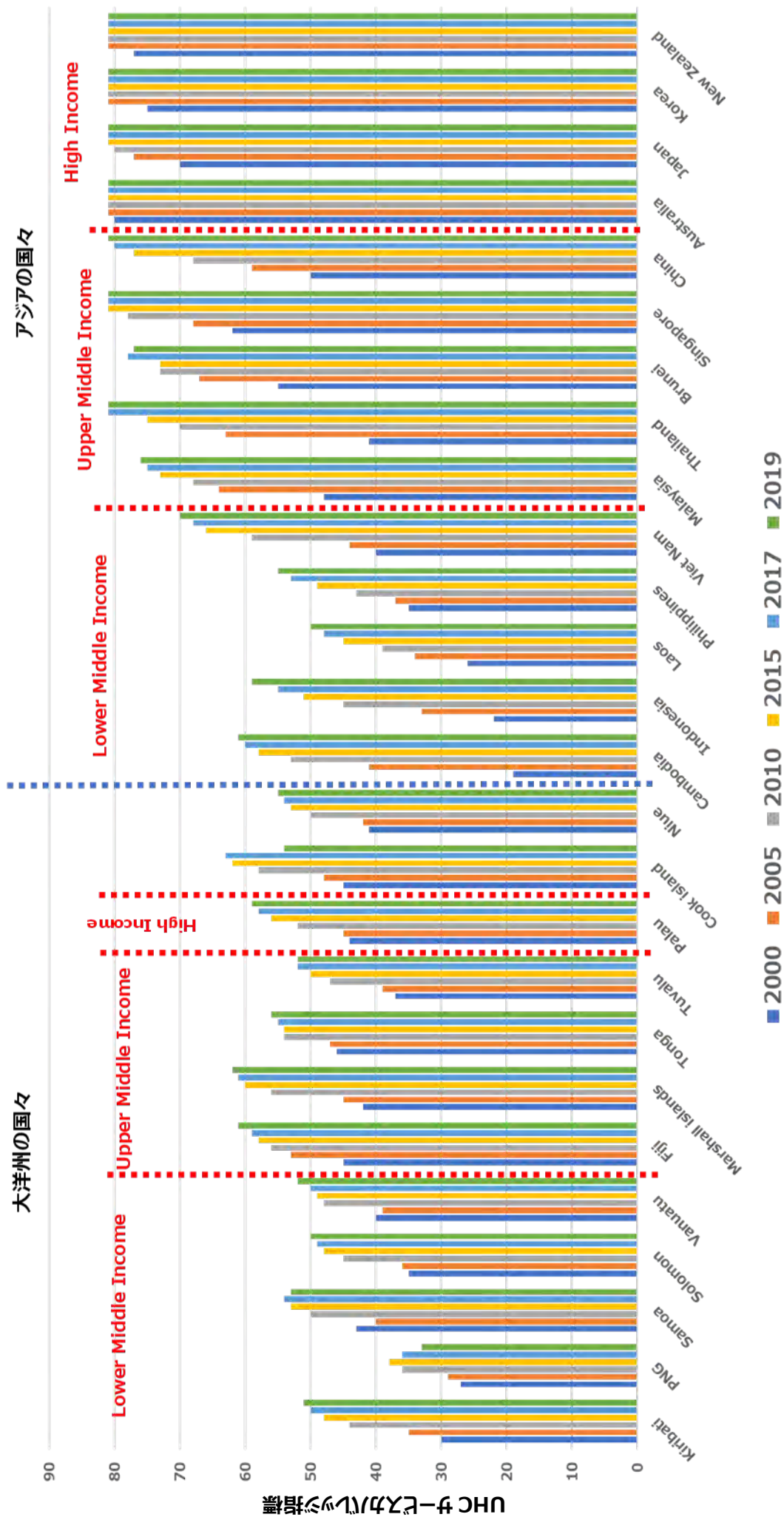


図2 アジア大洋州各国におけるUHCの進捗状況（大洋州・アジア別、所得グループ別）

※2021年GMRにて、 ≥ 80 となっていた国に関しては、81と代替値を挿入

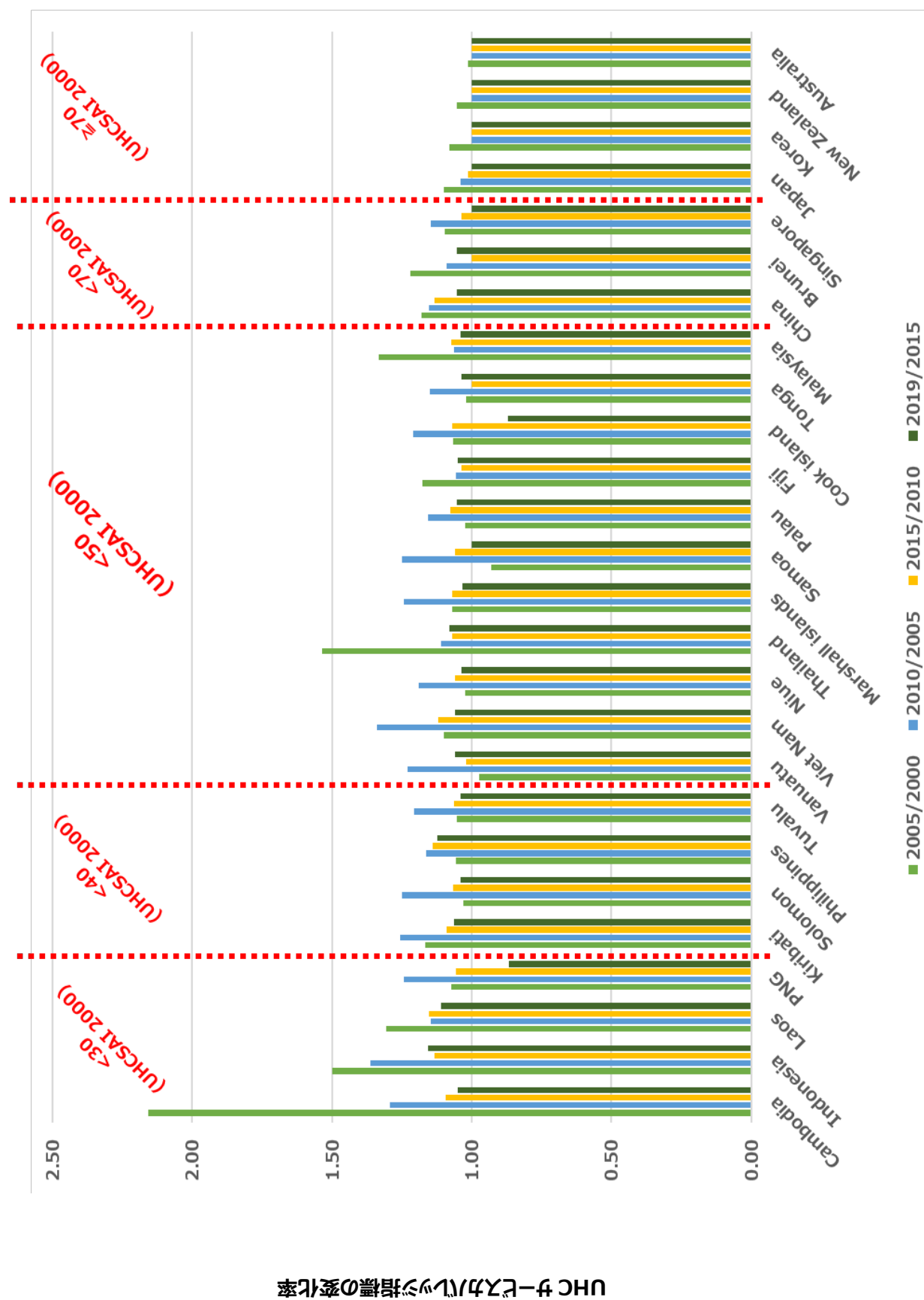


図3 2000年以降5年おきのUHCサービスカバレッジ指標の変化率

※2021年GMRにて、≥80となっていた国に関しては、81と代替値を挿入



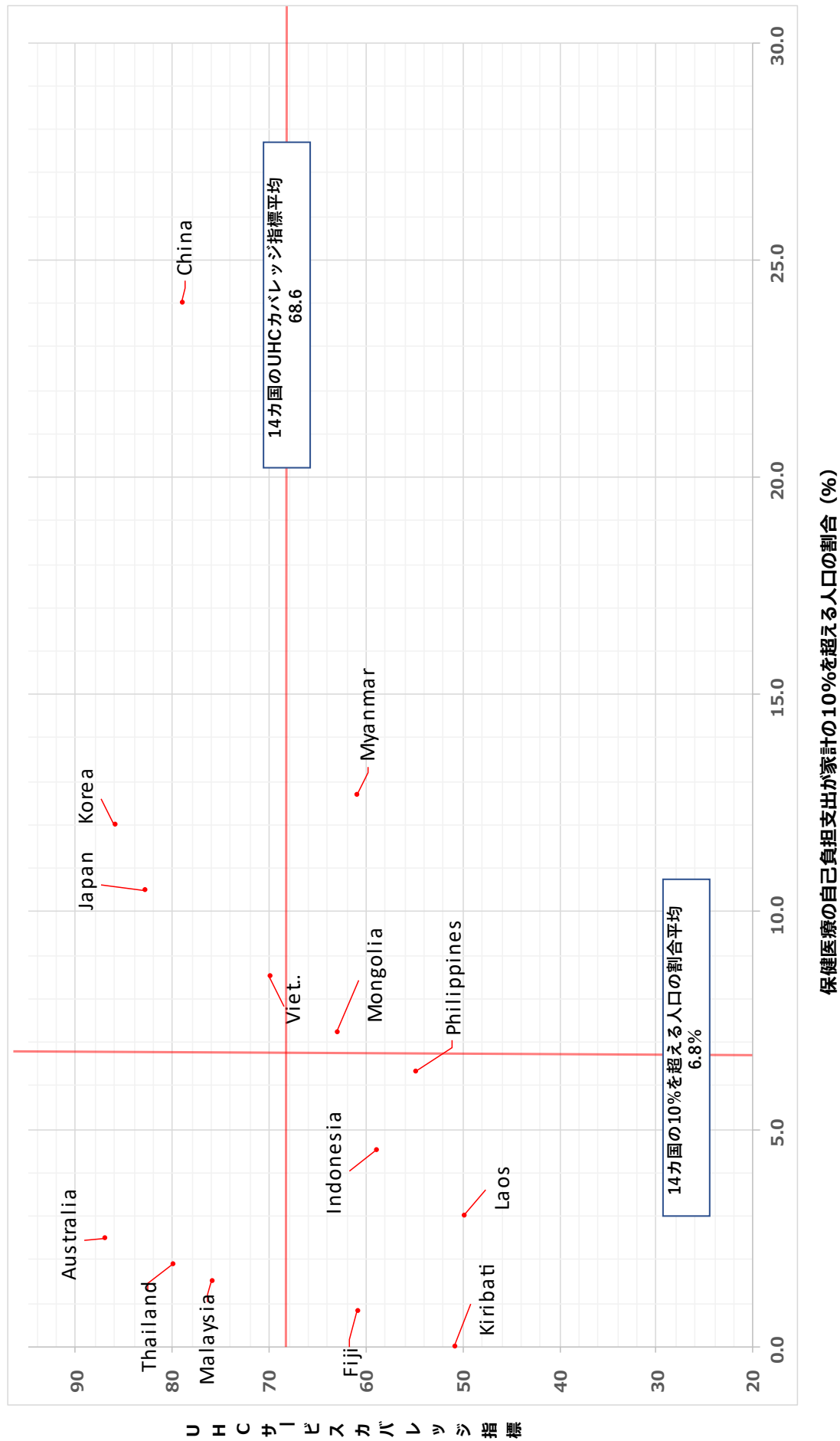


図5 アジア・大洋州の国々の「UHC サービスカバレッジ指数」と「保健医療の自己負担支出が家計の10%を超える人口の割合」の関連

COVID19感染者数（100万人対）とUHC SCIの関係

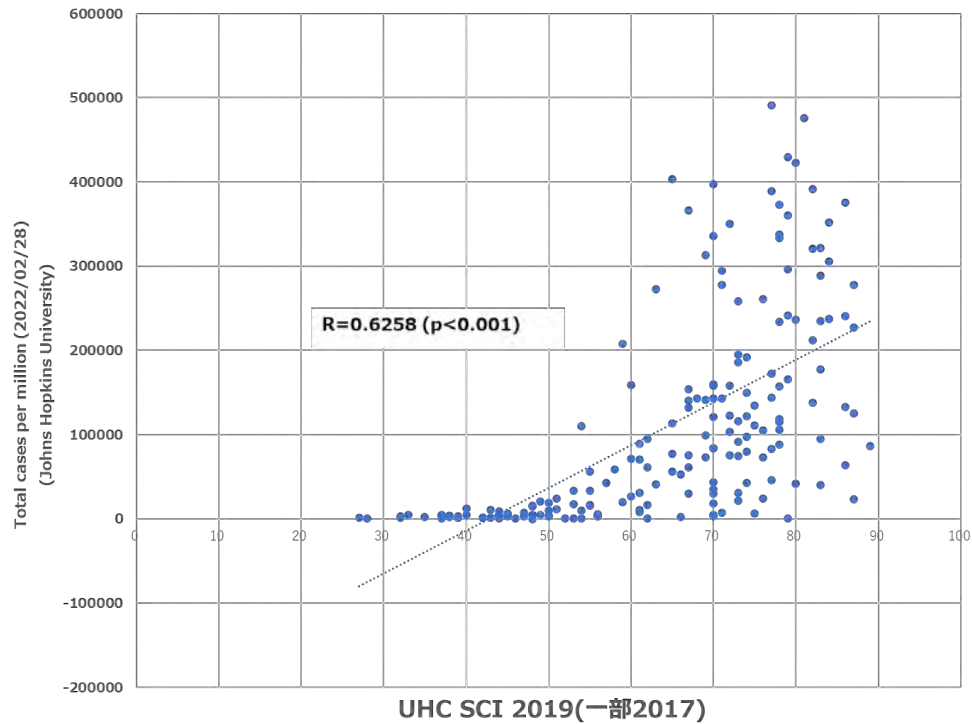


図 6 UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナ感染症感染者数の関連

COVID19感染者数（100万人対）とUHC SCIの関係(アジア・大洋州のみ)

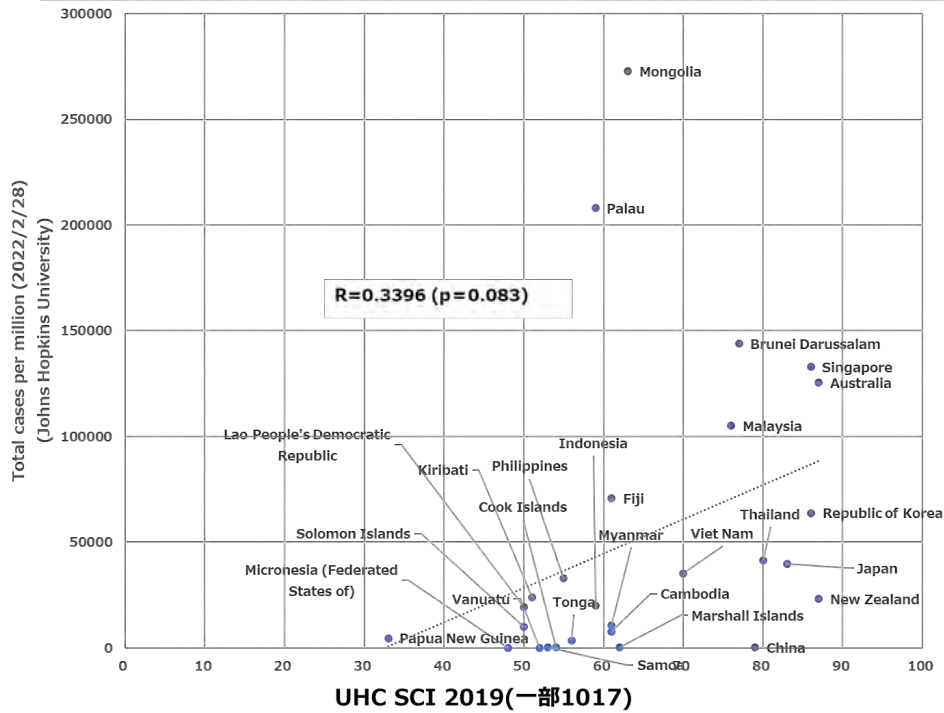


図 7 UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナ感染症感染者数の関連（アジア・大洋州のみ）

COVID19死亡者数（100万人対）とUHC SCIの関係

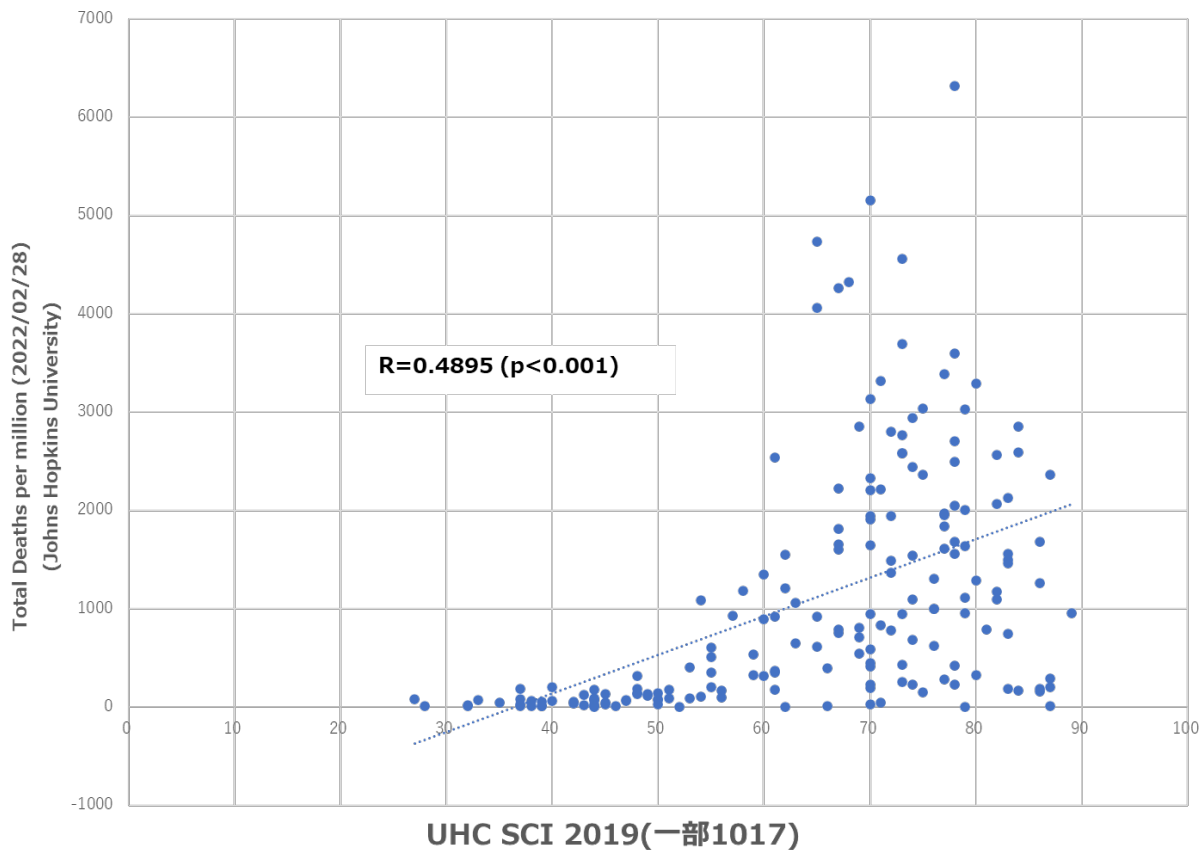


図 8 UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症死亡者数の関連

COVID19死亡者数（100万人対）とUHC SCIの関係（アジア・大洋州のみ）

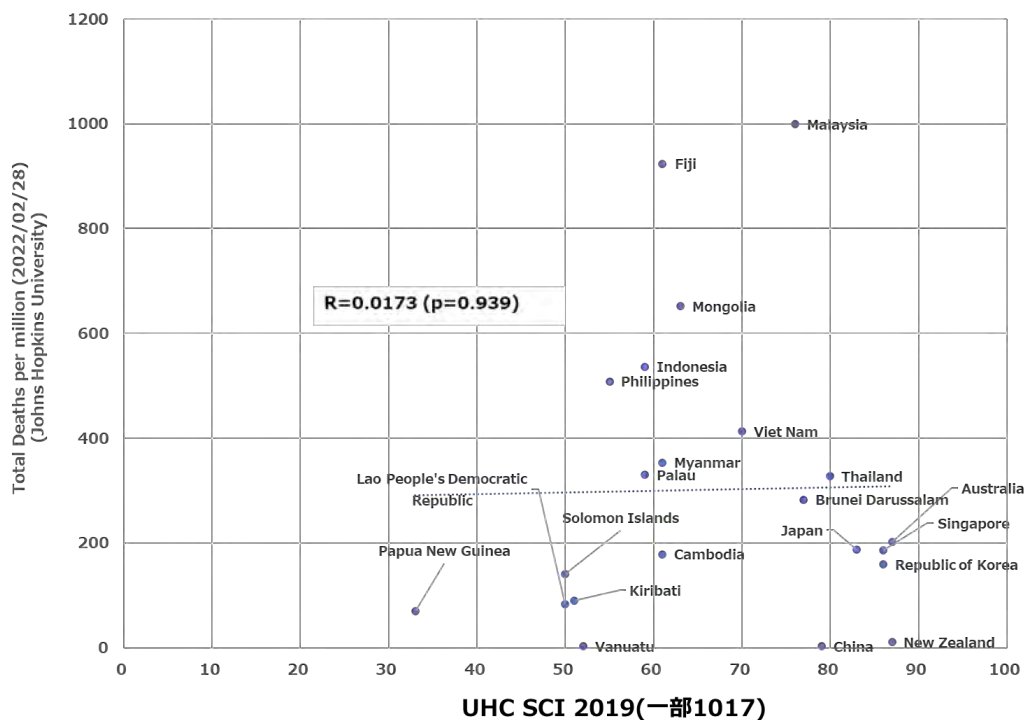


図 9 UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症死亡者数の関連(アジア・大洋州のみ)

COVID19致死率とUHC SCIの関係

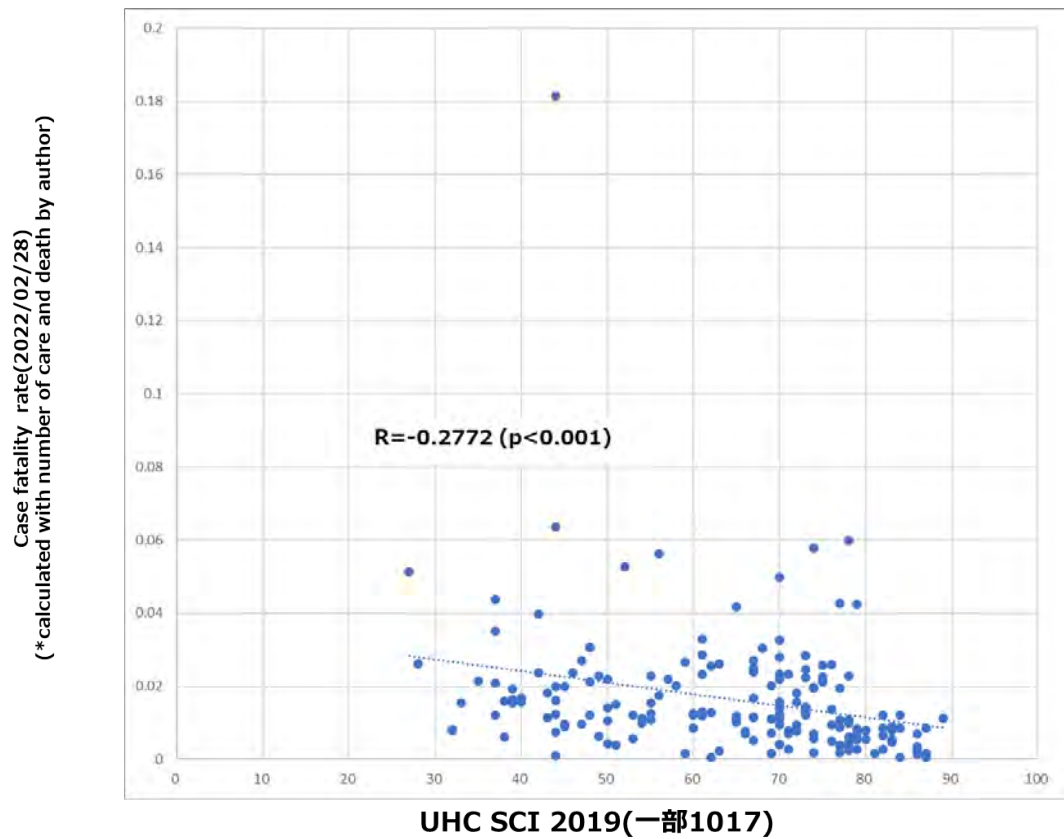


図 10 UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症致死率の関連

COVID19致死率とUHC SCIの関係 (アジア・大洋州のみ)

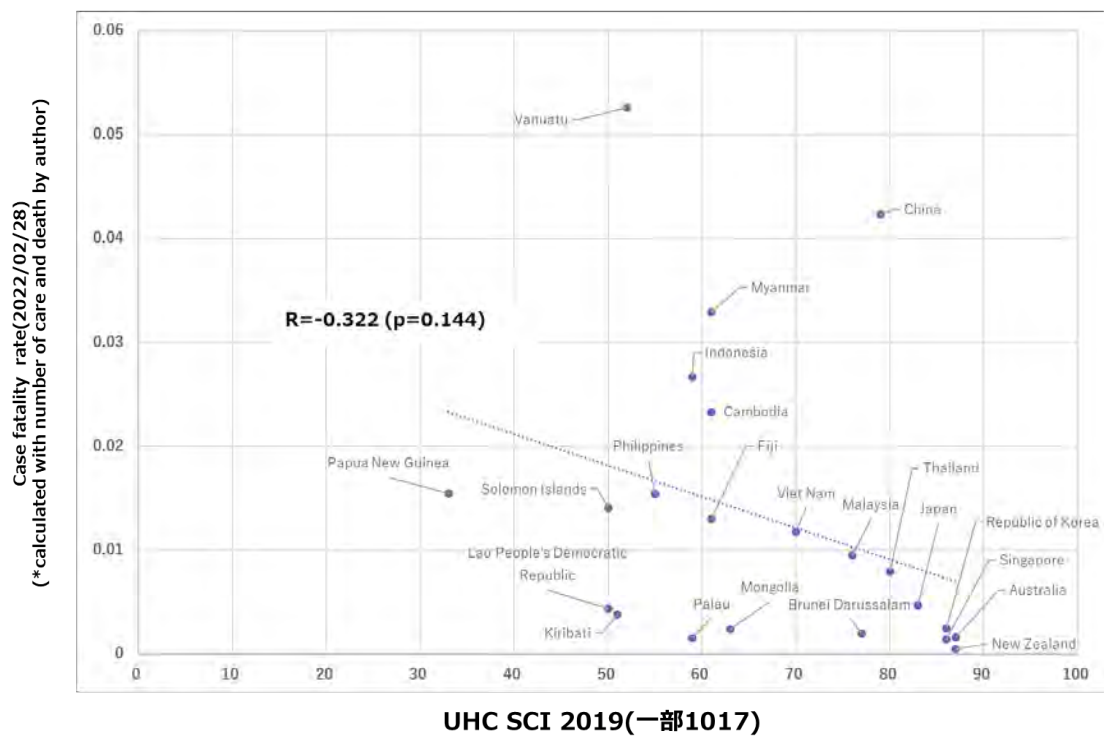


図 11 UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症致死率の関連 (アジア・大洋州のみ)

表3 フィリピン、ラオス、モンゴルの UHC 達成に向けた政策・施策と新型コロナウイルス感染症パンデミックの影響

	フィリピン	ラオス	モンゴル
国の特徴	島国	内陸国	内陸国
人口 ¹	109.6 million	7.3 million	3.3 million
一人あたりの GDP ¹	3,298.8 US\$	2,629.7 US\$	4,061.0 US\$
所得グループ ¹	低所得国	低所得国	低所得国
UHC サービスカバレッジ指標 ²	55	50	63
経済的保護指標（医療費支出が 10%（25%）を超える割合） ²	6.3（1.4）	3.0（0.3）	7.2（1.3）
UHC を規定する法律や UHC を推進に関する計画 ³	ユニバーサル・ヘルス・ケア法（2019 年制定） 地方自治体条例	第 9 次国家社会経済開発 5 か年計画（2021 年～2025 年） 第 9 次保健セクター開発 5 か年計画（2021 年～2025 年） 保健セクター改革戦略	・モンゴル国憲法 ・保健法 ・健康保険法
UHC の特徴と課題 ³	<ul style="list-style-type: none"> ・ユニバーサル・ヘルス・ケア法にて、サービスカバレッジ、人口カバレッジ、経済的保護の 3 柱が具体化されている ・民間セクターが非常に大きな役割を担っているため、民間セクター（病院）への支払いメカニズムが重要な課題 ・民間セクターは請負業者としての認識であるため、国民の健康向上のための共同生産者になりにくい 	<ul style="list-style-type: none"> ・最富裕層と最貧困層の間でサービスへのアクセスに関して 3 倍近い差がある（衡平性の問題） ・貧困層が最初に立ち寄り保健センター（プライマリ・ヘルス・ケア施設）の改善が必要 ・有資格の医療従事者不足、特に農村部での不足（医療従事者偏在の問題） ・保健施設全体のサービスの有効性や即応 	<ul style="list-style-type: none"> ・モバイルヘルスの実施、21 州すべてに拡大 ・政府文書に格差の解消のための措置に関する言及がない ・2 次医療圏でのモニタリング能力の不足 ・セクター間の協調不足 ・プライマリ・ヘルス・ケアレベルで提供されるサービスへの資金提供の増額 ・プライマリ・ヘルス・ケア施設である、保健セ

	<ul style="list-style-type: none"> ・地方自治体の役割は地方自治体条例に規定 ・中間層の保健サービス費への支出への対応 ・最近の改定で、地方自治体への歳入割合を増加 ・バランガイ保健支所（村レベルの保健ポスト）の数やそこに常在する助産師の数は足りているため、この制度が協力的な柱になることを期待 	<p>性にギャップがある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ以前から、貧困ライン以下と考えられる人々が増加しているため、医療費支出からの経済的保護の強化が必要 	<p>ンターや家庭医療保健センターには、パフォーマンスベースの資金提供の予定</p>
<p>新型コロナウイルス感染症累積感染者数/死亡者数(人口100万あたり、2022年2月末)⁴</p>	32,977.03/508.35	19,343.55/84.15	272,778.64/651.79
<p>新型コロナウイルス感染症パンデミックのUHCへの影響³</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナウイルス感染症に関しては、国よりも民間セクターの方が、対応が早く（ワクチンも民間セクターに集中した）、省庁間の協力関係が必要であった ・上記のような国政に影響され、地方自治体も重要な役割を果たすようになった。例えば、国に対して自治体独自の研究所の設立を求めた 	<ul style="list-style-type: none"> ・パンデミックにより外来と入院ともにアクセスが減少している ・新型コロナウイルス感染症の対策に人材が使われるために、必須サービス提供が減少 ・観光や輸入が影響を受けているので、国の歳入全体も不足している 	<ul style="list-style-type: none"> ・「社会経済的疾患であるコロナウイルス感染症の予防および軽減に関する法律」（2020 制定） ・一般政府支出、国と地方の予算、緊急資金など医療費増額の措置 ・地方におけるプライマリ・ヘルス・ケアサービスの拡充 電子デジタルケア技術の向上

1. World Bank Data, <https://data.worldbank.org/>

2. Tracking universal health coverage 2021 Global Monitoring Report, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>

3. 本研究におけるヒアリング調査から

4. Our world in data coronavirus, <https://ourworldindata.org/coronavirus>

&\$&%



©国立保健医療科学院

©National Institute of Public Health, 2022

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition “Global monitoring report on financial protection in health 2021. Geneva: World Health Organization;2021.

Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO shall be the binding and authentic edition.

This translated work is available under the CC BY-NC-SA 3.0

©国立保健医療科学院,2022

この翻訳は、世界保健機関（WHO）が作成したものではありません。WHOはこの翻訳の内容や正確さに責任を負いません。

オリジナルの英語版は、以下の通りであり、英語版と日本語版の不一致があった場合、英語の原版が、拘束力があり、真正である。

この翻訳物は、CC BY-NC-SA 3.0 IGOライセンスに基づいて利用することができる。

“Global monitoring report on financial protection in health 2021. Geneva: World Health Organization;2021.”

&\$&%



ISBN (WHO) 978-92-4-004095-3

ISBN (WHO) 978-92-4-004096-0

© 世界保健機関と国際復興開発銀行／世界銀行、2021年

一部の権利は留保されている。本報告書は、クリエイティブ・コモンズ表示-非営利-継承3.0 IGOライセンス（CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>）の下で入手できる。

本ライセンスの条件に基づき、以下に示すように、本報告書が適切に引用される場合に限り、非営利目的で、本報告書を複製・再配布・改変を行うことが可能である。本報告書のいかなる使用においても、WHOまたは世界銀行が特定の組織、製品、またはサービスを承認していることを示唆するものであってはならない。WHOのロゴまたは世界銀行のロゴの使用は認められない。本報告書を改変する場合は、同じまたは同等のクリエイティブ・コモンズ・ライセンスの下であなたの著作物のライセンスを取得する必要がある。本報告書を翻訳する場合は、提案された引用とともに次の免責事項を追加する必要がある。「この翻訳は、世界保健機関（WHO）または世界銀行によって作成されたものではない。WHOと世界銀行は、この翻訳の内容または正確性について責任を負わない。原本の英語版は、拘束力のある本物でなければならない」

本ライセンスに基づいて生じる紛争に関する調停は、世界知的所有権機関の調停規則に従って行われるものとする。

提案された引用 Global monitoring report on financial protection in health 2021. Geneva: World Health Organization and

International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

出版前の書誌データ作成・標準化法（CIP）データ CIPデータは<http://apps.who.int/iris>で入手できる。

販売、権利、及びライセンス WHOの出版物を購入するには、<http://apps.who.int/bookorders>を参照のこと。商業利用のリクエスト及び権利とライセンスに関する質問を送信するには、<https://www.who.int/copyright>を参照のこと。

サードパーティの資料 表、図、画像など、サードパーティに帰属する本報告書の資料を再利用する場合は、その再利用に許可が必要かどうかを判断し、著作権者から許可を得る責任がある。本報告書内のサードパーティのコンポーネントの侵害に起因するクレームのリスクは、ユーザーのみにある。

一般的な免責事項 本出版物で用いられている表記や記述は、国、領土、都市、またはその所轄地域の法的地位に関して、またはその辺境あるいは境界の画定に関して、WHOまたは世界銀行の見解を示すものではない。

本報告書の地図は、WHOによって作成された。これらの地図及び出版物で使用される境界、色、その他の表記または単位は、世界銀行またはWHOの、国、領土、都市、またはその所轄地域の法的地位に関する見解または判断、あるいは当該境界または辺境の承認もしくは承諾を意味するものではない。

特定の企業または特定のメーカーの製品に関する言及は、言及されていない同様の性質を有する他のものに優先して、WHOまたは世界銀行が承認または推奨していることを意味するものではない。書き損じ・脱漏を除いて、登録商標名は、最初の大文字で区別される。

本出版物に含まれる情報を検証するために、WHOと世界銀行はすべての合理的な予防措置を講じている。しかし、公開された資料は、明示または黙示を問わず、いかなる保証もなく配布される。資料の解釈と使用の責任は読者にある。いかなる場合も、WHOまたは世界銀行は、その使用に起因する損害について責任を負わないものとする。

本出版物に示された調査結果、解釈、または結論は、必ずしもWHOや世界銀行、その理事会、またはそれらが代表する政府の見解を反映しているわけではない。世界銀行及びWHOは、本報告書に含まれるデータの正確性、完全性、または最新性を保証せず、情報の誤り、見落とし、または不一致について責任を負わず、または記載されている情報、方法、プロセス、または結論の使用または不使用に関して責任を負わない。

イニス・コミュニケーションによるデザインとレイアウト



目次

序文.....	vi
謝辞.....	vii
エグゼクティブ・サマリー.....	ix
1COVID-19パンデミック以前の経済的困窮.....	1
1.1. 何人の人々が経済的困窮を経験したか?.....	5
1.1.1. 2017年ベースライン.....	5
1.1.2. COVID-19発生以前の傾向.....	11
1.2. 誰が経済的困窮に陥っているか? 年齢に焦点をあてて.....	17
1.3. どのような種類の保健医療支出が経済的困窮の原因となっているか?.....	22
1.4. 経済的困窮と保健医療への公的支出との関連.....	22
1.5. ケアの断念及びサービス・カバレッジに経済的困窮を関連付ける.....	25
1.6. 保健医療の経済的保護のモニタリングをルーチン化する取組は、COVID-19パンデミックにより、悪化し.....	27
2Covid-19及び経済的保護.....	31
2.1. 世帯への影響.....	37
2.2. 健康追求行動への影響.....	42
2.2.1. COVID-19に関連する保健医療サービス.....	42
2.2.2. 全般的な保健医療サービス.....	45
2.2.3. 医薬品.....	48
2.3. 公的資金への影響.....	50
3. 結論.....	55
REFERENCES.....	59

ボックス

ボックス1: 自己負担による保健医療支出の定義	2
ボックス2: 自己負担による保健医療支出による経済的困窮を理解するためのさまざまな方法	4
ボックス3: 経済的困窮をモニタリングするために支払能力アプローチを用いると、欧州では最貧困の世帯は最も破綻的な保健医療を支出する可能性があることが判明する	17
ボックス4: 加齢に伴った破綻的な保健医療支出の悪化は、人口の最貧困層において最も明白である	20
ボックス5: 日本の高齢者同居世帯における破綻的な保健医療支出及び未充足ニーズ	21
ボックス6: 中所得国におけるアクセス及び経済的保護に関する保健医療財政改革の影響	24
ボックス7: 欧州において、破綻的な保健医療支出を負担している世帯の比率が非常に低い国では、顕著な所得格差もなく、未充足ニーズも低い傾向にある	26
ボックス8: 最貧困世帯は、ケアの断念を経験する可能性が高く、経済的障壁は、最も頻繁にケアの断念の理由として報告されている	27
ボックス9: COVID-19パンデミック中のペルーの経済的保護	36
ボックス10: COVID-19の治療費関連の経済的保護ために導入された政策	44
ボックス11: ベトナムの高齢者がいる世帯の自己負担による医療費の構成	49
ボックス12: 医療財政政策の弱点は、欧州の経済ショックに対する回復力を弱体化させる	54

図

図: 必要な時に保健医療ケアにアクセスしなかった理由として世帯により報告された主たる理由 多国からのエビデンス	xii
図1. 自己負担による保健医療支出による経済的困窮	3
図2. 2017年: 自己負担による保健医療支出による経済的困窮	5
図3. 2017年: 所得別国グループでの、SDG指標3.8.2(しきい値10%)により追跡した家計破綻的な保健医療支出の分布	6
図4. 2017年: 所得別国グループにおける、貧困化を招く自己負担による保健医療支出の発生分布	7
図5. しきい値10%のSDG指標3.8.2により追跡した、相対的貧困に追い込まれた人口比率と家計破綻的な保健医療支出発生間の相関関係	8
図6. 更に貧困化して相対的貧困に陥る人口比率と家計破綻的な保健医療支出発生間の相関関係(SDG 3.8.2、しきい値10%による追跡結果)	9
図7. 経済的困窮に陥っている人口の構成	10
図8. SDG指標3.8.2により追跡した、家計破綻的な保健医療支出の発生傾向	11
図9. 家計破綻的な保健医療支出の発生における割合の推移(SDG指標3.8.2しきい値10%とする追跡による)(所得別国グループ)	12
図10. SDG指標3.8.2により追跡した、家計破綻的な保健医療支出の平均発生ポイントの推移	13
図11. 世界の極貧率の傾向、及び自己負担による保健医療支出が原因で貧困に追い込まれた、また、さらに極貧化(1日1.90ドルで生活)する人口の世界比率の傾向	14
図12. UNアフリカの地域にて、極貧(1日1.90ドル未満)で生活している人々のうち、自己負担による保健医療支出により更なる貧困に陥っている人々の集中度のポイント推移	15
図13. 自己負担による保健医療支出により相対的貧困(一人あたりの消費中央値の60%未満)に追い込まれた(又は更に追い込まれた)人口の世界的傾向	16
図14. 自己負担による保健医療支出により、相対的貧困(一人あたりの消費の中央値の60%未満)に更に追い込まれた人口比率の変化(所得国グループ別)	16

図15. 異なる年齢構成の世帯別における、家計の10%超を保健医療に自己負担している 人口比率の中央値(所得別国グループ、UN地域).....	18
図16. 異なる年齢構成の世帯で生活する人が更に困窮化して相対的貧困に陥る人口比率の 中央値(入手可能な最新のもの)(所得別国グループ及びUN地域別).....	19
図17.SDG 指標 3.8.2 しきい値10%の追跡に基づく破綻的保健医療支出の発生傾向(2020年の 推定値を入手できる国).....	29
図18.更に貧困に追い込まれた人々の発生傾向(2020年の推定値を入手できる国).....	29
図19. 一人当たりのGDP、2000～2023年.....	33
図20. 1998～2023年の一人当たりの総個人消費.....	34
図21. COVID-19が経済的保護に与える影響の潜在的経路.....	35
図22. 2020年及び2021年におけるCOVID-19のパンデミックによる世界的な所得損失.....	38
図23. 世界の極度の貧困、2015～2021年.....	39
図24. 収入の減少を経験している世帯の割合、多数の国からのエビデンス.....	39
図25. COVIDのパンデミックの労働市場への影響について自己申告内容別の世帯の割合、 多国からのエビデンス.....	40
図26. さまざまな所得損失対処メカニズムを採用している世帯の割合、多国からのエビデンス.....	41
図27. 110か国で、来月の家計を心配している人の割合.....	42
図28. 110か国での、COVID-19検査の割合と、自己申告のCOVID-19検査の自己負担による必需品への 支出の削減.....	43
図29. 110か国での医療機関の受診控えの蔓延、2020年6月～2021年3月.....	45
図30. 必要なときに医療にアクセスしない世帯から報告された主な理由、多国からのエビデンス.....	46
図31.必要なときに医療にアクセスしない世帯から報告された具体的な理由、 多国からのエビデンス.....	47
図32.統合サービス提供チャネル全体の中断の平均パーセンテージ、2021年1～3月、 112か国からエビデンス.....	48
図33. 2017～2023年における所得別国グループによる政府の平均歳入／歳出の変化.....	50
図34. 2018年の保健医療に関する自己負担 対 公的支出.....	52
図35.一部の国では、債務返済の調整済「裁量的」歳出は、2019年よりも2023年に低くなる2018～2025 2018～2025年までの a. ブラジル、b. インドネシア、及びパキスタンにおける傾向.....	53

表

表1. 経済的困窮のSDG関連指標(単位:百万人) 2000–2017.....	xi
表2. 破綻的保健医療支出及び貧困を招く保健医療支出に関するマクロ経済の特性の限界効用.....	23
表3. 赤字、公債、及び債務返済、2017～2023年.....	51



■

2019
COVID-19 2 UHC
2017 14
5 まれた
えらだろう
COVID-19 UHC

2021

UHC

COVID-19 政策 痛感させるものである COVID-19
2020 2021
支える 政策

UHC
る政策措置にコミットしなければならない。

世界保健機関
政策措置にコ
Zsuzsanna Jakab

Juan Pablo Uribe



■

WHO Gabriela Flores Rouselle Lavado Susan
 Sparkes Ammar Aftab Tessa Tan-Torres Edejer Joe Kutzin WHO Patrick Hoang-Vu Eozenou
 Ajay Tandon Marc-François Smitz Jewelwayne Salcedo Cain Sven Neelsen
 WHO Catherine Korachais Megumi Rosenberg Sarah Thomson
 Tamás Evetovits Jakub Kakietek David Newhouse Julia Dayton Nick Stacey
 Mizanur Rahman
 Shohei Okamoto Mizuki Sata Natsuko Nakagoshi Kazuki
 Kamimura) Nguyen Hoang Giang Nguyen The Vinh Hoang Thi Phuong
 Tran Thi Mai Oanh

WHO
 Amalia Del Riego Camilo Cid Peter Cowley, Valeria De Oliveria Cruz Jorge Alejandro García-Ramírez Matthew
 Jowett Faraz Khalid Theodora Koller Brendan Kwesiga Awad Mataria Diane Karenzi Muhongerwa Juliet
 Nabyonga Lorena Prieto Sarah Thomson Tamás Evetovits Ding Wang Hui Wang Ke Xu WHO
 Sarah Louise Barber Megumi Rosenberg Kathleen Beegle Caryn Bredenkamp Christoph
 Kurowski Magnus Lindelow Umar Serajuddin Owen Smith

Gabriela Flores WHO WHO Tessa Tan-Torres Edejer Joe
 Kutzin Juan Pablo Uribe Feng Zhao Toomas Palu

WHO 2021

WHO Asiyeh
 Abbasi Lynn Al Tayara Sameera Awawda Carla Castillo Laborde Annie Chu Seydou Coulibali Jonathan Cylus Odilon
 Doamba Rocio Garcia-Diaz Jorge Alejandro García-Ramírez Justine Hsu Ilaria Mosca Jacob Novignon Benjamin Musembi
 Nganda Ajoy Nundochan Maria Pena Lorena Prieto Eva Das Dores Pascoal Hernan Roman Tomas Roubal Amosse
 Ubissee Rose Camille Vincent David Zombre Christoph Lakner Maria Ana Lugo Edson Correia
 Araujo

SDG SDG
 WHO

WHO

2021

WHO

WHO



2020 5 10 61

1999

2009

2015 2017 2019

"

20



エグゼクティブ・サマリー

経済的保護はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の本質的な部分で、サービス・カバレッジと共に、保健医療システムのゴールの一つである。経済的保護は次のときに達成される：アクセスに関して経済的障壁がないとき；及び保健医療サービスを受けるために必要な直接の支払い（自己負担の保健医療支出）が経済的困窮の原因ではないとき。

経済的困窮について十分な説明を行うには、貧困を招く保健医療支出のモニタリングが必要である。この支出には、自己が負担する高額な保健医療支出に加え、貧困者が自分で負担する保健医療費が含まれる。自己負担の保健医療支出は、保健医療への資金供給にとって、非効率かつ不十分な方法で、前払い制度により可能な限り減少させるべきである。保健医療への資金提供に利するのであれば、貧困者に偏って負担させるべきではなく、まして極貧者には決して負担させるべきではない。2015年以来、世界保健機関（WHO）及び世界銀行は、二つの主要な指標を用いて世界レベルで経済的困窮の減少に関する進展を報告してきた。i) 家計を破綻させるような保健医療支出の発生、但しこれは家計消費又は収入に対して高額な自己負担を支出する人口と定義される（持続可能な開発目標（SDG）指標3.8.2に、「高額」が2つのしきい値、10%と25%を用いて定義）；及び、ii) 家計消費又は収入における更に低い自己負担による保健医療支出のしきい値であっても経済的困窮に至り得るという認識のもと、自己負担による保健医療支出により貧困に窮している人口の比率⁽¹⁾。この報告では更に推し進めて、保健医療費のなにかの金額を自己で負担している貧困者にも目を向けている。これらの支払いは重要である：これらは極貧者の自己負担による保健医療支出に起因する「あらゆる場所で、あらゆる形態の貧困に終止符を打つ」という主要な取組み（SDG1）を表す。自己負担による保健医療支出の全てを追跡することは、全人口にわたる経済的困窮をモニタリングするために、非常に重要である。これはSDGsの中心的使命である「あとに誰も取り残さない」という誓約に沿ったものである。

パンデミックの発生前、家計を破綻させるような保健医療支出の傾向は既に間違った方向に向かっていた。家計を破綻させるような支出（SDG指標3.8.2により追跡）の発生は、2000年から2017年の間、継続的に増加した。ごく最近、2015年から2017年で、自己負担が家計の10%を超えた人口比率は、12.7%（9億4千万人）から13.2%（9億9千6百万人）に増加し、その要因は：（i）人々が一人あたりに支出する保健医療の自己負担金額の増加；及び（ii）個人消費の増加に比較して、自己負担支出の高い増加率である。これらの傾向は、保健医療システムにどのように資金提供されているかについての政策上の配慮が緊急に必要であることを強調している。

貧困を招く保健医療支出を負担している人数は容認し難い程高止まりしている。1日のPPP（purchasing power parity；購買力平価）が1.90ドルレベル以下に押し下げられた極貧ラインの人口総数の比率は、世界レベルで19%（2000年）から6.7%（2017年）と大幅にかつ継続的に減少した。しかしながら、相対的な貧困ライン（一人当たりの消費又は収入が中央値の60%未満での生活）においては、貧困を招く保健医療支出の比率は、2015年に減少し始めたばかりで、更に遅いペースで15.8%から2017年に15%になっている。高いレベルの公的支出にも拘らず、貧困を招く保健医療支出の減少は、高所得国及び全体では生じておらず、2017年での世界規模では、5億人の人々が貧困又は極貧に押し下げられ、2.2倍の人々が更に相対的貧困に押し下げられた

（表1参照）。全ての国の収入別グループにわたり、保健医療の自己負担金額を支出している貧困者は、貧困を招く保健医療支出を負担している人々の83%から89%に相当する。これらの厳しい統計は、比較的資源が豊かな保健医療システムでも、貧困者の経済的困窮の減少を目的とした保障政策を確保する必要性に注意を促している。

世界は、家計を破綻させ、かつ/又は貧困を招く保健医療支出に直面している少なくとも14億人の人々の経済的困窮を減少させるという点では厳しい道を歩んでいる。それらの、家計を破綻させる保健医療支出と貧困を招く保健医療支出との重複は比較的少なかった（サンプルとして取り上げた141か国のせいぜい11%と予測）。それゆえ2017年における、経済的困窮にある総人数は、貧困を招く保健医療支出を特定するのに用いられる貧困ライン（即ち、世界の極貧ライン又は相対的貧困ライン）にもよるが、14億人から19億人の範囲です。家計を破綻させる保健医療支出に直面しているほとんどの人々は、低所得国及び低中所得国、及びアジア地域に集中していた。極貧（1日当たりのPPPが\$1.90）に追い込まれた人口は、低所得国及び低中所得国、アフリカ（高い発生による）、及びアジア（人口の多さによる）に集中していた。相対的貧困ラインの定義に基づき、貧困を招く保健医療支出は、高中所得国及びアジアに集中していた。経済的困窮にある人口比率は、公共支出に多大な信頼をおいている国で減少する傾向にあった。しかし、国別レベルの分析によると、人口カバレッジ、効率的な保健医療の資金供給手段により裏打ちされた自己負担を制限する政策、ターゲティング、及び、福利厚生包括性は、公的支出を増加して経済的困窮の減少につながるために必須である。外来での医薬品のカバレッジ格差を減少させることは、多くの地域において経済的困窮を減少させるために必須である。ラテンアメリカ及びカリブ人からの最近のエビデンスによると、自己負担による保健医療支出の促進としての医薬の重要性が確認され、欧州、東南アジア、及びアフリカの数か国からの現存するエビデンスが補完している。

高齢化は経済的困窮のリスクファクターを増幅させてきた。高齢者（60歳以上の人々）は、ほとんどの国において、その人口比率が増加している。2017年の世界人口の半数を占める92か国以上において、ライフサイクルアプローチを用いることにより、この報告書では、経済的困窮のリスクファクターを増幅させるものとしての高齢化の役割の重要性を明確に示している：即ち、高齢世帯で生活している人々は、家計を破綻させるような多額の保健医療支出の最も高い率に直面していたこと、及び、三世帯世帯で生活している人々は、自己負担による保健医療支出により、高い比率の更なる貧困化をたどっていたことを示している。健全な高齢化という2021年から2030年の10年間における目標に沿って、高齢者、その家族、及びコミュニティの生活を改善するため、UHCの進展を図るには、経済的困窮を減少させ、高齢世帯又は三世帯世帯で生活する人々（特に極貧層及び高齢世代の最脆弱層）の保健医療のニーズを充足させることを目的とした福利厚生の延長及びその改善された目標設定が必要となる。

世帯の保健医療支出の自己負担、及び消費支出総額に関するデータの作成速度と取得頻度を改善するための緊急行動が必要となっている。これらの措置が必要なのは、自己負担による保健医療支出による経済的困窮の指標の作成に生じていた今までの四年間の全体的な停滞を減少させるため、及びコロナパンデミックの期間中に経験した経済的困窮のレベルに関する十分なエビデンスを収集するためである。この報告書の作成時、2020年の利用可能な推定値は非常に少ないものだった。現存するデータでは前年と比較して大きく異なるパターンを示してはいない。より多くのデータが入手可能になれば、データが収集された状況（収集方法、医療費項目の回収期間、調査期間）の明確な理解に加えて、医療へのアクセス指標、未充足ニーズ、アクセスへの障壁の詳細な分析は、パンデミックのピーク時のパターンを把握するために必要となる。

指標	G8	中国	インド	ブラジル	ロシア
家計破綻的保健医療支出（G8；指標"1"、"2"）					
保健医療の自己負担支出が家計の10%超を占める人口（SDG3.8.2, 10% しきい値）	579	708	785	940	996
保健医療の自己負担支出が家計の25%超を占める人口（SDG3.8.2, 25% しきい値）	131	167	189	270	290
極貧層1日あたりのDDDが極貧ラインの極貧層で、貧困を招く保健医療を支出している人口	1159	1009	826	664	505
保健医療支出の自己負担による貧困化	124	130	122	115	70
保健医療支出の自己負担による更なる貧困化（自己負担する保健医療額の不十分な支出）	1035	879	704	549	435
相対的貧困ラインにおける、貧困を招く保健医療支出により貧困化している人口	630	808	1007	1153	1125
保健医療支出の自己負担による貧困化	91	122	154	182	172
保健医療支出の自己負担による更なる貧困化（不十分な保健医療費の負担）	539	686	853	971	953

注：中国のデータは2018年の推定値に基づき、60%の自己負担率を仮定して算出された。その他の国は2017年のデータに基づく。データはWHOのGlobal database on financial protectionとWorld Bankの2021年更新版から取得された。

7 CJ-BI%

7 CJ-BI% COVID-19
COVID-19

7 CJ-BI% 2020
GDP
(2) (2-4)
(5)

中国 2020 GDP 1.5
(2)

7 CJ-BI%

COVID-19
COVID-19

2021 4 35% (6) COVID-19

らした。110か国からの回答を得た、COVID-19の世界的傾向及び影響に関する調査（Global COVID-19 Trends and Impact Survey）に基づけば、COVID-19の検査を受けた人口の8%から18%が、関連コストに対処するために、家庭必需品(食料、住居関連、光熱費等)の支出を減少させたと報告している(6)。

パンデミックは保健医療関連の不可欠な全サービスの需要と供給を減少させ、そのアクセスや使用が次々に変化していった(7)。多くの要因がサービスの使用を減少させたが、少なくともある部分は、経済的な障壁に関していた。世界銀行のWorld Bank High Frequency surveyは、対象の低所得及び中所得国の全世帯の19%が必要な保健医療ケアサービスにアクセスできず、また、アクセスできなかった最も一般的な理由として経済的な障壁を報告した（対象国全体で31%の世帯がアクセスの障壁を報告していると引用）(4)。低所得国において、これらの比率は更に高く、世帯の58%がサービスにほとんどアクセスできなくなり、

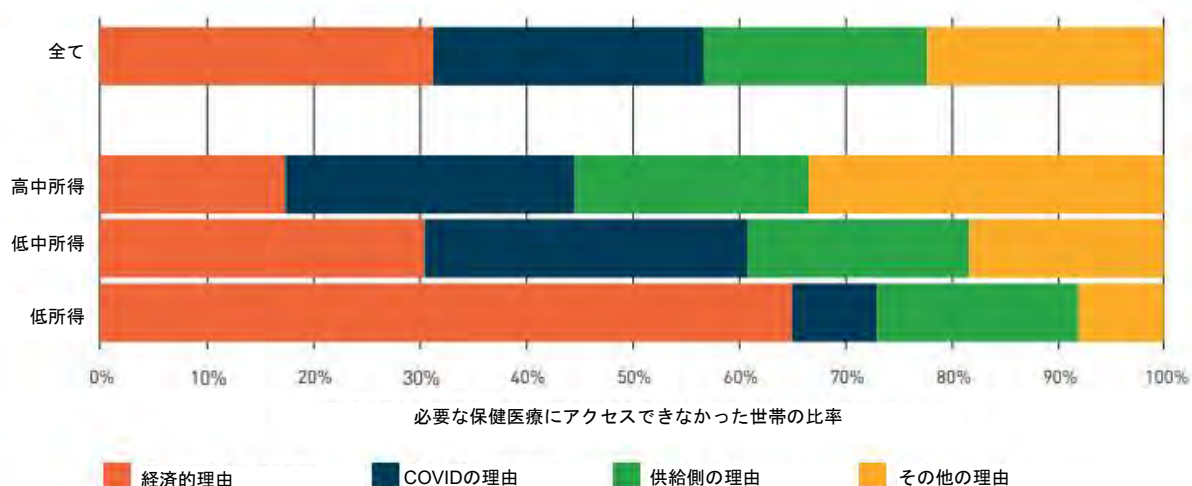
70% 8%

自己負担

自己負担

自己負担

収入グループ国



注: UMICs n=1 to 13 LMICs n=2 to 17; LICs n=3 to 12. 2020年4月から8月の収集データ

出典: Authors calculations using data from the World Bank High Frequency Survey (2021) (4). Data collected between April 2020 to August 2020

経済的保護の悪化は、積極的な政策策定の取組がなされなければ中期的に継続し得る。その積極的政策には、保健医療費を自己負担で支出することを排除するため、貧困層に焦点をあてた公的支出の増加、社会的保護支援の改善、治療が求められている時と場所での自己負担、及び他の料金の撤廃、貧困層や脆弱層に利用を促すための現金給付、及びカバレッジの拡大や基本的な保健医療の拡充などが含まれ、単に回復するだけではなくUHCに向けて加速もする。経済的保護の傾向を綿密にモニタリングするために、データ収集ツールや関連する測定基準を採用すること（これにより世帯にてケアを求める際の障壁が特定され、かつ理解される）や、関連する政策の発展や目標遂行を支援することが重要となる。

経済的保護モニタリング: 2019年から何が変ったか?

保健医療における経済的保護に関するグローバル・モニタリング 2019 (Global monitoring report on financial protection in health 2019) では、経済的困窮には複雑な傾向があることが明らかになった。世界の人口のうち家計破綻的な保健医療支出を負担している比率が増加し、貧困に追い込まれるものは現象した。それゆえ、経済的保護を提供する取組を倍増する必要がある

った(1)。最新の報告書の第1章は、以前の傾向を確認し、2017年コロナウィルス（COVID-19）以前の基準に警告を呈した。第2章は、COVID-19により、様々な状況から経済的困窮が悪化する潜在的経路につき説明し、議論する。

この報告書の主な特徴には次のものが含まれる：

- 経済的困窮と経済的保護の区別の明確化。
- 2019年グローバル・モニタリング報告書よりも多くの国からの多数のデータポイントに基づいた、経済的困窮のグローバル及び地域的予測(1)：
 - 2021年報告書では、家計破綻的な保健医療支出に関して、161の国又は地域からの903のデータポイント（2019年報告書の739データポイントと比較）、貧困を招く保健医療支出に関しては、149の国又は地域からの816データポイント（2019年報告書の719データポイントと比較）に依拠している。
 - 2021年報告書は、2015年を基準年とし2017年までのグローバル及び地域的推定値を展開させるために、新しいデータも豊富に含んでいる。実際、家計破綻的な保健医療支出に関して、2014年から2020年間で入手可能な、少なくとも111か国の調査に基づく推定値や、同期間で貧困を招く保健医療支出に関する99か国の調査に基づく推定値がある。
- たとえ家計の10%未満を保健医療に支出する場合であっても、貧困世帯にとって、自己が負担すると経済的困窮に陥る可能性が発生すると認識しつつ、貧困層による自己負担の保健医療支出に焦点を当てる。それゆえ、現在の報告書は、149の国又は地域において、既に貧困であり、保健医療支出により更に貧困になる人数とその人口比率の推定値を提供する。
- 全ての経済的困窮の指標は、世界保健機関（WHO）と世界銀行が2021年3月から7月に行った国のコンサルテーションが含まれていた。27の国又は地域は、この報告書にて使用されている持続可能な開発目標（SDG）指標3.8.2の推定値を作成した（WHO及び又は世界銀行との共同作業の有無を問わない）。そのうち14か国は貧困を招く保健医療支出の指標も作成した。国又は地域の5%未満については、フォーカルポイントを指定しなかったために、その推定値を受け取れず、コンサルテーションは行われなかった。利用可能な経済的困窮に関する推定値のない33のWHO加盟国には、将来推定値作成に必要な方法とデータについての情報が与えられた。
- 家計破綻的な保健医療支出、及び貧困を招く保健医療支出の同時分布に関する推定値は141の国と地域について作成された。この分析のために、家計破綻的な保健医療支出は、SDG指標3.8.2（しきい値10%）を用いて定義され、また、貧困を招く保健医療支出は、極貧ライン（1日の購買力平価（PPP）\$1.90）及び相対的貧困（各国の一人当たりの消費又は収入が中央値の60%と定義）を用いて定義された。
- 経済的困窮にある人口の年齢構成も注目すべき点として含まれている。異なる年齢構成の世帯での、全ての家計破綻的な保健医療支出、及び貧困を招く保健医療支出の推定値が初めて作成された：92の国又は地域で、2017年の世界人口の53%を占める。
- 目標としている時宜を得た効率的な政策介入を推進させる必要条件としての、経済的困窮の綿密なモニタリング、及びケアを求めることに対する経済的障壁の識別を可能にするために、データ収集ツール及び関連する測定基準を採用するよう要請。
- 報告書は広範なデータを使用している。COVID-19パンデミックの状況に適應させた新しいデータ収集手法が含まれている。

%7CJ=8!%

主なメッセージ

- ✓ 十分な経済的保護のメカニズムがない場合、経済的困窮をもたらす。
- ✓ 全人口の経済的困窮をモニタリングするためには、貧困を招く保健医療支出に焦点を当てることが必須である。当該支出には、家計を貧困ライン以下に陥らせる自己負担の保健医療支出や、貧困者による保健医療の自己負担金額を含む。
- ✓ COVID-19パンデミック以前、世界は保健医療支出を原因とする経済的困窮を減少させることに関して順調ではなかった。その理由は家計破綻的な保健医療支出の増加が継続する傾向にあり、経済的困窮にある人数は容認し難い程高止まりしていた。
- ✓ 2017年、経済的困窮者の総人数は、14億人から19億人にのぼっていた。但しこれは貧困を招く保健医療支出の識別に使用される貧困ライン次第である（即ち、極貧の貧困ラインvs相対的貧困）。
- ✓ 家計破綻的な保健医療支出に直面している9億9千6百万人のほとんどは、低所得国や高中所得国及びアジア太平洋地域に集中していた。
- ✓ 保健医療支出を自己負担して極貧に追いやられる5億5百万の人々は、低所得国や低中所得国、及びアフリカ（高い発生率による）やアジア（人口規模の大きいことによる）に集中していた。相対的貧困ラインの定義に基づく、貧困を招く保健医療支出を負担している11億2千万人の人々は、アジアや高中所得国に集中していた。
- ✓ 保健医療を自己負担している貧困者は、貧困を招く保健医療支出を負担している人々の83%から89%にのぼる。経済的困窮を大幅に減少させるために、自己負担による比較的多額の保健医療支出を制限することに加え、貧困者や準貧困者は、ケアを求める際、自己負担の支払いを効率的に免除される必要がある。
- ✓ 高齢世帯は、全所得国において、家計破綻的な保健医療支出の高い発生率に直面しており、三世代世帯は、貧困を招く保健医療支出の高い頻度に直面している。これらの事実認定により、脆弱な人口学的背景をとまなう世帯のために、的を絞ったカバレッジの拡大が必要であることが特に注目される。
- ✓ 経済的困窮にある人口比率は、公的支出に多大に依存している国々において、低下の傾向にある。
- ✓ 多くの地域において、外来患者への処方薬のカバレッジの格差を減少させることは、保健医療支出を自己負担して経済的貧困を招くことを減少させるためには必須である。
- ✓ COVID-19パンデミック下で経験する経済的困窮レベルに関するエビデンスが不十分になることを回避するために、世帯の保健医療支出の自己負担、及び消費支出総額に関する、データの作成速度とデータ取得の頻度を改善するための緊急行動が必要となっている。

(UHC)

(i)

(ii)

自己負担による保健医療支出 1

2

/

1

の

(10–15)

ケアの断念

1

%^a

自己負担による保健医療支出は、世帯のいずれかの構成員が、疾患、病気、又は健康状態(その種類を問わず、即ち来患者、入院患者、自宅)のために、ある状況下(その種類を問わず)において、何らかのケア(即ち、予防、治療、リハビリ、又は長期的治療)であつて、プロバイダー(その種類を問わず)により提供されるものを受けるために、保健医療の製品又はサービスを使用した際、世帯が負担する支出と

定義される。そこには、国連の「目的別個人消費分類(classification of individual consumption according to purpose; COICOP-2018)にマッピングされているケアを求めることに直接係わる正規の費用、非正規の費用が含まれる。即ち、医薬や医薬製品(06.1)、歯科治療も含む外来患者ケアサービス(歯科治療を含む)(06.2)、入院歯科治療も含む入院患者治療サービス(06.3)、画像診断サービス、及び、医学研究室サービス(06.4.1)並びに、患者緊急搬送サービス、及び緊急救助(06.4.2)など(16)。前払い(例えば、税金、寄贈、又は、プレミアム)、及び第三者(政府、健康保険基金、又は民営保険会社)による家計の償還は含まれない。又、間接的費用(例えば、緊急を要しない移送コスト)及び、ケアを求める機会コスト(例えば逸失利益)なども含まれない(17)。COICOPは、家庭用製品の重要な一部に関する更なる情報を与えるために、2018年以後に改定された(A1)。

2 SDG

3.8.2

による

10% 25%

たとえ家計の

10%を下回っていても、

による

が重要であること

貧困化する医療費支出は、家計が健康上の不利な

出来事によって、衣食住など医療費以外の支出に振り向けざるを得なくなったときに発生する。それらの項目への支出が貧困ラインによって示されるレベル以下にまで減少するか、さらに減少する場合である。

この報告書で使用されている貧困ラインは、自己負担による保健医療支出が、「あらゆる場所であらゆる形態の貧困を終わらせる」(SDG1)ための努力のどの程度妨げになるかを評価するために選ばれている。SDG 1.1

2011 PPM 1 \$1.90

^a SDG 1.2

60%

1

A2

A10

自己負担による保健医療

支出

SDG

10%

1

^a 1.90米国ドルとする国際的な貧困ラインは、2011年のPPPに基づき記載されている。章のその他の部分では、ドルは常に2011年PPMでの国際的ドルを意味し、「PPP\$」と表示される。この貧困ラインは、低所得国の全国レベルの貧困の中央値に相当する(1)。1日のPPM\$3.20より高い貧困ラインに基づく、貧困を招く保健医療支出の指標(一国全体の貧困レベルにアクセスするために低中所得国(29)により使用されている典型的な標準に相当)は、付属書類に含まれているがこの報告書では議論しない。

断念

1.5

8

SDG

UHC

1.5

2021

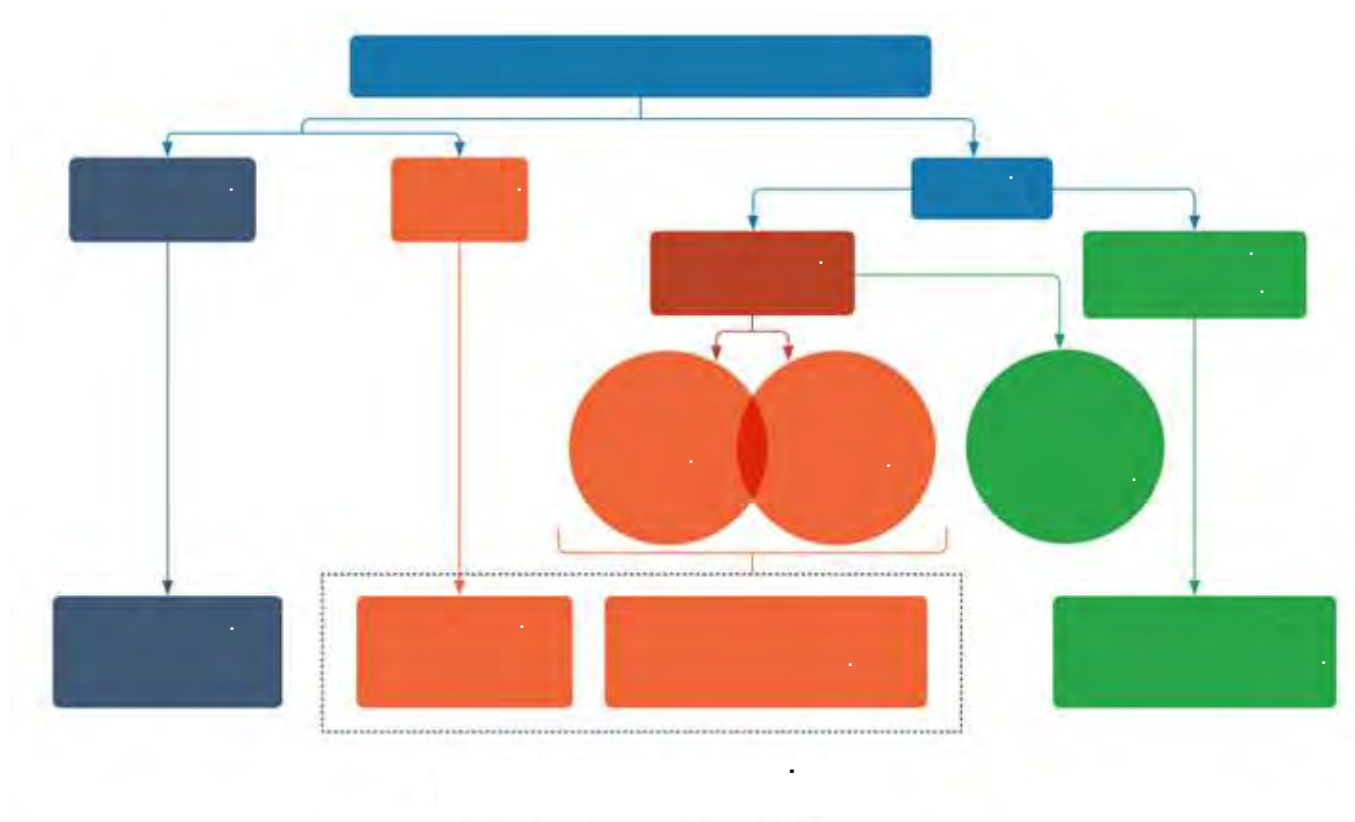
Tracking

Universal Health Coverage, 2021 Monitoring report
COVID-19

(18)

2

% 自己負担による保健医療支出



自己負担による保健医療支出

2

SDG3.8.2

A2

自己負担による保健医療支出

による
するか
その
保健医療支出の

自己負担による保健医療支出

貧困を招く

による
の発 A2
SDG
又は総収入 10% 25%
(又は25%)
かもしれない 10%
して、なおかつ SDG3.8.2
地域レベルで使用さ A10
に更によく反応し、 10%

による
込まれた

ある人にとっては、自己負担による保健医療支出のレベルが絶対的に重要である。これらの人々は、単に保健医療支出の自己負担による消費だけでは、貧困ラインよりも上のレベルであるが、可能性はある。による

数の比率の変化として測定される(1, 20, 21)。国別の比較可能性を確保するために、そして、消費は一般に優先される福利厚生手段なので(22)、この報告書では、消費(保健医療の総支出額)を家計の福利厚生手段として使用している；収入はWHOと世界銀行がグローバルモニタリングのために、消費データにアクセスしない場合に限り使用している。

貧困に追い込まれる人

による

らは既に貧困ラインを下回る生活を送っている)。自己負担による保健医療支出は、貧困レベルを深めるが、貧困化の発生にカウントされない。以前のグローバル報告書では、自己負担による保健医療支出を理由とする貧困格差の増加は、人々の貧困化と更なる貧困化双方について、保健医療の自己負担の影響として考慮されたものである(1,23-4)。この報告書は、更に一步進めて、保健医療の金額を自己負担する貧困層を全人口の比率でカウントしている。その理由は、貧困層は、生活水準への短期間の悪影響を制限しようとするために、短期間であっても医療に関連しない必需品の消費を減少させたり、有害である可能性のある対処方法(利益を生み出す資産の投げ売りや負債を負うことなど)をとったりするという難しい選択を迫られるからである(25,26)。この指標を追加することにより、経済的困窮をモニタリングすることが全人口に対して可能になる。対象者は次の通り:貧困状況の如何を問わず比較的多額の自己負担による保健医療支出をしている人；自己負担の支出についての絶対的に必要なレベルが、貧困化するのに十分である人；及び保健医療に支出する金額により更に貧困化する人。貧困を招く保健医療支出を負担している総人数には、貧困に陥っている人と、更に貧困に陥っている人との双方が含まれている。これらの2グループは常に互いに排反していて重複することがない。

%%%

3

%%%%&\$%

&\$%

2017

A3 約10

10%

2

2 9

A4b

による

10

1

2

7

による

2.4

A4b

による

(22)

そのような

2017

4

5

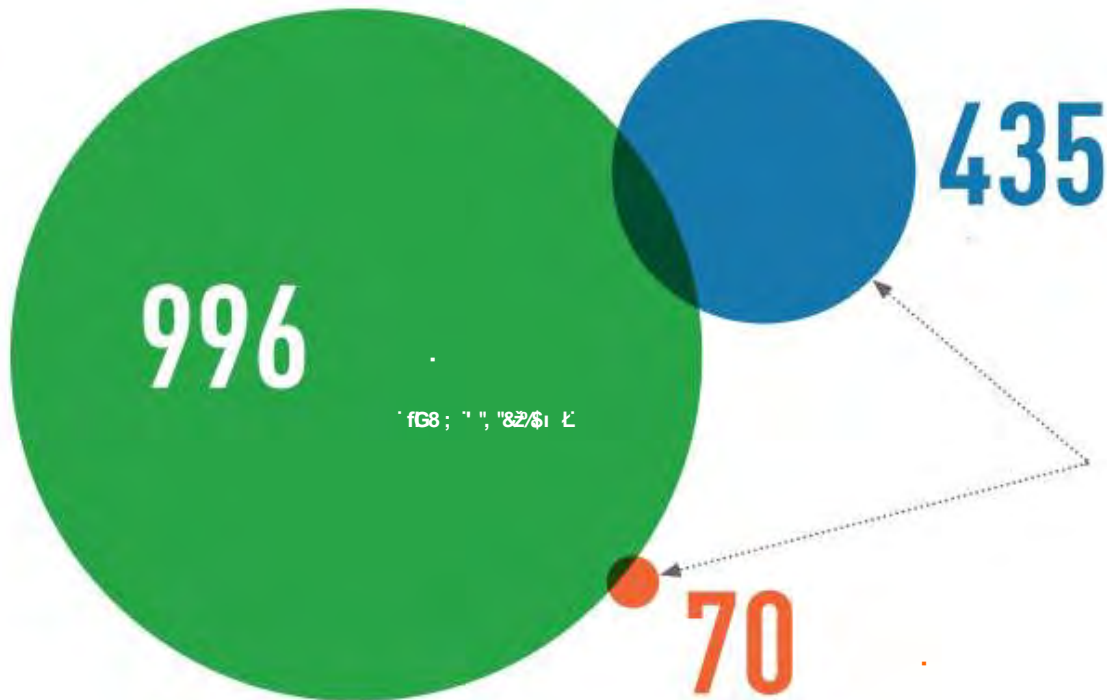
2

2

9 5 3

12.7%;

A4b

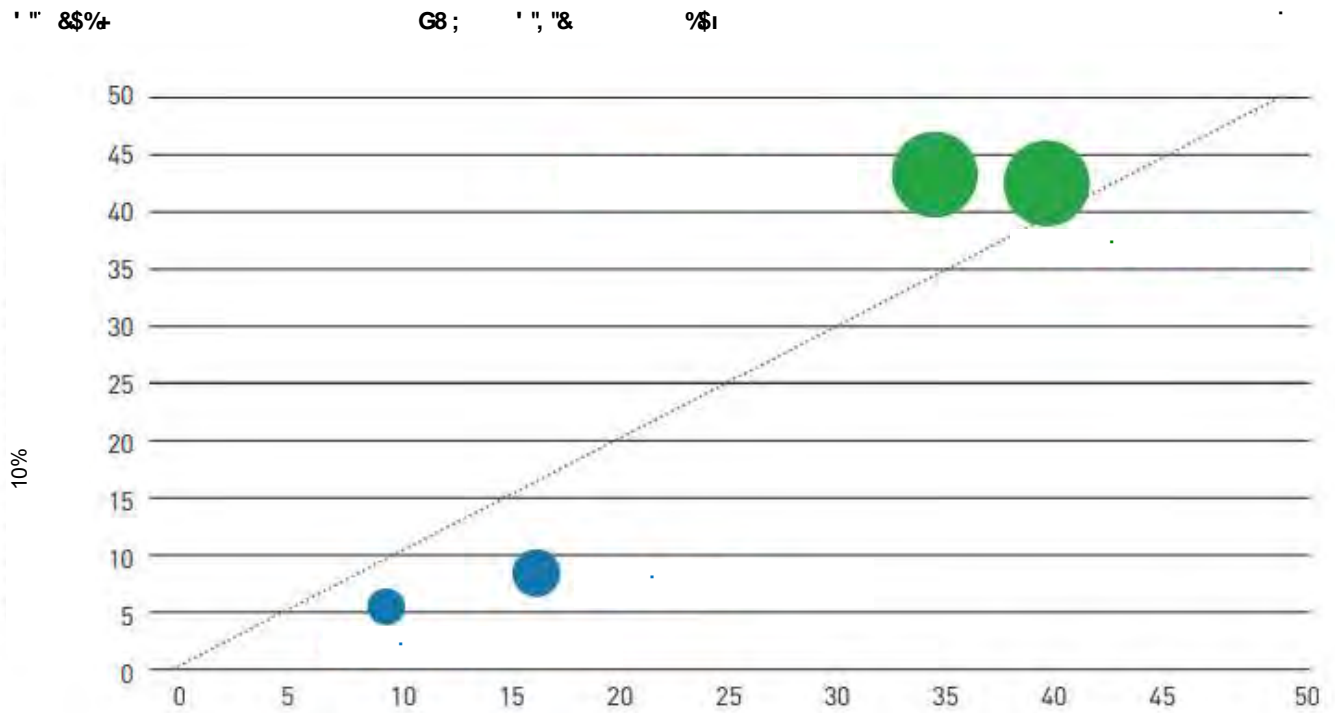


%

: '8UhU' Zfca'; `cVU' `XUhUMgY' cb' Z] bUbVjYU' `dfchYVh] cb' UggYaV' YX' VmK<C' UbX' h\Y' KcF' X' 6Ub_ž' &\$&% i dXUhY' fl&+ž& L"

自己負担による保健医療支出

項目	2017	2017
3	43.4%	34.3%
4a	39.4%	51.6%
4b	9.5%	33.4%

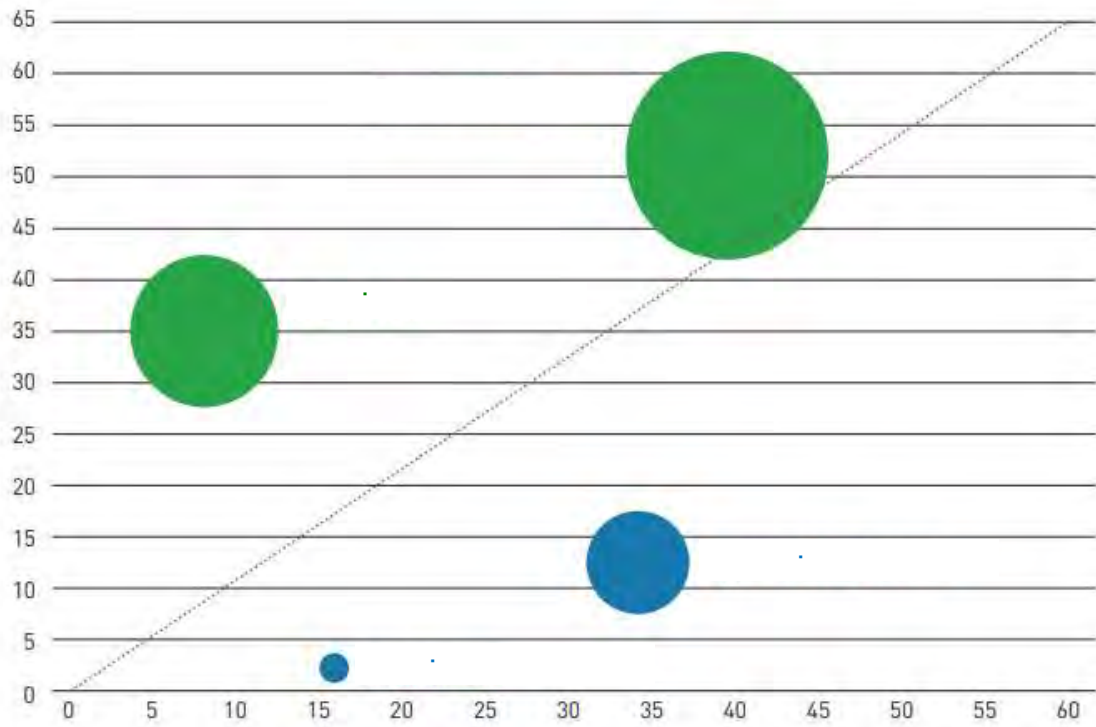


10% SDG 3.8.2, 10%

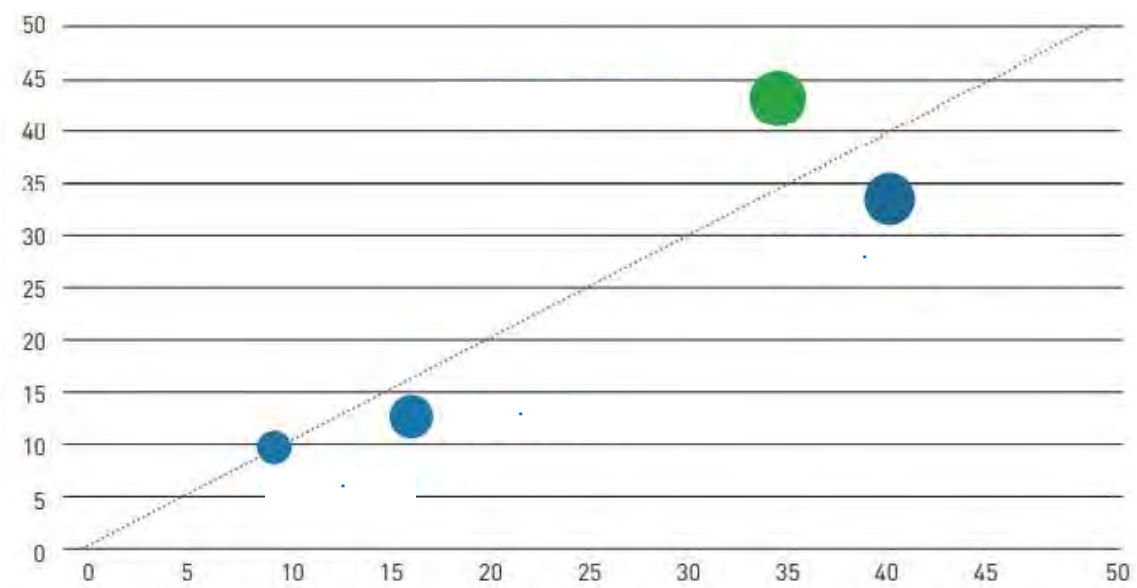
: 8uhU Zfca`h\Y';`cVU`XUhUMgY`cb`Z]bubVYU`dfchYVh]cb`UggYaV YX`Vm K<C`UbX`h\Y`Kcf`X`6Ub_ž`&\$&%i dXUhYfI&+ž& Ł

(" &\$%&

uL



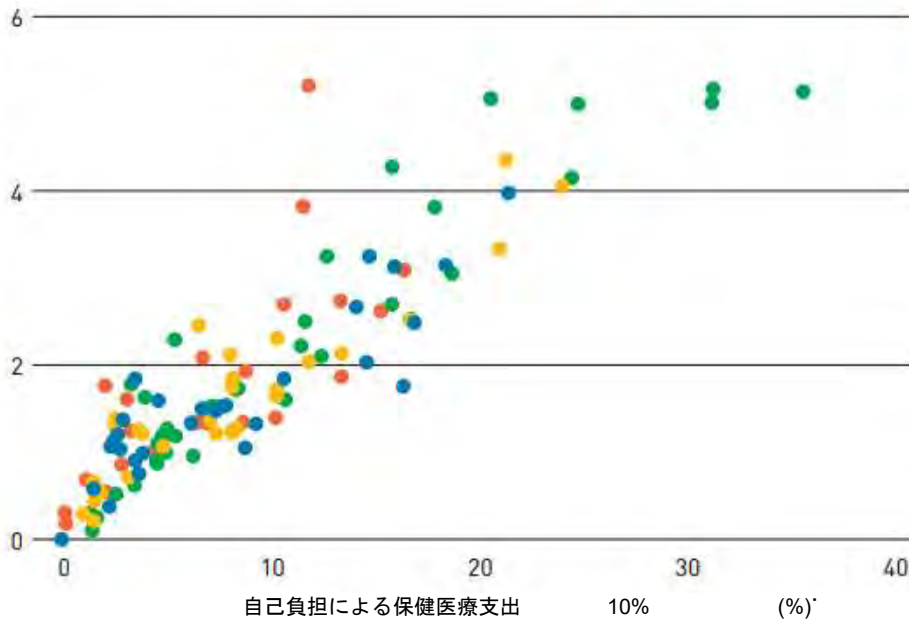
vL



: ' 8uHu Zfca`h\Y';`cVU`XuhUugY`cb`Z]bubVjU`dfchYVh]cb`UggYaV`YX`VmiK<C`UbX`h\Y`Kcf`X`6ub_ž`&\$&%l dXUhY`
fL&+ž& L"

0.9 SDG 3.8.2 10% 0.88 SDG3.8.2 25%

) " %\$ G8; ',"&



: 2010 2020 123 2017 66%

: 8uhU' Zfca' h\Y'; `cVU' `XUhUMUgY' cb' Z] bubV]U' `dfchYVh] cb' UggYaV' YX' VmK<C' UbX' h\Y' Kcf' X' 6Ub_z' `&\$&% i dXUhY' fl&+ž& Ł"

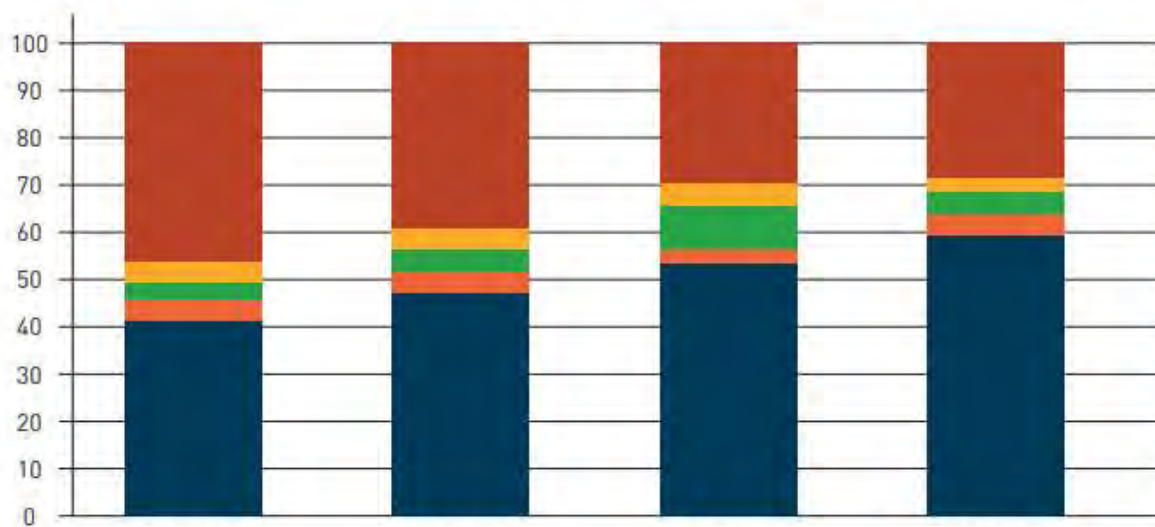
69% 10%
6 43% 20%
低所得国 80%

2017 2018 5 2
6 SDG

3.8.2

+"
ULG8; " ", "&

%\$i



10%

による

/

(%)

による



<=10%



<=10%



>10%



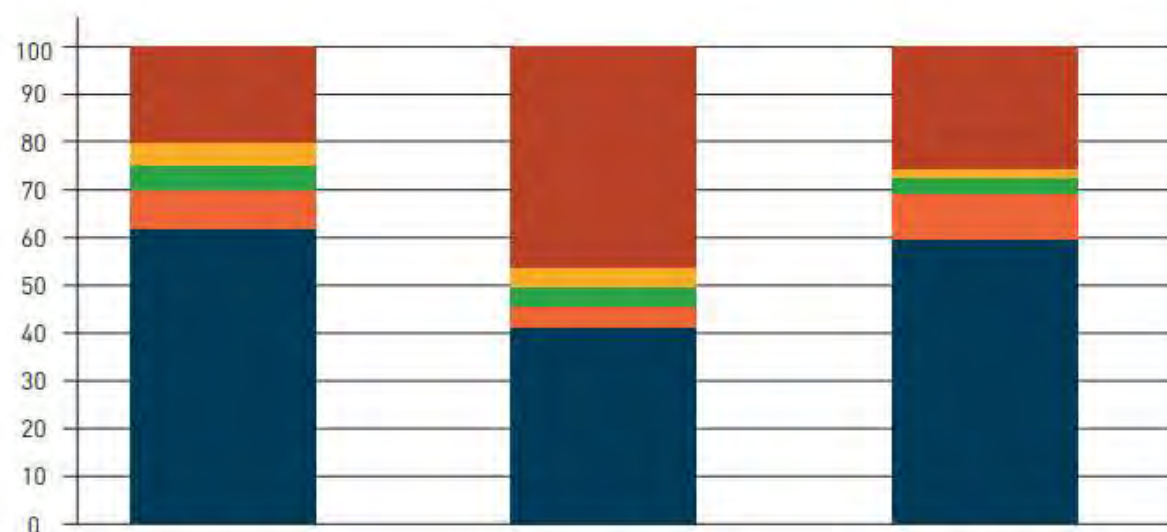
>10%

>10%

VLG8; " ", "&

%\$i

DDD`%- \$



による

10%

による



01%



01%



2%



2%

2%



2%

による

10%

a

60%

b

1

PPP\$1.90

: `5`h\cf g `W W`Uh]cbg`i g]b[`h\Y`+ \$`gi f j Ymg`Zcf`%`Vei bhf]Yg`cf`hYff]hcf]Yg`Zfca`h\Y`; `cWU`XUhUMgY`cb`
Z]bubVYU`dfchYV]cb`UggYaV`YX`Vm K<C`UbX`h\Y`Kcf`X`6Ub_ž`&\$8%`i dXUhY`fI&+ž&`L`" 5`

PPP\$1.90

11%

141

2017

14

19

7CJ-8!%

G8; '","&

2000

2017

2000 5 7 9

2017 9 9 6

による

+3.2%/

+2.7%/

2000 2017

8

2000

2017

2

1

3

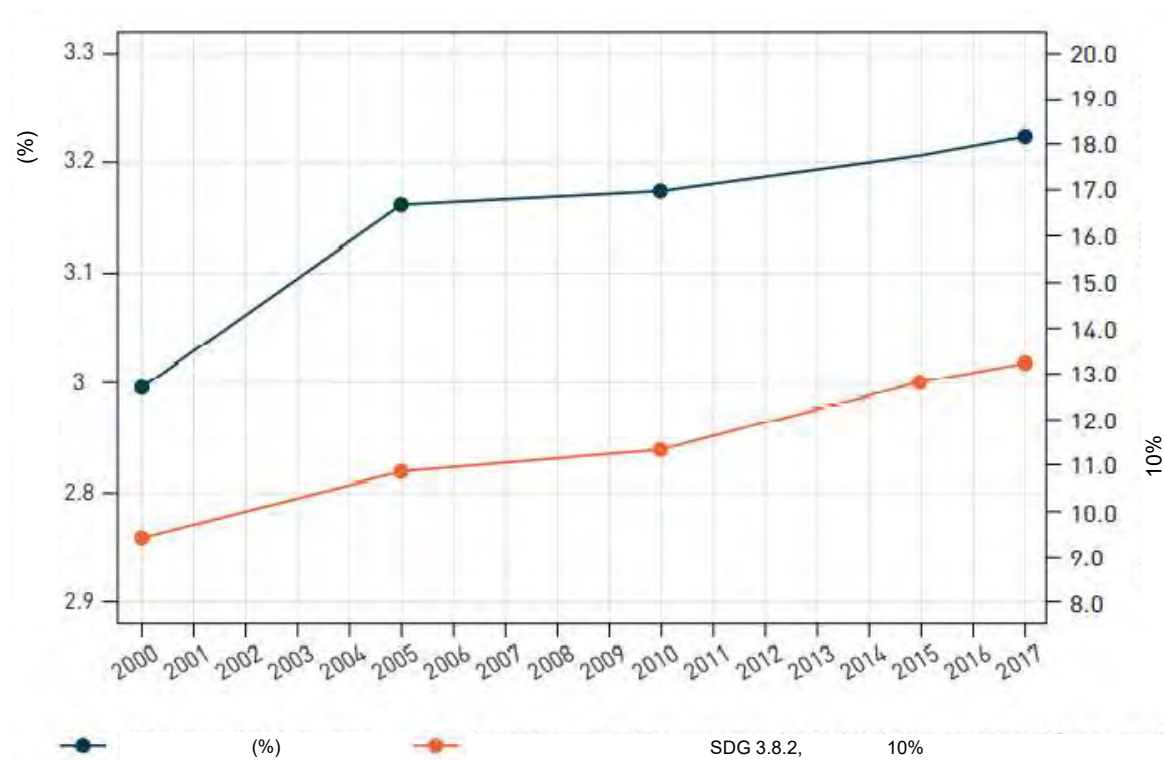
2017 2 9

10%を超える人々のうち、

による

A4b

, " G8; '","&



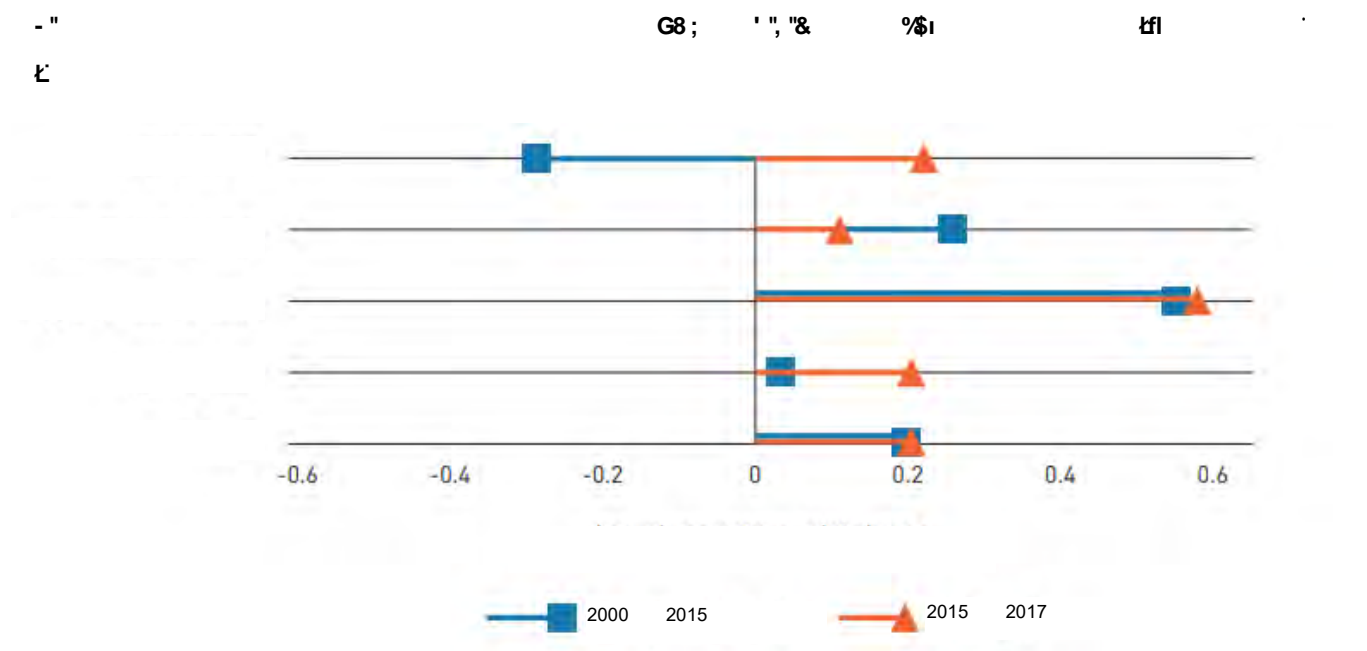
: '8UhU'Zfca'h\Y';`cVU`XUhUMgY'cb`Z]bUbVYU`dfchYVh]cb`UggYaV`YX`VmK<C`UbX'h\Y`Kcf`X`6Ub_z`&\$&%i dXUhY`fI&+ž& Ł"

10% 2015 2017 それ以前の15年間に

0.2% 9 高所得国において増加は加速し、低所得国での増加は一

10% 1 0.6%vs 15 1% 2015 2017

0.9% 0.6% 0.3%



: `&UhU`Zfca`h\Y`; `cVU` `XUhUMgY`cb`Z]bubV]U` `dfchYVh]cb`UggYaV`YX`VmK<C`UbX`h\Y`Kcf`X`6Ub_z`&\$&%i dXUhY`
fI&+z& t"

3.8.2 2 10% %\$U SDG

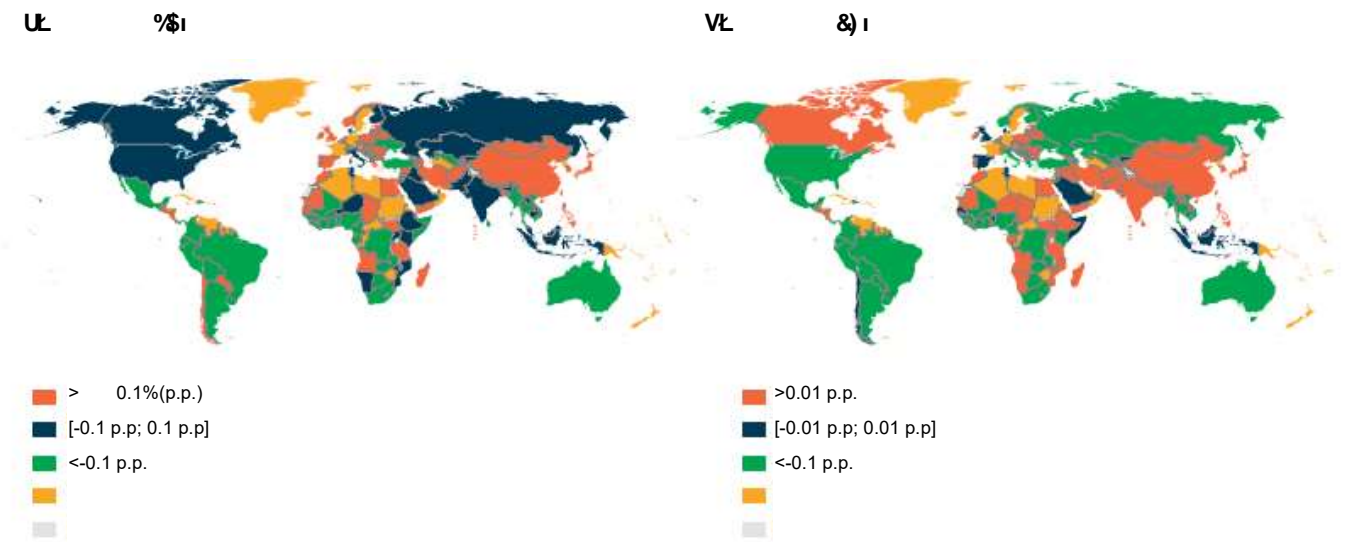
1 0.1% 33 60 0.1% 44

10% 25% 60 89%

44 82% 10a 10b の の推移や 違いが

あるのかという 抱かせる 1.4

Figure 1: Global distribution of health expenditure by country, 2015



Source: WHO

WHO

Authors calculations using the data from the 2021 Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28).

Figure 2: Global distribution of health expenditure by country, 2015

Figure 2

Figure 2

Figure 2: Global distribution of health expenditure by country, 2015

2000

-1.2%

8.5

自己負担による保健医療支出

2015

自己負担による保健医療支出

72%

-0.03%

-0.6%

90%

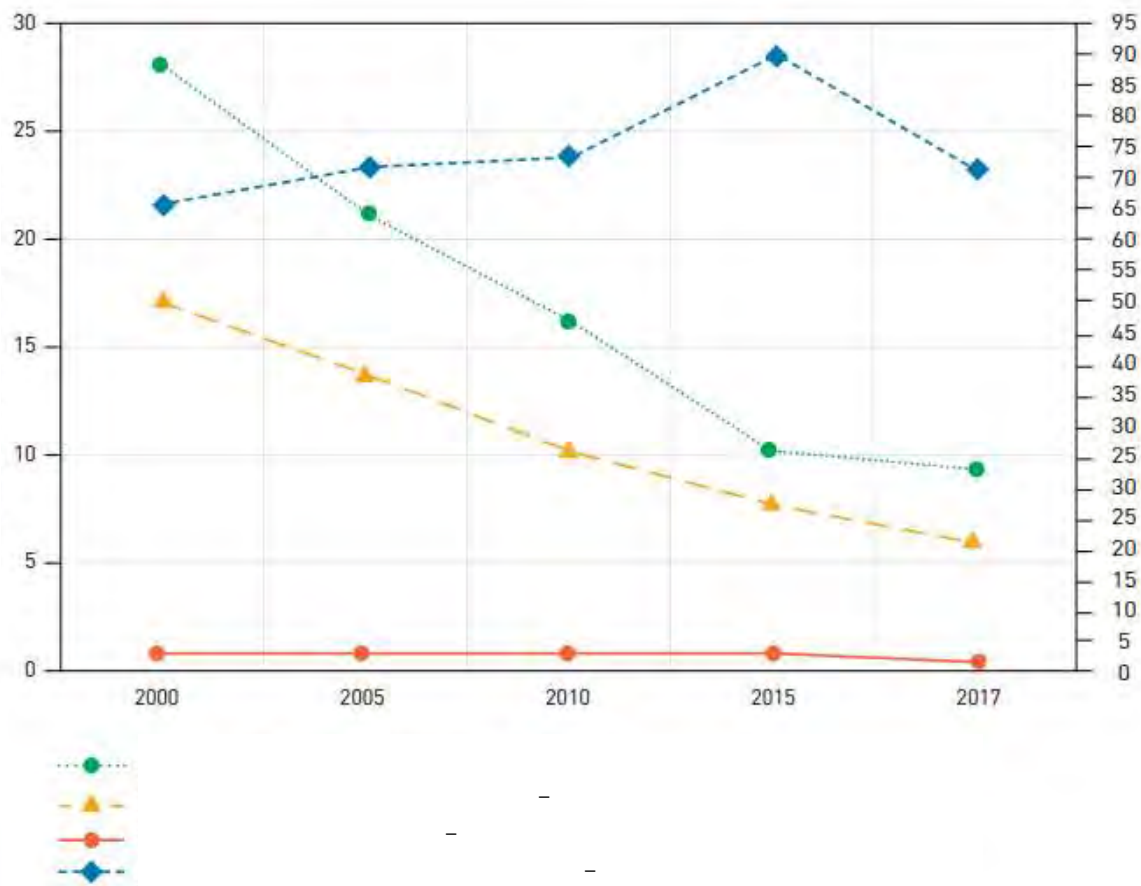
2015

2017

(29)

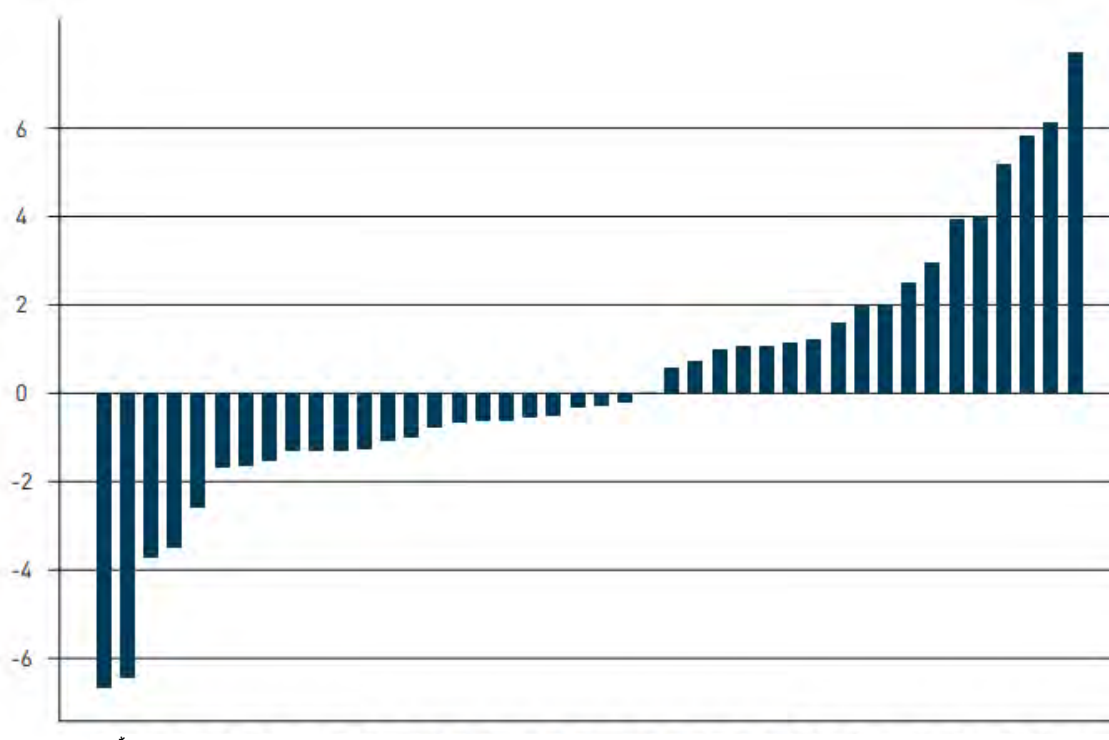
2

と



: Data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28).

多くの地域にわたり、自己負担による保健医療支出により更に極貧に追い込まれた人口の減少は、2015年から2017年の間に、低所得国、低中所得国、アフリカにおいて著しく加速し、年間-1.3%を超えた。アフリカにおける更なる貧困化発生の減少（26%から23%）は、同期間(29)の極貧の発生推定値の減少率の遅さと対称をなす。貧困層の中でも、自己負担による保健医療支出による更なる困窮に陥った人の集中度の減少が指摘される。実際、1年超の間入手可能な調査に基づく推定値を有する43か国のうち24か国で、極貧下で生活する人々の貧困を招く保健医療の支出の集中度合の平均は、年間-1.2%減少した（図12）。



: *

43

2015

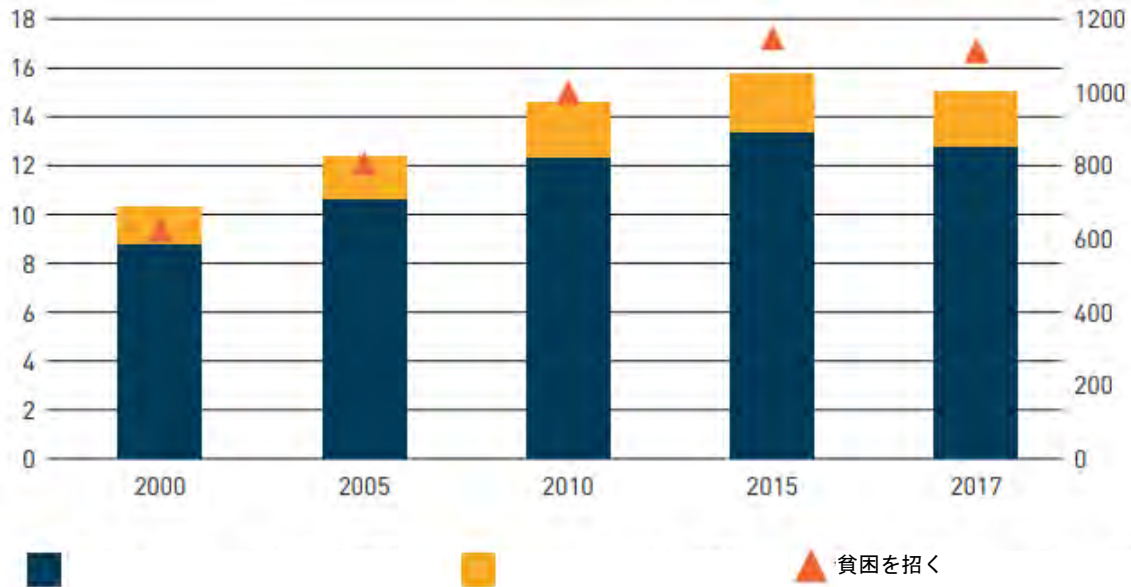
:Data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update

(27,28).

困窮し、更に貧困化して相対的貧困に陥る世界人口の比率も、2015年から2017年の間に初めて減少に転じたが、依然として非常に高い（11億2千5百万人）。2000年から2015年の間、自己負担による保健医療支出が原因で、相対的貧困に傾いた世界人口の傾向は、極貧傾向から分岐した(1)。この報告書は、これらの差異（即ち、図11と比較した図13）を裏付けるものであるが、パンデミック以前に、相対的貧困に追い込まれた人口比率の当初の減少（1年間に約0.1%、2015年の2.5%から2017年の2.3%）についてのエビデンスを提供するものである。更に貧困化して相対的貧困に追い込まれた世界の人口比率も減少し、その高い比率は、1年間に0.3パーセンテージポイント（13.3%（9億7千百万人）から12.7%（9億5千3百万人））であった。図13はまた、自己負担による保健医療支出により相対的貧困に陥った世界の人口の比率は、更に追いやられて相対的貧困に陥った世界の人口の比率よりも一貫してかなり低いことをも示しており、これは、貧困ラインに係わりなく、貧困層の経済的困窮や自己負担による保健医療支出について世界レベルで追跡する必要性を示している。

% "

*\$1 未満

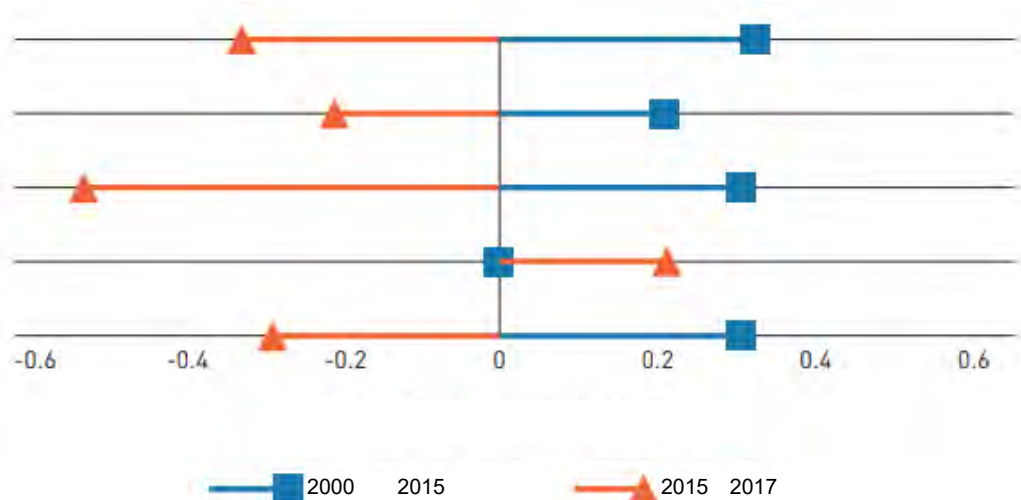


: Data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update(27,28).

2015年～2017年、自己負担による保健医療支出により、更に相対的貧困に追い込まれた世界の人口の比率の減少は、アジア地域に起因する（アジア地域では13.4%から12.3%（1年で-0.6 %）に減少）。他の地域では、2000年から2015年の間に、類似のペースで増加するか、又はより早く増加した（欧州地域）。高所得国以外の全ての所得別国グループにおいて、相対的貧困に更に追い込まれた人口比率は、2015年から2017年の間に減少した（図14）。高所得国における増加は、欧州における増加に起因するもの。家計破綻的な保健医療支出の他の定義には、支払い能力の方法に基づいたものがあり、この方法では、より貧しい家計ではWHO欧州地域におけるより裕福な家計よりも自己負担による保健医療に支出し得るのは、はるかに少ないという事実を考慮したものであるが、これを使用すると、家計破綻的な保健医療支出の発生は、最も低い消費五分位に高い集中が認められる（ボックス3）（表A10）。

% "

*\$1



: Authors calculations using the data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the

Kcf`X`6Ub_z`&\$&%`i dXUHY`fl&+ž&`t

2000

(30)

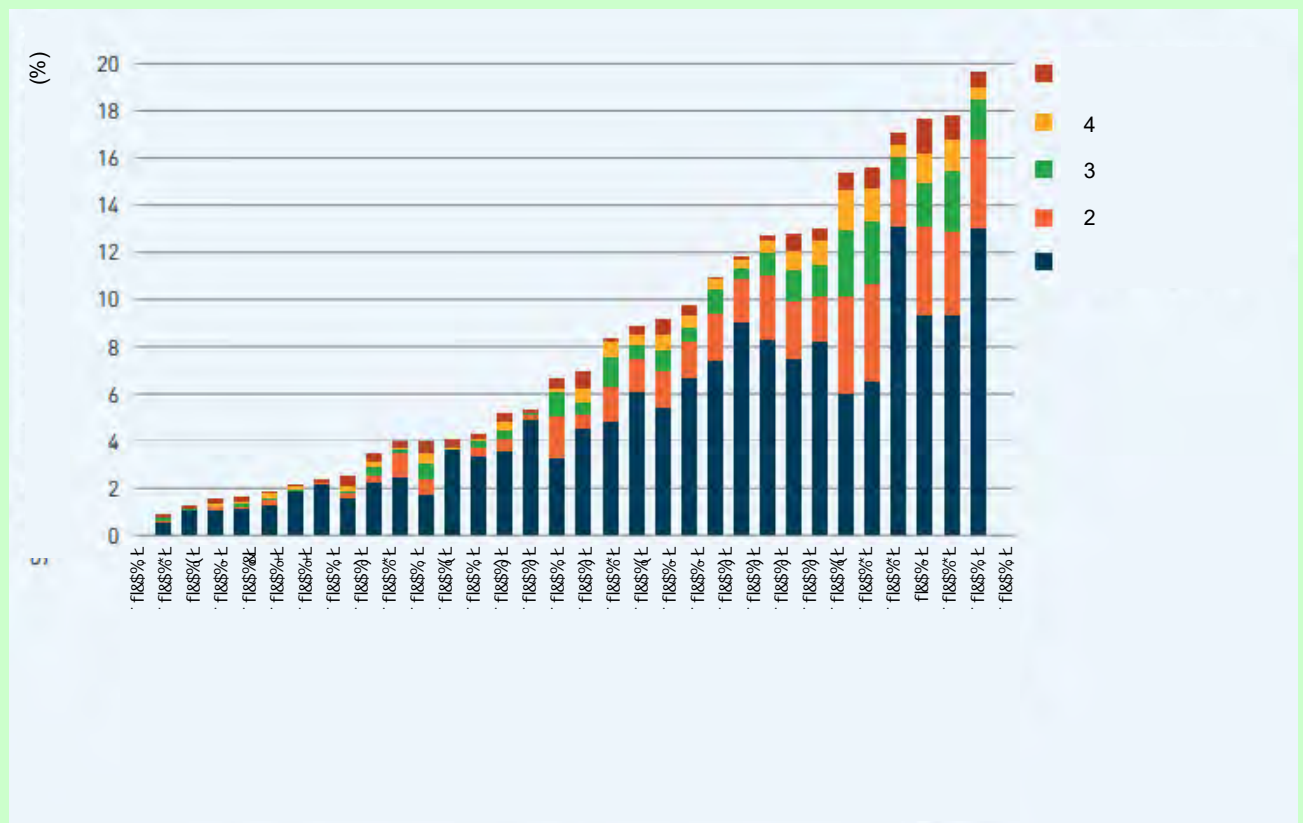
A2

WHO

10%

(31)

K < C



.*

40%

OECD

WHO Regional Office for Europe (2019) (31) and updated analysis from the WHO Barcelona Office for Health Systems Financing.

%&

3

COVID-19

自己負担による保健医療支出

(33)

2017

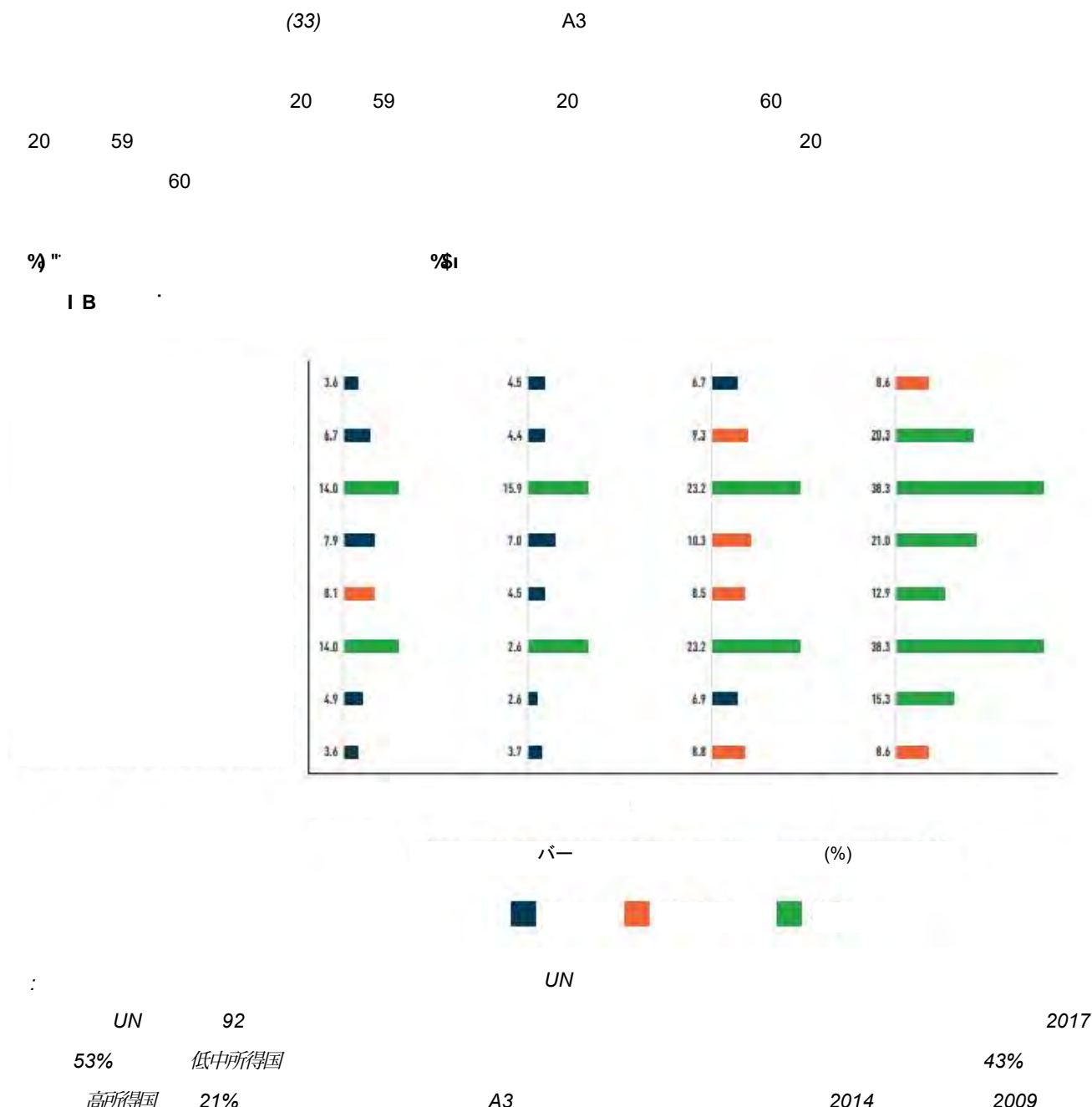
92

COVID-19

60

17

異なる年齢



: Authors calculations using the data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

全ての所得グループ及びUN地域を対象とした、SDG指標3.8.2しきい値10%に従った追跡によれば、高齢世帯に住んでいる人々は破綻的な保健医療支出の最も高い発生に直面している（図15）。所得別国グループを対象とした、家計の10%超を保健医療に自己負担している人々の比率の中央値は、高中所得国の高齢世帯が最も高い（38.3%）。高所得国及び低中所得国では、高齢世帯での破綻的な保健医療支出の発生の中央値は高中所得国のその半分の半分である。所得別国グループ内で、ライフサイクルアプローチは次のことを示している。即ち、高齢世帯で生活していて保健医療に家計の10%超を自己負担で支出している人口の比率の中央値は、低中所得国における若年世帯に住んでいる人口比率の中央値よりも4.5高く、これに対して、低所得国におけるそれは2倍に達するのみである。UN地域においては、保健医療に家計の10%超を自己負担して支出している人口比率は、アジアにおける高齢世帯で最も高く、ラテンアメリカ及びカリブ海地域における高齢世帯で最も低い。UN地域内では、欧州において、破綻的な保健医療支出の発生の中央値は、若年世帯で生活する人々よりも、高齢世帯で生活する人々の方が5.9高い；

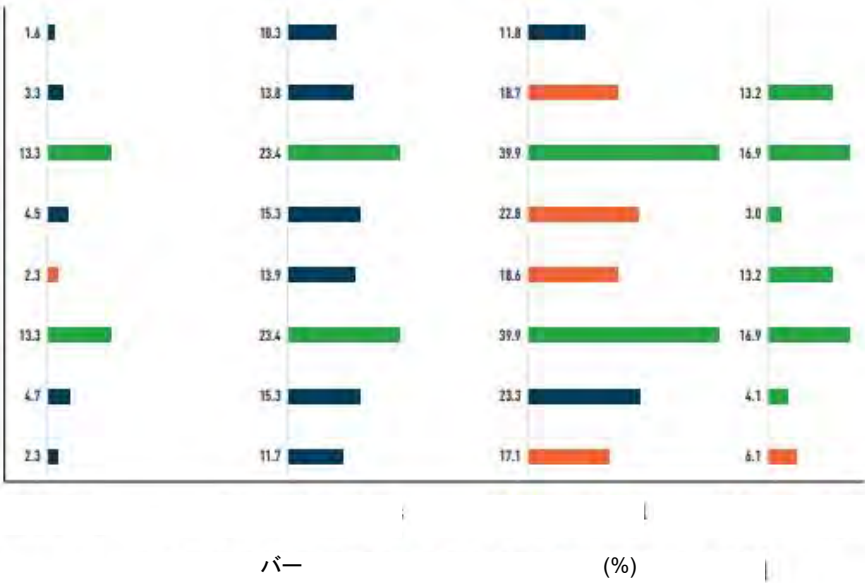
健医療支出

(34)

4

% "

IB



バー

(%)

60%

UN

UN

92

2017

53%

低所得国

43%

高所得国

21%

A3

2014

2009

: Authors calculations using the data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

三世代世帯で生活している人々は、貧困を招く保健医療支出の最も高い比率に直面している。三世代世帯において、リスクのある年齢グループ(33)（子供及び／又は青年、妊娠可能年齢の女性、高齢者）のメンバーへの集中は、他の年齢構成の世帯と比較して、保健医療のニーズが増加する可能性があり、同時に、三世代世帯は、若年世帯及び高齢世帯よりも貧困化する傾向にある。全ての所得グループ及びUN地域において、貧困を招く保健医療支出の比率の中央値は、三世代世帯で生活している人々が最も高い（図16）。高齢世帯の発生率の中央値と比較した相対的差異は、高所得国で最も高く、低中所得国が最も低い。若年世帯で生活する人々と比較すると、相対的差異は、高中所得国で最も大きく（1.7倍高い）—これはアジアに起因する—、低中所得国が最低である（1.1倍高い）。

高齢者の破綻的保健医療支出の率が高くなると、低率のケアの断念が起こることある（ボックス5）。経済的保護の定義を考えれ

Ageing 2021-2030 (35,36)

Eozenou (34)

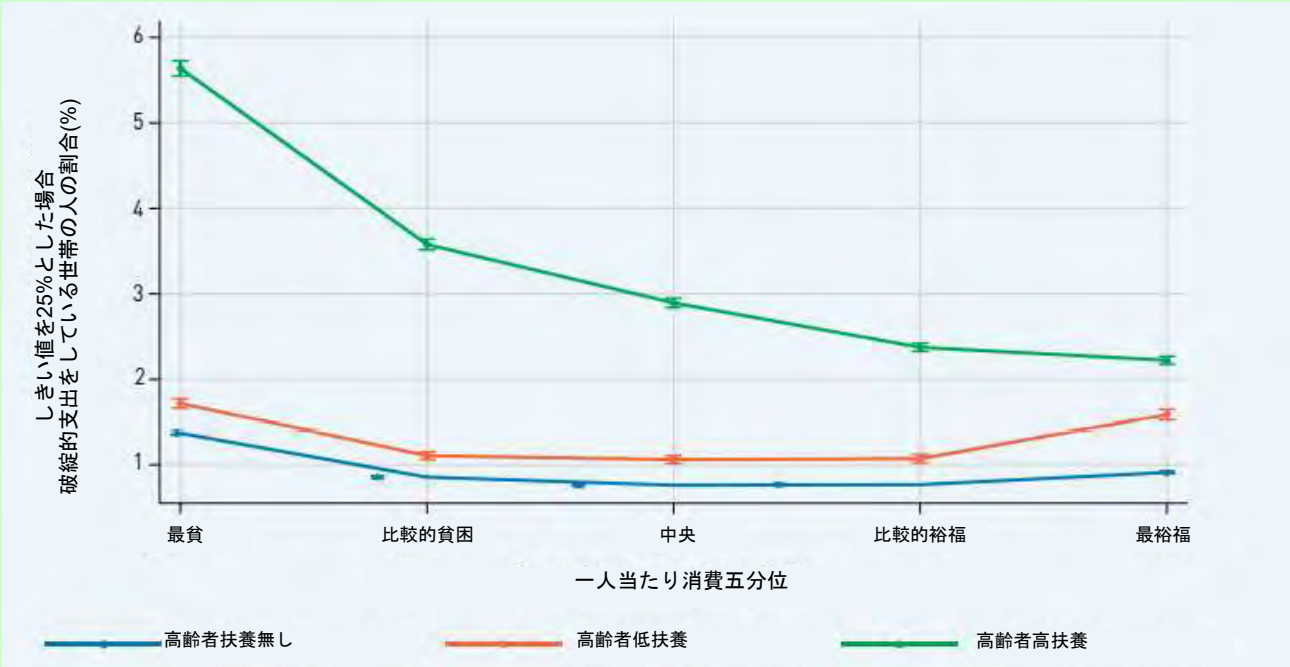
OADR 60 133 89% 18 60 OADR

OADR=0

0< OADR≤0.5)) ; 及び、3.高齢者高扶養（高齢者一人あたり、労働年齢の構成員が2人未満（OADR > 0.5））。

調査は、全ての地域及び所得グループ（SDG3.8.2指標（しきい値が10%と25%））において、高齢者扶養率の高い世帯で生活している人々の破綻的保健医療支出の発生はかなり高いとする現在の認識を裏付けた。更に、国の背景、及び時間の要素を加味した破綻的な保健医療支出の全体的な傾向を管理するために回帰モデルを用いると、加齢に伴う経済的困窮の悪化は、極貧者の中で最も厳しいことを表している：第一消費五分位において、高齢者扶養が高い世帯で生活する人々は、扶養率がゼロの世帯よりも破綻的支出（10%レベル）を経験する確率がほとんど11%高い可能性がある。対称的に、最も裕福な第五分位における差異は7.2ポイントだけになる。しきい値25%での破綻的支出に関して、差異は、むしろより鮮明である。最も低い五分位において、高齢者高扶養世帯の比率は、高齢者扶養がない世帯よりも4.3%高い。一方、最も高い五分位において、差はただの1.3ポイントである。

破綻的支出の発生（しきい値を25%とした場合の富裕の五分位値による）



注: データは、高齢者扶養を伴う破綻的保健医療支出と富裕との関係を予測するために、133か国における517の調査に基づく960万世帯の観察を用いた線形モデルからの予測値（国及び調査年度の影響を調整済）。調査結果については、世帯観測の重みづけを行っていないが、定性的には調査特有のサンプルの重みづけの適用に対して堅牢である。重みづけは、各国の世界人口に対する比率を反映し、かつ各国に対しては同一の重みづけをしている。

出典: Eozenou et al. (34)。

ボックス5: 日本の高齢者同居世帯における破綻的な保健医療支出及び未充足ニーズ

日本は公衆衛生の高度な基準を達成し、2019年の平均健康寿命は74歳となった。日本は世界で最も高齢化が進んでおり、2025年までに、人口のほぼ36%が60歳以上となる。国民皆保険及び長期医療介護保険などの政策は、一生を通じて全ての人々に経済的保護を提供している。しかしながら、より多くの高齢者が長期にわたりケアを要求するにつれ、これらの政策の強みが試されている。

世界保健機関健康開発総合研究センター(37)の継続的調査では、2004年から2019年の破綻的な保健医療支出の発生（両しきい値によるSDG指標3.8.2を使用）について全国的傾向を観測するために、日本家計パネル調査（Japan Household Panel Survey (JHPS)）を使用した。全世帯の8～12%が少なくとも家計の10%を保健医療に自己負担で支出しており、全世帯の1～2%では、保健医療の自己負担支出の割合が25%を超過していた。

世帯が高齢者（65歳以上）を含んでいるか否かに基づいて、これらの推定値を分類した場合、最低一人の高齢者がいる世帯においては、高齢者のいない世帯と比較して、高額な自己負担による保健医療支出が非常に多かった（2019年：しきい値10%を使用すると10.8%対5.8%、しきい値25%を使用すると3.1%対1.0%）。

分析はまた次のことも示している。即ち、自己報告の未充足ニーズ（調査前12カ月の間に、病気の兆候があるにもかかわらず、保健医療ケアを受けていないものと定義）は、若い人々（24才～64歳）の方が、65歳以上の人々よりも頻発していた（2019年：7.2%対2.6%）。近年では、未充足ニーズの減少傾向が、若い人々にも高齢者にも認められる。高齢者では、これは、破綻的な保健医療支出（しきい値10%）の減少傾向と同時に発生している。その一方で若い人々では安定した状態ではある。これらの調査結果は、人々の保健医療ケアのニーズは、経済的負担の顕著な増加をみることなく、大体において充足される、ということを示している。更に、高齢者を抱える世帯は、高齢者のいないものの高い自己負担保健医療支出をしている世帯よりも保健医療ケアのニーズが充足される可能性が高い。この調査結果は、次の事実を反映している。即ち、高齢者のいる世帯では、保健医療ニーズが多く、より多くの保健医療サービスを受けており、その結果、より多くの自己負担による保健医療支出に見舞われているが、時間と共に、アクセスの経済的障壁は減少している。

世帯の年齢構成（65歳以上の高齢者の存否に関わりなく）による破綻的な保健医療支出（しきい値10%）の傾向、及び回答者年齢別保健医療ケアの未充足ニーズ（2004年～2019年：日本）



注: 破綻的な保健医療支出について、世帯は同居の最高齢者の年齢（回答者自身を含む）により分類された。未充足ニーズには、健康ゆえに、ケアの断念を経験していない人々は含まれていない。2004年及び2007年には、未充足保健医療ニーズに関する質問はされていない。年齢グループの分類は調査の回答者の年齢に基づいている。破綻的な保健医療支出及び未充足ニーズに関して、横断的な重みづけ及び長期間の変化に関する重みづけ双方が適用されている。

1.3. どのような種類の保健医療支出が経済的困窮の原因となっているか？

外来患者の処方薬のカバレッジ格差を削減させることは、多くの地域で、自己負担による保健医療支出び経済的困窮を減少させるために非常に重要である。経済的困窮をもたらすサービス又は製品の主たる種類に関するエビデンスが世界レベルで欠落しているが、地域レベルでは入手可能である。医薬品及び外来診療が、世帯の自己負担による保健医療支出の重要な要素であることは、ラテンアメリカ及びカリブ海地域の最近のエビデンスが裏付けており、他地域からの調査結果を補完している。ラテンアメリカ及びカリブ海地域において、データが入手可能な国^b (38)で、医薬品及び外来患者のケアは合わせて、全世帯の自己負担による保健医療支出の少なくとも73%に達し、医薬品への支出は、過半数を占める(39)。最貧の五分位において、世帯の総消費の大きな部分を占めていることが判明した。2019年保健医療での経済的保護に関するグローバル・モニタリング報告書(1)では、次のことが示されている。即ち、データが入手可能なWHO東南アジア地域の8か国中6か国において、医薬品への支出は、自己負担による保健医療支出の主たる要因であり、当該支出の総額75%超にのぼり、これらの国の5か国の最貧家計の80%を超過している。また次の事も報告されている。即ち、医薬品は、WHO欧州地域の破綻的保健医療支出(自己負担による保健医療支出が、世帯の支払い能力の40%超と定義されている)の主たる要因であり、入院患者治療及び歯科治療への支払いがそれに続く(31)。アフリカの25か国において、医薬品及び外来診療は、世帯の自己負担による保健医療支出の主たる決定要因として認識される。これは、破綻的保健医療支出の如何に関わりなく人々の自己負担による保健医療支出と類似の構造である。

1.4. 経済的困窮と保健医療への公的支出との関連

破綻的保健医療支出を負担し、極貧に追い込まれたり、相対的貧困に追い込まれたりした人口比率は、公的支出に重きを置いている国において低下する傾向がある。保健医療への公的支出が、家計の10%や25%超を保健医療に支出している人々の低い比率や、貧困に追い込まれた人々の低い比率に関連していたことが、以前のグローバル分析で判明した(20,40–42)。表2は次を使用してこの関係を裏付けている。即ち、この報告書のために作成された最新の推定値、一人当たりの国内総生産（GDP）を調整した多変量パネル回帰モデル、及びGDP（他の領域に関連する保健医療に使用されるリソースレベルの代用として）の比率に従った現在の保健医療支出総額。自己負担支出に対する貧困の影響を推定するモデルは、一国の貧困率も考慮している。これらの関連性は因果関係を反映していないが、結果のパターンは、経済的困窮を減少するための経済的公的支出の重要な役割を暗示している。分析によれば次のことを示している。即ち、現在の保健医療支出総額における公的支出の比率は、破綻的保健医療支出の双方のしきい値（10%と25%の双方）での発生、並びに極貧及び相対的貧困の双方に追い込まれた人口比率と、有意かつ負の関連性を有している。ある国の公的支出比率は、更に貧困に追い込まれた人口比率と負の相関関係があり、かつ統計的に有意な相関関係がある。後者は、国の最貧困率と最も強い（正の）相関関係を有しており、次に強い相関関係を示すのは、現在の保健医療支出のGDP比率である。現在の保健医療支出の対GDP比率は、破綻的な保健医療支出の発生、及び相対的貧困及び極貧に追い込まれた人の比率とも正の関連性が認められる。最後に、一人当たりのGDPは、家計の10%超を保健医療に支出している人口比率、及び相対的に貧困に追い込まれた人口比率と正の関連性を有する。

^b これらの国々は：ボリビア（2015年）、バルバドス（2016年）、チリ（2016年）、コロンビア（2016年）、エクアドル（2011年）、メキシコ（2016年）、及びペルー（2017年）。

表2. 破綻的保健医療支出及び貧困を招く保健医療支出に関するマクロ経済の特性の限界効用

	SDG3.8.2指標に基づく破綻的保健医療支出の発生		貧困に追い込まれた人口比率		更に追いやられて貧困に陥った人口比率	
	10%しきい値	25%しきい値	1日\$190生活貧困ライン	相対的貧困ライン	1日\$190生活貧困ライン	相対的貧困ライン
1人あたりのGDP (2017年水準US\$, 単位: 千)	0.250*** (0.00)	0.019 (0.36)	0.014 (0.80)	0.040** (0.00)	0.011 (0.98)	0.074 (0.17)
現在の一人当たりの保健医療支出 一人あたりの対GDP比率	0.602*** (0.00)	0.071* (0.06)	0.002 (0.92)	0.103*** (0.00)	0.369** (0.02)	0.359*** (0.00)
一人あたりの保健医療への公的支出 一人あたりの現在の対保健医療支出比率 (%)	-0.094*** (0.00)	-0.017** (0.00)	-0.017*** (0.00)	-0.016*** (0.00)	-0.023 (0.40)	-0.017 (0.24)
1日\$1.90で生活する貧困ラインの貧困者人数比率			0.038*** (0.00)		0.619*** (0.00)	
相対的貧困ラインの貧困者数比率				0.007 (0.48)		0.538*** (0.00)
観測数	734	734	506	637	488	633
国数	144	144	111	130	110	129

注: 括弧内の数値はp値: * p値 < 0.10; ** p値 < 0.05; *** p値 < 0.001。

出典: Authors calculations based on the 2021 Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28).

国レベルの分析が示したことは、注意深く設計された自己負担政策、及び福利厚生目的の設定や包括性に関連した人口カバレッジは、公的支出の増加を経済的保護の改善に移行させるために必須であるということである。自己負担政策の設計の重要性、及び経済的困窮を減少させるための目標設定の重要性に関するエビデンスは、WHO欧州地域(1,43)関連のものは既に入手可能であり、同エビデンスにより、低い定額に抑えられた自己負担金、及び全ての自己負担の年間上限額、並びに貧困層の自己負担免除制度を有する国では、破綻的な保健医療を支出している比率（世帯の支払能力の40%超の保健医療支出を自己負担している世帯比率と定義）が最も低いことが判明した。欧州の中所得国からの最近の事例で判明したことは、これらカバレッジの他の側面を注視することなく、人口カバレッジを拡大したり、保健医療に対する公的支出を増加させたりすることは、保健医療サービスへのアクセスを改善し得るものの、世帯に自己負担による支払いも増加させ、その結果、破綻的保健医療支出の発生も増加させてしまうということであるボックス6）。最近の20の低所得国/低中所得国からあがってきたエビデンスの再調査では、貧困層向けの内容にするために必要な保険契約の主要な特徴を特定した（即ち、貧困を招く保健医療支出を減少させつつ、貧困層の人口の多数を当該保険の対象とし、かつ貧困層の人々が保健医療サービスの利用増加を確保すること）。特定された主な特徴には次のものが含まれる：幅広い適格性；自動的加入；資格付与に関する豊富な情報；福利厚生の包括性（含まれるべきものは、外来診療サービスや医薬品、入院患者サービス、及び少なくとも非貧困層と同規模の貧困層へ適用）；貧困層と非貧困層と同程度の料金での適切な時期におけるプロバイダーへの償還(44)。

ボックス6: 中所得国におけるアクセス及び経済的保護に関する保健医療財源改革の影響

ジョージアの医療財政改革の経験は、医療給付制度の範囲、自己負担の設計、戦略的な購買を慎重に検討することなく人口のカバレッジを拡大することが、いかに医療サービスへのアクセスを向上させ、その代償として経済的困窮を増大させるかを示した。

2013年、ジョージアはユニバーサル・ヘルスケア・プログラム（UHCP）を導入し、公的資金で賄われるヘルスケアを受ける資格を有する人口の比率が50%未満から95%以上に飛躍的に拡大した。改革は保健医療に関する一人当たりの公的支出の純然たる増加を伴っており、2011年から2018年の間に3倍になり、現在の保健医療支出の自己負担の支払い率を2012年の73%から2018年の48%と低減させた(45)。

改革は保健医療ケアへのアクセスを著しく改善したが、経済的保護に関する効果は次のものと組み合わせられた：コストが理由でケアの断念を報告している人口比率は、2010年（改革前）の17%から2014年の10%に減少（驚異的達成）したものの破綻的な保健医療支出の発生は、次の要因を反映して、2012年の13%から2018年の17%に増加した(46)。

- 改革は入院患者のケアを優先し、医薬品については、貧困世帯の破綻的な保健医療支出の最大かつ唯一の原因であり続けていたにもかかわらず、当初は外来患者の医薬品へのアクセス改善に注目しなかった。その結果入院患者のケアに自己負担で支出する平均金額は、破綻的な保健医療支出をしている世帯において急激に減少した一方、医薬品への平均支出額は相変わらず増加した。
- 外来患者の医薬品のカバレッジギャップには変化がない。UHCP福利厚生には、貧困世帯の自己負担支払免除や、自己負担の上限設定などの保護メカニズムがないなかで、外来患者の医薬品について限られた選択肢しか含まれておらず、それが使用者への複雑な課金（自己負担金）を必要としている。
- 提供側のインセンティブもコストを世帯に移転している。例えば、薬局では、サービス価格の強力な規制やサービス量をコントロールするメカニズムがなければ、ブランドの医薬品を処方することで収入を増やすことができ、病院での治療実績ベースの支払いは、過剰治療やより高価なサービスの利用を助長する。

経済的保護を強化するためには、次の対策が必要である。即ち、保健医療に対する公的支出を継続的に増加すること（2018年の対GDP比2.8%では、地域的高中所得国WHO欧州地域）における平均3.3%と比較するとまだ低い）、また、政策を1次治療の質の改善にシフトし、貧困世帯や持病のある人々による自己負担からの保護を強化し、保健医療サービス価格の規制を強化する政策へのシフト。

破綻的な保健医療支出をしている世帯の自己負担の平均、2011年～2018年



注: WHO地域において、破綻的な保健医療支出とは、保健医療ケアの支払能力の40%超を、自己負担で支出することと定義されている。

出典: Goginashvili et al. (2021) (46)。

1.5. ケアの断念及びサービス・カバレッジに経済的困窮を関連付ける

本章の前のセクションで、破綻的な保健医療支出の発生が増加（及び貧困を招く保健医療支出を負担している人数の多さ）を起因とする経済的困窮の減少について、世界は困難な道を歩んでいることが示された。これらの指標だけでも、COVID-19パンデミック前の時点で、経済的保護は悪化していた。しかしながら、経済的保護は、次の場合にのみ達成される：保健医療支出を理由とする経済的困窮が発生していないこと；及び、アクセスについて経済的障壁がないこと。このように、経済的困窮の指標は、サービスの実際の使用、ケアの断念と未充足ニーズの分析、及びサービス・カバレッジ指標に関連付けられなければならない。その理由は、破綻的な自己負担支払や貧困を招く自己負担支払いの発生が低いのは、経済的保護のレベルが高いからではなく、むしろサービスへの貧弱なアクセスを反映しているからであるかどうかを判別するためである。未充足ニーズに関するWHO欧州地域のデータは、破綻的な保健医療支出を負っている人々の保健医療支出の自己負担の構成を理解するのに役に立ち、アクセスの際の所得不平等に光をあてている（ボックス7参照）。最近の体系的な文献レビュー及びメタ分析により、自己報告される保健医療の断念の頻発は、研究母集団の約10分の1（56か国からの5千8百万人、ボックス8参照）に影響していることが明らかになった。保健医療におけるケアの断念が最も頻繁に報告される理由は、サービスの費用負担の可能性（年齢に関係なく）、次にサービスの入手のしやすさ（可用性）、アクセス可能性（12.2%）、及び受容性（8.9%）である。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの調査：2021年モニタリング報告書（Tracking universal health coverage: 2021 Monitoring report）⁽¹⁸⁾では、2000年から2017年の間のサービス・カバレッジ（SDG指標3.8.1）が着実な改善を示している。それにもかかわらず、ケアの断念の研究から浮かび上がるエビデンスは、保健医療の自己負担支払いに見合う経済的リソースを確保できない人々が経験するアクセス時の経済的障壁の継続的な重要性を明らかにする。

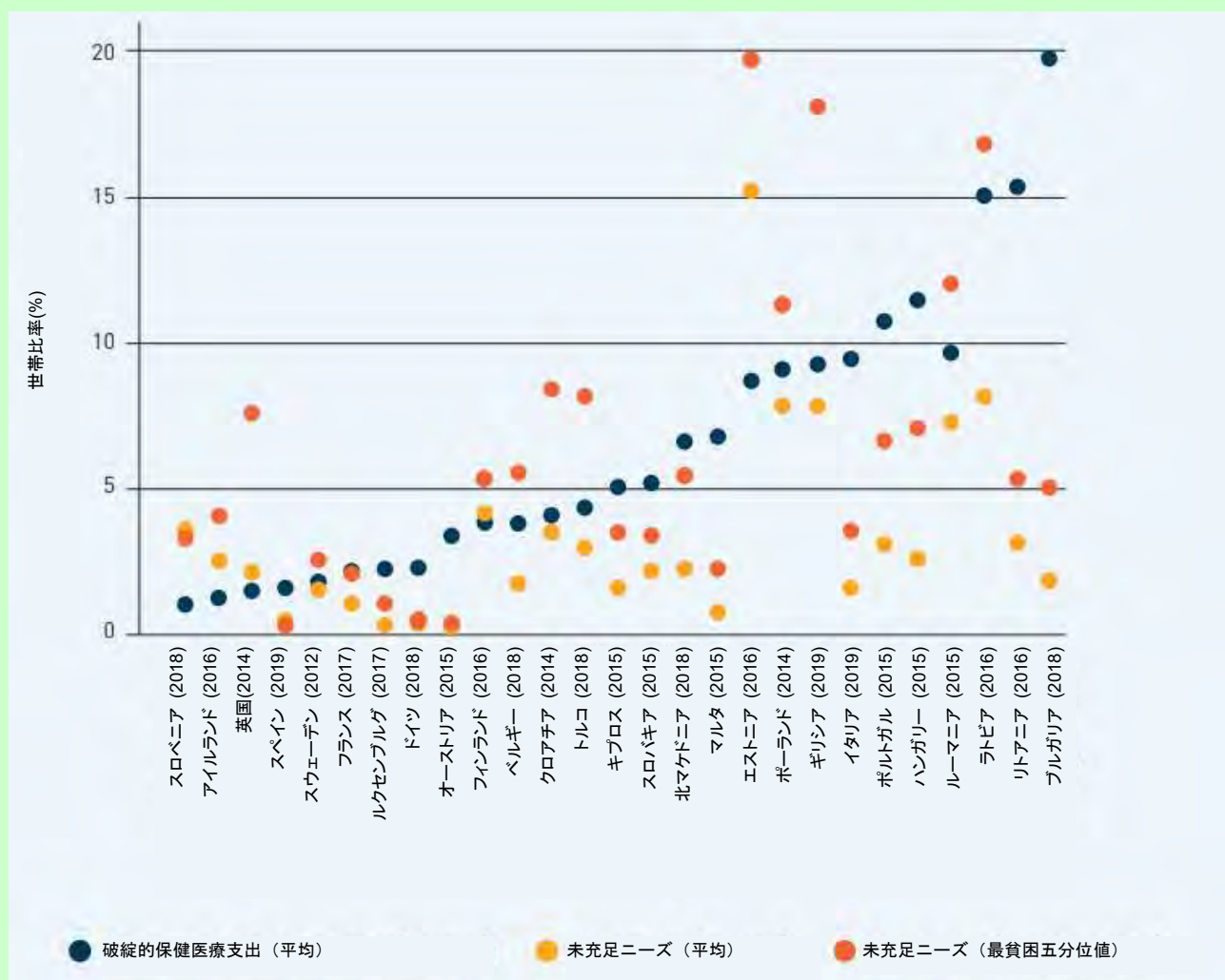
ボックス7: 欧州において、破綻的な保健医療支出を負担している世帯の比率が非常に低い国では、顕著な所得格差もなく、未充足ニーズも低い傾向にある

保健医療に関する未充足ニーズ（コスト、距離、又は待ち時間に起因）に関するデータの国際比較については、若干の注意が必要である(47)。そのことを認識しつつ、WHO欧州地域からのエビデンスによって、破綻的支出の発生が大変低い国では、未充足ニーズは低くなる傾向にあり、未充足ニーズにおける所得不均衡は少ないことが判明する。これらの国について、低い経済的困窮レベルは、人々が保健医療サービスにアクセス出来ないことの結果ではないと想定することは、理にかなっているだろう。

しかしながら、破綻的な支出が多い場合、概して未充足ニーズとの明確な関係がないものの、未充足ニーズにおける所得格差の影響は、顕著になる傾向がある。破綻的支出及び未充足ニーズの双方が高い国で、より多くの人々がサービスにアクセスすることが可能になれば、破綻的自己負担支払率が更に増加する可能性がある。

更に詳細な分析をすると、未充足ニーズは歯科治療において、他の種類の保健医療ケアよりも通常は高いことが判明する（データは示されていない）。欧州に広く見られる歯科治療のカバレッジギャップは、より貧困層の人々にとっては、未充足ニーズに至りやすいし、より裕福な人々にとっては、経済的障壁になる傾向がある(43)。同様に、外来患者の医薬品のカバレッジギャップは、より貧困な人々にとって、未充足ニーズ及び経済的貧困を招く(43)。

WHO欧州地域における、破綻的な保健医療支出を負担し、未充足ニーズのある世帯比率、最新年次



注: *グレート・ブリテン及び北アイルランド連合王国。破綻的支出及び未充足ニーズに関するデータは同一年のもの。分母は: 破綻的支出の世帯; 及び未充足ニーズに関しては16歳超の人口。五分位値は破綻的支出の消費及び未充足ニーズの所得をベースにしている。

出典: Eurostat (2021) for data on unmet need (48) and WHO Regional Office for Europe (2019) for data on catastrophic spending (43)。

ボックス8: 最貧困世帯は、ケアの断念を経験する可能性が高く、経済的障壁は、最も頻繁にケアの断念の理由として報告されている

ライフサイクルの全てのフェーズで、異なるアクセス障壁—特に、地理的、経済的、社会的—が人々を十分な保健医療ケアにアクセスすることを妨害し得る。例えば、人々がある保健医療サービス又は保健医療ケア全般を経済的理由により断念した場合、自己負担による保健医療支出が低ければ、十分な経済的保護よりも、ケアの断念をもたらす得る。

最近の研究(49)にて、体系的な文献レビュー及びメタ分析を通じて、ケアの断念の頻発、及びその助長要素が推定された。ケアが求められなかったり遅らせられたりした時の病気のエピソードとして明確にされたケアの断念を測定した研究を精製するために、4つの主たる電子データベースが調査された。人口ベースの調査に基づき、114の研究がレビューに含まれ、56か国から約5千8百万人が対象となった。分析によれば、研究母集団の9.0%について、保健医療ケアの断念又は遅延が自己報告された。主要な理由はサービスの費用負担の可能性（20.6%、これは、全人数の約1.8%に相当する）、次にサービスの入手のしやすさ（可用性）（17.0%）、アクセス可能性（12.2%）及び、受容性（8.9%）であった⁶。教育レベルによるコスト関連の障壁が原因でケアの断念の頻発に、相当な差異が認められた。（小学校又はそれより高い教育（7.8%）；自己報告の保健医療状況（貧弱（24.6%）vs大変良好/絶好調（15.5%））；保険状況（未加入（21.9%）vs加入（15.9%））；及び経済状況（最貧五分位値（30.2%）vs最富裕五分位値（8.4%）））。

高齢者のサブグループ分析は、保健医療におけるケアの断念及び長期間ケア（LTC）の未充足ニーズの蔓延について推定した。この分析のために、65歳以上の人々のケアの断念に関するデータが掲載された79の研究、及びLTCの未充足ニーズに関する14の研究が分析された。65歳以上の人々に関し、その10.4%について保健医療におけるケアの断念が報告され、これと比較するに、31歳から64歳までの成人の4.9%、30歳以下の11.5%が保健医療におけるケアの断念を報告している。高齢者の保健医療におけるケアの断念の主たる理由は、サービスの費用負担の可能性（31.7%）、次に受容性問題、アクセス可能性（6.2%）、そしてサービスの入手のしやすさ（可用性）（4.9%）である。一般住民の結果に類似して、コストが原因の保健医療におけるケアの断念の統合蔓延の有意差が次の通り見られる:ジェンダー（男性（10.9%）vs女性（14.4%））；教育レベル（小学校又はそれ以下（13.3%）vsより高い教育（7.5%））；自己報告の保健医療状況（貧弱（23.2%）vs良好（4.4%））；保険状況（未加入（27.7%）vs加入（9.0%））；及び経済状況（最貧困五分位値（28.2%）vs最富裕五分位値（7.1%））。概して、高齢者の25.1%が長期ケアの未充足ニーズを報告した。これは、身体機能のレベルによりまちまちであり（日常生活動作（ADL）（23.8%）vs手段的ADL（11.0%））、また居住についても、地方（51.1%）vs都会（48.0%）となっている。

要約すれば、自己報告された断念保健医療ケアは、人口の約10分の1に影響を与えており、高齢者（65歳以上）では、若年成人（31歳から64歳まで）の約2倍となっている。保健医療におけるケアの断念の理由のうち、最も高い頻度で報告されているのは、年齢に関係なく費用負担の可能性である。この研究が提案するのは、未充足ニーズは、サービス・カバレッジ及び、（特に高齢者の）経済的保護を正確に測定するように考慮されるべきであるということである。

1.6. 保健医療の経済的保護のモニタリングをルーチン化する取組は、COVID-19パンデミックにより、悪化した。

破綻的な保健医療支出、及び貧困を招く保健医療支出の指標を作成するための現在の4年間平均遅延時間は、減少するとは予想されておらず、世帯の保健医療自己負担支出に関するデータの収集を開始する緊急行動がとられなければ、遅延時間が増加させる可能性や、COVID-19パンデミックの期間中の人々が経験する経済的困窮に関する知見格差にさえつながる可能性がある。

保健医療の経済的保護を調査するには、自己負担による保健医療支出及び消費総額又は所得総額の双方に関する世帯データにアクセスすることが必要である(19)。そのようなデータは普通、家計、所得、出費、生活水準及び社会経済に関する対面調査を通じて収集される。しかし、これらの調査は、不定期的であり、データ人力の処理には時間がかかり、経済的保護の指標の推定に遅延が生じる。それゆえ、この報告書における世界予測は、2017年までしか入手可能ではない。

⁶ Tahanashaiのフレームワーク(10)では、可用性の次元は、人材、インフラ、製品などが対象者にとって必要な場所にあることに関係し、アクセス可能性は、それらの資源が恩恵を受けるべき人々の妥当な範囲内にあることに関係し、受容性は、サービスを利用する意欲に焦点を合わせている。体系的レビューでは、放置ケアの理由の例として、「可用性」では、予約の問題、医療施設の不足、「アクセス可能性」では、施設までの距離、交通機関の問題、「受容性」では、施設・人材に対する悪い印象、医療従事者に対する不信・恐怖、時間の不足・矛盾が挙げられる。

パンデミックの結果として、ほとんどの国では2020年の調査実行計画を延期した。また、2021年5月まで対面データ収集活動の再開時期に関する不透明感は非常に高い(50)。多くの国が代替のデータ収集を選択したが、今日まで、世帯の自己負担による保健医療支出に関するデータ収集の体系的な取組はみられていない(第2章及び(51)を参照)。自己負担支出、及びその世帯の必需品への支出能力への影響に関する定性的情報の収集調査が、多数国での比較可能な方法で唯一試みられたものである(図27)。この観点から、知見を生成する際の、現在の4年間平均遅延時間は、予見出来る未来において、増加するようにセットされたように思え、パンデミック期間中に人々が経験した経済的困窮レベルに関する知見格差につながる可能性がある。現在の世帯の自己負担による保健医療支出の調査を開始する緊急行動(及び世帯の総消費を測定すること)が必要である。様々なプラットフォームを通じて、自己負担による保健医療支出に関するデータを収集するため、また自己負担による保健医療支出を理由とする経済的困窮に関するデータを収集するために、WHOは世帯調査質問表の開発をしている(52)。

2020年に行われた調査が、パンデミック期間を対象としたのはほんの一部だけで、前年と比較すると経済的保護に対するCOVID-19の影響をまだ捉えられていない傾向があり得る。ある複数の国では2020年に世帯調査を行った。図17及び図18には、破綻的な保健医療支出に関して5か国、貧困を招く保健医療支出に関して3か国の推定値(2020年)が示されている。3か国のうちのほとんどは、10年以上にわたる自己負担の保健医療支出を含む世帯消費に関するデータを収集してきた。2020年の入手可能なこれらの国の推定値は、世帯消費及び自己負担による保健医療支出の双方に関する質問が過去に遡ってのものであるため、部分的にのみパンデミック期間をカバーしている。あるケースでは、丸一年にわたり調査を実施するために、混合モードのデータ収集アプローチを採用した国もあり(ボックス9)、その効果は現在も調査中である(53)。これらの注意点に適切に配慮すると、これらの国に関する入手可能な調査結果が示唆することは、2020年推定値が、前年の傾向を混乱させる可能性はないということである。むしろ、変化のスピードを加速したり減速したりしている可能性がある。SDG3.8.2指標に使用可能である推定値を有する5か国のうち3か国については加速が認められる(即ち低中所得国-アジア及び高中所得国と欧州の双方)、そして、貧困を招く保健医療支出に使用可能な推定値を有する3か国のうち2か国についても同様である。

2020年推定値を理解するには更なる分析が必要であろう。分析が行われるべきタイプの例は、図17及び図18に含まれているペルー及び高中所得国である。破綻的な保健医療支出及び貧困を招く保健医療支出の2019年の1.2%及び2020年の0.1%の推定年間増加率は、2017年と2018年の間の以前の推定増加率と同じ規模である。しかしながら、当該平均年間増加率は、その年の重要な変化を見えなくする。ボックス9では、増加はパンデミック月数が増加するにつれて、一段と高くなり、2020年の最終四半期までに、人口の13%が自己負担保健医療のコストに家計の10%超を支出していた(即ち、2020年1年間の推定9.2%よりも3.8%高い)ことを示している。SDG3.8.2 指標に使用可能である推定値を有する5か国のうち3か国については加速が認められ(即ち低中所得国-アジア及び高中所得国と欧州の双方)、また、貧困を招く保健医療支出に使用可能な推定値を有する3か国のうち2か国についても同様である。

パンデミックは、自己負担による保健医療支出に起因する経済的困窮を、定期的にモニタリングする既存の取組を悪化させた。統計局がその作業及びデータ収集の方法を変更し、更に速度の速いデータ収集ツールに適応したので、収集情報の即応性を改善する機会でもあった。

図17.SDG 指標 3.8.2 しきい値10%の追跡に基づく破綻的保健医療支出の発生傾向（2020年の推定値を入手できる国）

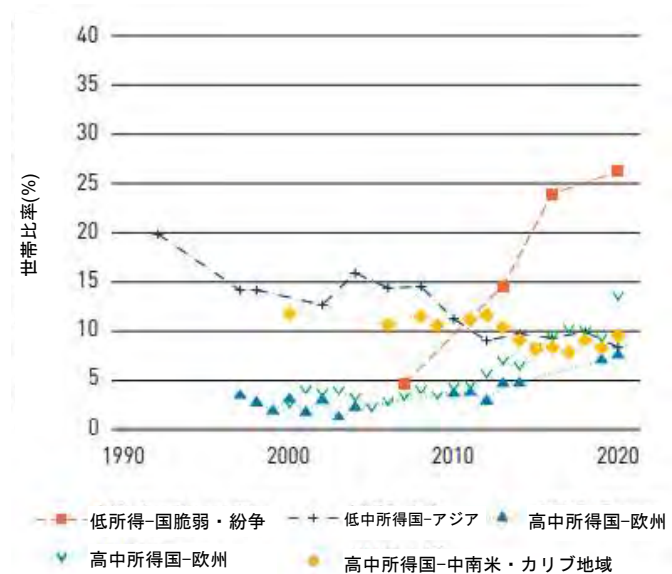
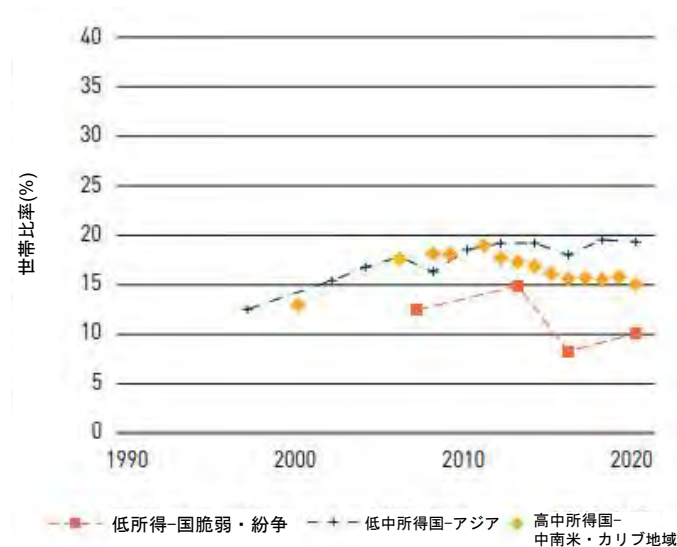


図18.更に貧困に追い込まれた人々の発生傾向（2020年の推定値を入手できる国）



出典: data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

2. Covid-19及び経済的保護

主なメッセージ

- ✓ パンデミック中に収集された世帯支出調査データが不足しているにもかかわらず、入手可能なエビデンスは、COVID-19の経済と健康への複合的な影響は、経済的理由によるケアの断念の割合が高いこと、ケアを求める人々にとっては、自己負担による医療費支出による破綻的な支出と貧困の悪化の発生率が高いことにより、世界的に経済的保護が大幅に悪化する可能性が高いことを示している。
- ✓ 失業、貯蓄の減少、及び社会的保護の欠如に起因する所得の減少、貧困率の上昇、及び脆弱性の悪化は、特に低-中所得国と低所得世帯の自己負担によるサービスを支払う能力を低下させる。
- ✓ 予備的なエビデンスは、場合によっては、COVID-19の検査と治療が世帯にとって費用がかかり、費用に対処するために必需品への支出が削減されたと報告されていることを示している。
- ✓ 特に低所得国の世帯は、COVID-19に関連するサービスだけでなく、すべての医療サービスのケアを求めることに対する経済的障壁を報告している。
- ✓ 長期にわたる医療サービスの利用の中断や減少は、家庭に中長期的な健康上及び経済的影響をもたらす可能性がある。
- ✓ パンデミックに対処するための支出を増やすことを目的とした政府による最初の実施にも関わらず、結果として公的収入の減少と債務負担の増加は、財政調整の時間枠を延長するための措置やより広くより長期の反循環的支出を可能にしない限り、保健医療を含む公的融資に下向きの圧力をかけるだろう。
- ✓ 積極的な政策取組は、COVID-19の影響を緩和することができ、また、自己負担の医療支出から抜け出すために、貧困層削減に的を絞った公共支出の増加に焦点を当てることにより(強化された社会的保護サポート、ケアを求める時間と場所での自己負担金及びその他の料金の削除、特に貧しい人々のアクセスを容易にするための現金給付など)、UHCへの進展を加速することができる。
- ✓ COVID-19は、特に危機の際に、他のモダリティ(携帯電話やソーシャルメディア調査など)を使用した、より機敏で頻繁な形態の経済的保護モニタリングで、従来の世帯の消費と所得の調査を補完することの重要性を強調している。

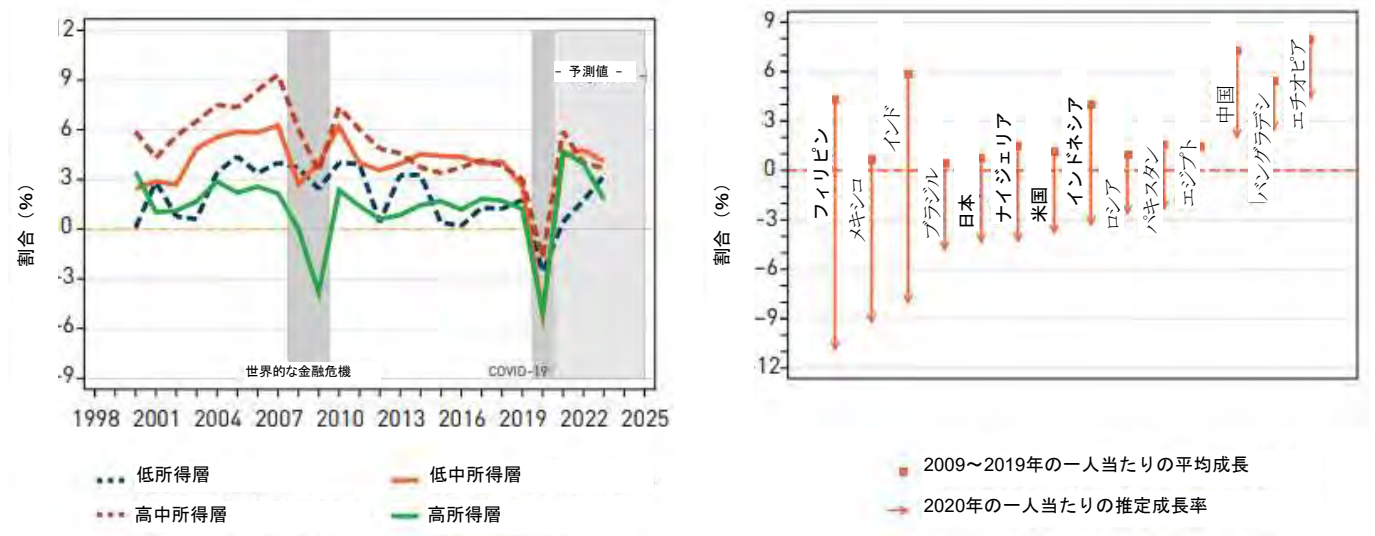
COVID-19は、世界的に経済的保護を大幅に悪化させる可能性がある。2015年から2017年の間に、主に非貧困層の医療への自己負担支出が原因で、破綻的な支出の発生率は悪化し続け、その結果、1. 人々が自己負担による医療支出をした金額の増加、2. 個人消費の伸びと比較して、自己負担による医療支出の伸び率が高くなった。同期間に貧困層の全体的な経済的困窮は減少したが、自己負担による医療費を支払う貧困層の数は容認できないほど多いままであった。COVID-19は、所得の減少、貧困率の増加、および世界的な経済的脆弱性の割合の悪化をもたらした(54)。現在、データが不足しているため、COVID-19が経済的保護に与える影響を詳細かつ包括的に評価することはできない(2 127, 126)。それにもかかわらず、これらのパンデミック関連の要因はすべて、特に低所得世帯の間では、破綻的な医療費の発生率の上昇、貧困の悪化、および経済的ならびにその他の障壁による医療機関への受診控えの割合の上昇など世界的に経済的保護が大幅に悪化する可能性が高いことを示している。この経済的保護の悪化は、回復を支援するだけでなくUHCへの進展を加速するために、積極的な政策取組（例えば、自己負担による医療支出から抜け出すための貧困層削減に焦点を当てた公的支出の増加、社会的保護支援の強化、ケアを求める時間と場所での自己負担とその他の料金の撤廃、貧しく脆弱な世帯の利用を刺激するための現金給付、およびプライマリ・ヘルスケアのカバレッジの拡大とプライマリ・ヘルスケアの強化）がなされない限り、中期的に持続する可能性が高い。

COVID-19は、世界的に被害をもたらし続けている。2021年11月の時点で、約2億5,000万人がCOVID-19に感染していることが確認されており、推定500万人が世界で死亡している(55)。検査と死亡登録の弱点のため、実際数は特に低所得国と中所得国ではさらに高くなる可能性がある(56)。UN地域の中で、欧州は人口100万人当たりの症例数と死亡数が最も多いと報告している。一方、オセアニアの国々は、これまでのところ、症例数と死亡数が最も少ない国である。これまでに報告された死亡のほとんどは米国で発生しており、ブラジル、インド、メキシコ、ロシア連邦がそれに続いている(57)。世界的に、入院と死亡は60歳以上の人々と潜在的な併存疾患のある人々の間で最も高かった(58)。致死率は、発生率の加齢による違い、検査率の違い、質の高い医療へのアクセス、及びデータの質と報告の課題などにより、国によって異なる。罹患率と死亡率に対するCOVID-19の即時の影響に加えて、回復した人々、又はCOVID-19の後遺症に苦しみ続けている人々の間での長期的な健康への影響に関する懸念がある(59)。COVID-19のワクチン接種が展開されるにつれ、現在までに世界の人口のほぼ50%が少なくとも1回の接種を受けており、ワクチン接種率に著しい不平等が生じている（高所得国では単回接種のワクチン接種率が70%を超えているが、依然として低所得国では5%未満）(60)。

COVID-19は、罹患率と死亡率への影響に加えて、2020年に世界的な経済の深刻な縮小をもたらした。COVID-19の管理とソーシャル・ディスタンスの取組は、世界的な経済活動の急激な低下を引き起こした。世界は1世紀以上でGDPの最大の低下の一つを経験し、その大きさと規模は前例のないものであり、2020年にはほとんどの国でマイナスの経済成長、ほとんどすべての国で経済成長の鈍化が見られた(2)。主に高所得国間で経済の縮小をもたらした前回（2008～2009年）の世界的な金融危機とは異なり、COVID-19危機は、すべての所得グループの国々に影響を及ぼした（図19）。より厳格な管理とソーシャル・ディスタンスの取組を実施したが、ウイルスを効果的に封じ込めることができなかった国々は、経済がサービス部門（観光業を含む）と工業製品の輸出にさらに依存していた国々と同様に、最大の経済的打撃を受けたようである。例えば、インド、メキシコ、及びフィリピンでは、2020年に一人当たりのGDPの縮小が8%超増加した。一方、バングラデシュ、中国、及びエチオピアの経済は縮小しなかったが、以前の傾向に比べて成長が大幅に鈍化した（図19）。比較的ウイルスのない国（例えば、一部の太平洋諸国）でさえ、強力な世界的つながりのために、COVID-19の経済的悪影響に対して免疫がない(61)。

図19. 一人当たりのGDP、2000～2023年

a) 経済グループ別の一人当たりGDP成長率(%)、2000～2023 b) 1人当たりGDPの変化(%)、2009～2020年、選択した国
年



注：IMF世界経済見通しで直接報告された一人当たりGDPの予測値。両方の図の基礎となる計算方法の詳細は、アネックスA6を参照のこと。

出典：Authors' calculations using data from World Bank (2021) (62) and International Monetary Fund (IMF) (2021) (2)

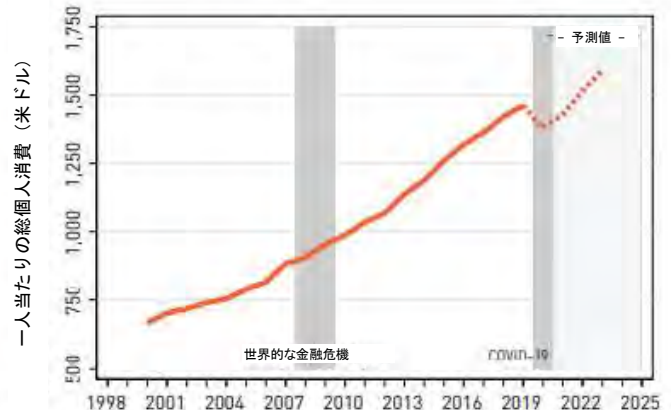
COVID-19に起因する経済ショックのユニークな側面の1つは、商品とサービスの需要と供給の両方に与える影響である。需要側又は供給側のいずれかによる影響の傾向があった以前の景気後退とは異なり、現在のCOVIDによる経済ショックは両方に影響を及ぼした(63)。需要面は、個人消費と貿易が最初に減少し、次に投資が減少した。特に、移動を制限する規制は、個人消費の急速な減少の一因となった(64)。図20に見られるように、一人当たりの個人消費の水準は2020年にすべての所得グループで減少した。しかし、GDPの総政府支出の他の重要な要素は、2020年にほぼすべての国で増加した。供給側は、対面の接触に依存するサービス部門が最も影響を受け、製造業がそれに続いた。一方、農業部門は、これまでほとんど無傷でCOVID-19パンデミックを生き延びてきた(65)。

図20. 1998～2023年の一人当たりの総個人消費

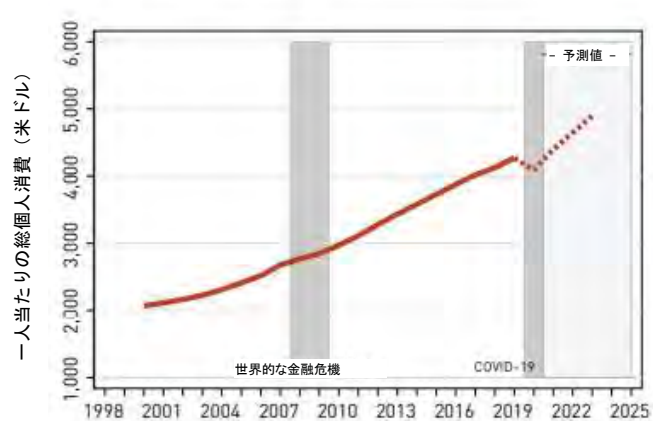
a) 低所得層



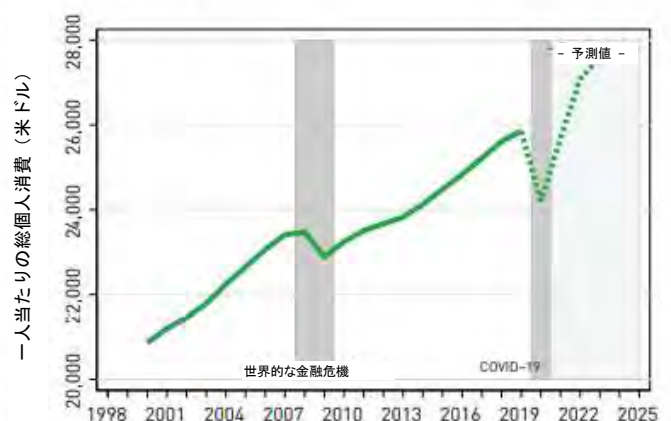
b) 低中所得層



c) 高中所得層



d) 高所得層



注：値は定数2017米ドルである。予測方法はアネックスA6に記載されている。

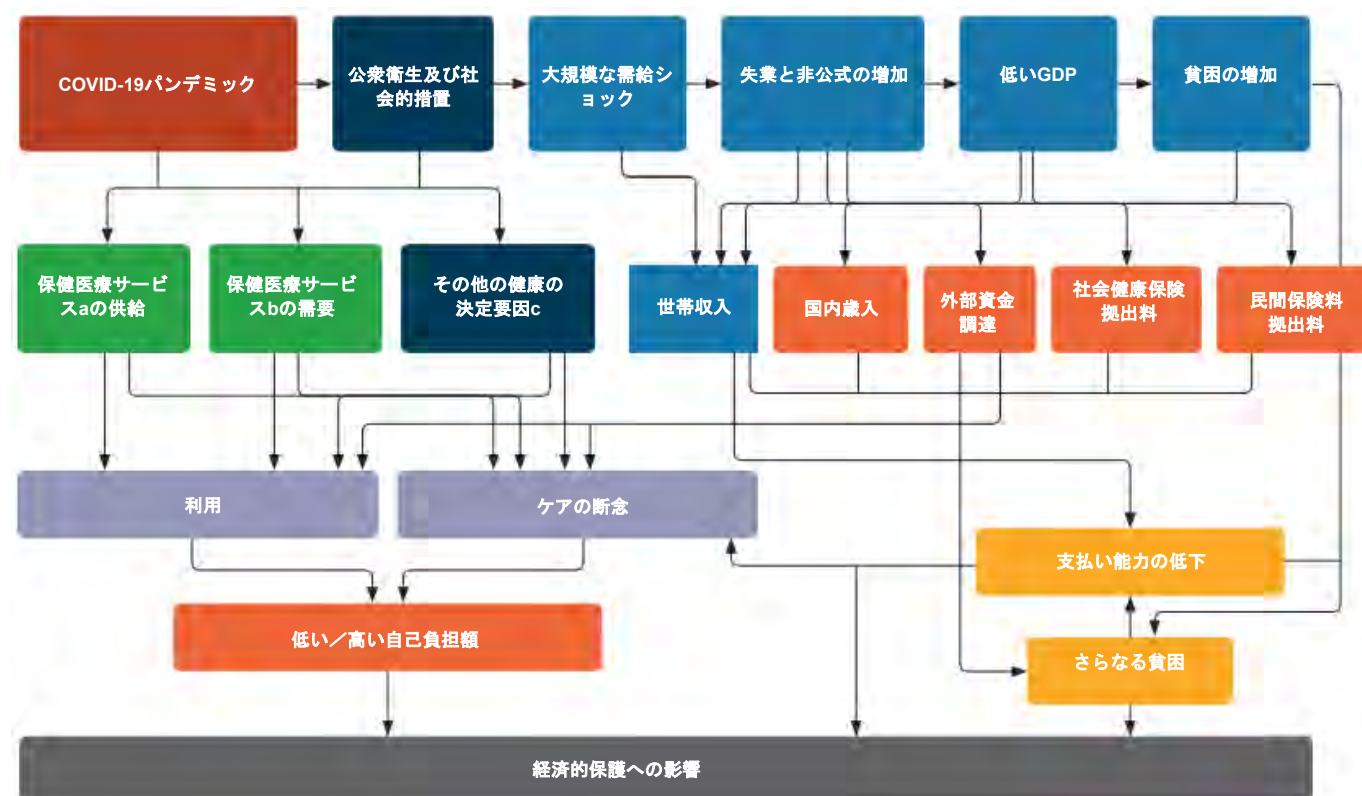
出典：世界銀行（2021年）(62)及び国際通貨基金（IMF）（2021）(2)のデータを使用した著者の計算

現在の予測では、2021年から経済の回復が見込まれるが、はるかに低いベースラインからである。世界経済は2021年に5.9%、2022年に4.9%、2023年に4.7%成長すると予測されているが、これらの予測は依然として途方もない不確実性を伴い、比較的高いCOVID-19ワクチン接種率と政策支援は経済活動を刺激したが、予想される回復の格差が依然として大きく、予防接種率が遅れている世界の他の地域とは対照的である(2)。世界人口の大部分がワクチン未接種のままである限り、ウイルスの新たな復活と新たな変異株の出現の脅威は依然として大きく、健康へのリスクだけでなく、経済的回復の維持にもリスクをもたらす。多くの国は、2022年までパンデミック前の一人当たりGDPに回復しないであろう。一部の経済回復には、さらに時間がかかる可能性がある。また、現在の予測が維持される場合、他の所得グループの平均とは異なり、低所得国の回復が遅いことは、2023年以降でも1人当たりの個人消費水準のCOVID前の総計に戻る可能性が低いことを示している。そして、多くの国(例えば、UNサブ地域の東南アジアのインドネシア、マレーシア、タイなど)は、最初はウイルスを封じ込めて経済的に回復したが、その後2021年初頭にデルタ変異の発生に屈したという運命の逆転を見た(66)。それにもかかわらず、ワクチンの迅速な展開が経済成長を後押しし、ワクチン接種率が高いほど経済的限界利益が高くなるといういくつかのエビデンスがある(66、67)。ワクチンの展開と回復のさまざまなペースが逆転しなければ、国全体の経済的不平等が持続し、さらに拡大する可能性がある。

健康と経済の両方に対するCOVID-19の二重のショックは、さまざまな経路を通じて経済的保護に影響を与える可能性がある

(127)。COVID-19が経済的保護に与える影響に関する詳細なデータはまだ入手できず、パンデミックのために多くのデータ収集が保留されている。その結果、少なくとも短期的には、COVID-19が経済的保護に与える影響を、中長期的な副産物に関連して完全に測定及び評価することはできない。これにより、経済的保護が影響を受ける可能性のある経路の特定、評価、及び分析が、緩和政策の設計と実施に情報を提供するためにさらに重要になる。COVID-19によって経済的保護が影響を受ける可能性のある経路は、図21に要約されている。即効性のある影響のいくつかは短命であり、状況によっては逆転した。他の効果は中期的にもっと明らかになるであろう。例えば、弱い経済回復とマクロ財政のストレス要因は、保健医療のための公的資金に下向きの圧力をもたらす可能性があり、順番に、自己負担支出が増加し、家計収入の低下と相まって、結果的にケアを求める際の経済的困窮が悪化する可能性がある。ボックス9が示すように、COVID-19の経済的影響は、破綻的な支出とケアの断念の両方、及びこれらの測定基準の進化する性質に影響を及ぼす。パンデミックに直面した場合における緊急のケアの断念に関する不確実な長期的な保健医療への影響、及び経済的困窮による潜在的な持続性がある。すべての経路が必ずしも経済的保護の悪化を示しているわけではない（大規模なCOVID-19管理やソーシャル・ディスタンスの取組中に発生した道路交通事故、大気汚染、その他の感染症の発生率などのリスク要因の短期的な減少により、保健医療の需要があり、経済的困窮に直面するリスクが低下する可能性がある）。図21は、特に貧しく脆弱な世帯の間で、経済的保護を強化するための政策を通じて取り組む必要のある経路の複雑さを示しており、保健医療及び非保健医療セクターの関係者に同様に影響を及ぼす。

図21. COVID-19が経済的保護に与える影響の潜在的経路



a：抑制策、COVID関連の医療の拡大、非COVID供給のクラウドディング・アウト、高値の医薬品

b：COVID関連の利用率の増加、恐怖とロックダウンに関連した利用率の低下、セルフメディケーション率の向上

c：大気汚染と交通事故の減少、衛生状態の改善、マスク、メンタルヘルス、セルフメディケーション

本章の残りの部分では、COVID-19のパンデミックにより、経済的保護が大幅に悪化する可能性がある理由を明らかにし、さらに詳しく説明する。各国の財政状況、自己負担支出の圧力に対抗する能力、経済的混乱の中で家計を支援する能力の評価とともに、家計の支払い能力および健康への自己負担支出がどのように直接的な影響を受ける可能性があるかに関連する証拠が収集されている。総合的な影響は、世帯家計調査から得られた具体的なデータを通じて評価されるが、当該調査の実施はパンデミックにより影響を受けたため、数年後にしか評価されない。本章では、破綻的支出や貧困の発生率などの経済的保護の測定基準に何が起るかを推測して予測するのではなく、公開された各種情報源に基づく新たなエビデンスと、携帯電話やソーシャルメディア調査などパンデミック状況に適応した新しいデータ収集方法に基づくデータセットを要約する（アネックスA8）。状況固有のポリシー・モニタリングを伴うこれらの迅速な調査メカニズムは、現在及び将来の応答選択と優先順位を通知するために必要である。

ボックス9: COVID-19パンデミック中のペルーの経済的保護

ペルーは、COVID-19によって最も大きな打撃を受けた国の1つであり、パンデミックを通じて全国的に代表的な世帯調査データを収集し続けた数少ない国の1つである。2020年3月にペルー政府が厳格な全国COVID-19管理とソーシャル・ディスタンス政策を課したとき、その全国世帯調査Encuesta Nacional de Hogares（ENAH）は、全住民の間で必要不可欠なサービスへのアクセスと貧困の継続的なモニタリングを確実にするため、対面から電話インタビューに切り替え、アンケートでの質問数を減らした。2020年6月に制限が緩和され、症例が大幅に減少した後、調査モードは10月に対面に戻された。

保健医療へのアクセスに関する質問は、電話調査モードへの変更による影響を受けなかったが、自己負担による医療費支出に関する情報を引き出すために、電話調査では回答者に、15項目のデータを個別に収集するのではなく、1カ月、3か月及び12カ月のリコールを伴う項目の3つのグループにわたる総支出を求めた。調査によると、調査モードと支出項目数の両方が自己負担支出報告に影響を与える可能性があることが確認されている(68,69)。この警告により、ペルーのデータは、パンデミックが保健医療利用と経済的保護に与える影響についてのまれな観察手段を提供する。

図Aは、四半期ごとのCOVID-19症例数と一緒にENAH調査から2019年と2020年の過去1カ月の病気の症状のあるペルー人による保健医療の使用に関する四半期データを示している。2020年の第2四半期にパンデミックとそれに関連する公衆衛生対策が展開されたことで、正式な医療提供者の訪問は60%急落し、年末のパンデミック前の水準を3分の1下回ったままであった。特に第2四半期に見られた厳格なソーシャル・ディスタンスの取組の間、医療提供者の訪問を避けた人々の多くは、セルフメディケーションに頼らず、まったく治療を受けなかった。追加のデータによると、利用率の低下は、2020年の第1四半期から第2四半期にかけて世帯の1人当たりの消費量が40%超減少した深刻なマクロ経済ショックよりも、移動の制限と医療現場でのウイルス感染の恐れが原因であり、1年を通じて経済的な理由で正式な医療を断念すると報告しているペルー人の割合は6%未満のままであった。

2019年から2020年の間に、破綻的な医療費を支出している人口の割合は、10%のしきい値で8.5%から9.7%に、25%のしきい値で1.2%から1.4%に増加した（図B）。ただし、これらの比較的緩やかな増加は、2020年の破綻的な支出の高い変動性を覆い隠し、パンデミックが定着し、調査の自己負担支出に関する質問の回収期間がパンデミックの月数に重なるにつれて、経済的困窮は急速に増大した。第2四半期に破綻的な支出を行った世帯の割合が最初に減少した後（1人当たりの自己負担支出が家計支出よりもさらに減少したとき）、経済的困窮は第3四半期に急激に増加し始めた。2020年の第4四半期には、世帯の13%が10%水準で破綻的な医療費支出を経験し、前年の第4四半期から49%増加した。2020年末に世帯の1.8%に影響を与えた25%水準の破綻的な支出については、前四半期比の増加はさらに劇的で84%であった。

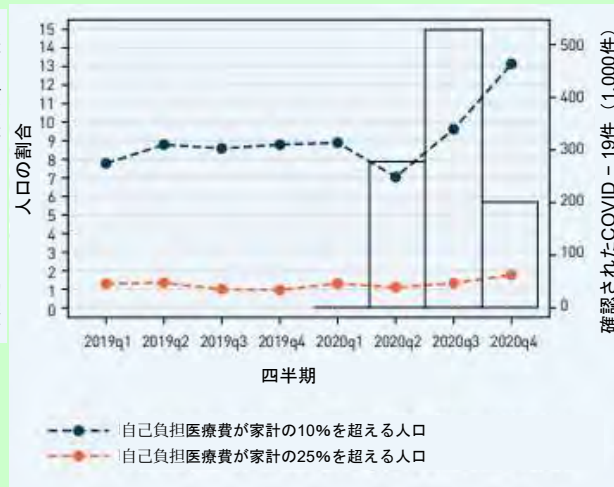
パンデミックの間、ペルー人の約80%は、主に正規部門の従業員とその家族のためのESSALUDスキーム、そして貧しい人々やほぼ貧しい人々に無料又は高額助成を受けた医療を提供するSeguro Integral de Salud（健康保険）を通じてヘルス・カバレッジに加入した。しかし、上記の調査結果は、そのような高いカバレッジ水準と医療利用を控えている人口の実質的なシェアがあっても、COVID-19は破綻的な支出の増加を引き起こし、その割合は、医療保障が人口の40%しか

なかった10年前の水準に逆戻りしたことを示している(70)。

図A. 四半期ごとの、ペルーで過去4週間に症状のある人における医療の利用とケアの断念、2019～2020年



図B. 四半期ごとの、ペルーで破綻的な自己負担医療費支出を行っている人口の割合、2019～2020年



注：図Aは、すべての統計がサンプルの加重比率に対応している。図Bは、破綻的な医療支出のある人口は、<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf>で説明されているように計算される。

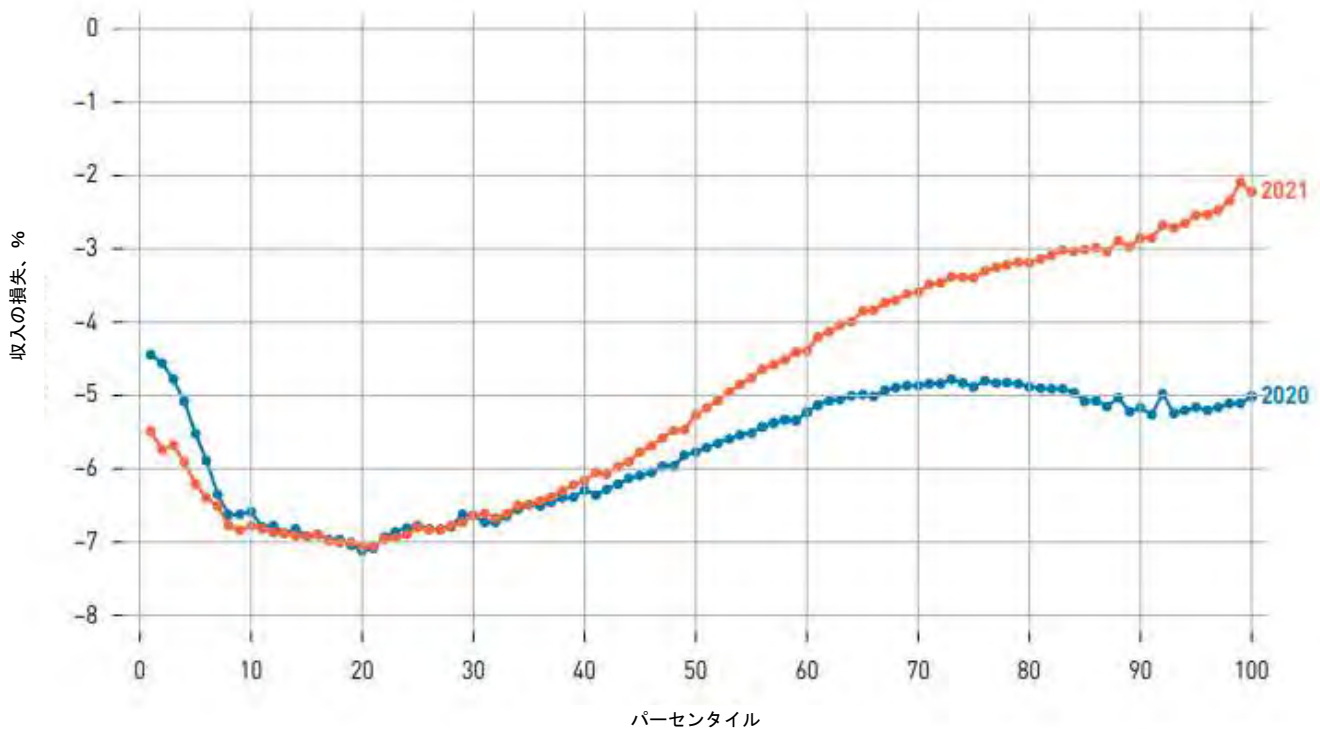
出典：Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0). Peru Instituto Nacional de Estadística e Informática (<http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>, accessed 29 November 2021)

2.1. 世帯への影響

COVID-19が総所得と総個人消費に与える影響は、家計レベルで波及している。世帯の収入と雇用は悪影響を受けている。国際労働機関（ILO）は、2020年に2億5,500万相当の雇用常勤雇用が失われたと推定しており、雇用は多くの国でパンデミック前の水準を下回ったまま続いている(3)。雇用への影響は低所得国/中所得国で最も顕著であり、ラテンアメリカ、カリブ海、及び南アジアのUNサブ地域が最も影響を受けている。最も打撃を受けたセクターには、ホテル、フードサービス、エンターテインメント、小売、及び建設などがあり、当該セクターのなかでも、低賃金で高い技術を必要としない仕事は、偏って悪影響を受けている。低所得国と中所得国に焦点を当てた世界銀行High Frequency Surveyのデータは、これらの傾向を裏付けている。多数の国で調査された全世帯の半数以上が、パンデミックの経済的悪影響に起因する収入の損失を報告した。COVID-19以前に調査対象国で働いていた人の約36%は、2020年4月から7月まで仕事をやめなければならず、世帯の62%が総所得の減少を報告した(71)。受け取った給付金の減少は所得損失に拍車をかける。回答者の説明によると、低所得国の世帯の約3分の2で総収入が減少したと報告しており、ガンビアではその数が92%に達している(72)。

貧しく脆弱な人々は、パンデミックの経済的矢面に立たされており、世帯間で不平等が拡大している証拠がある。世界の推定によると、2020年の所得損失は、世界で最も裕福な五分位で平均約5%、最も貧しい五分位で平均6%であった。一方、2021年の予測では、ほとんどの所得損失は最も裕福な五分位で回復したが、最も貧しい五分位では引き続き所得損失を被っていることを示している(図22)(5)。世界銀行の最新のHigh Frequency Surveyのエビデンスでは、厳しい制限が緩和されたにもかかわらず、所得と失業の初期の格差が存続したことも明らかにしている。より多くの収入と失業に苦しんだ人々(例えば、女性、若年労働者、都市の非正規雇用労働者、及び正規教育の水準が低い人々)は、労働市場の他の人々と同じ程度には回復していない(73)。

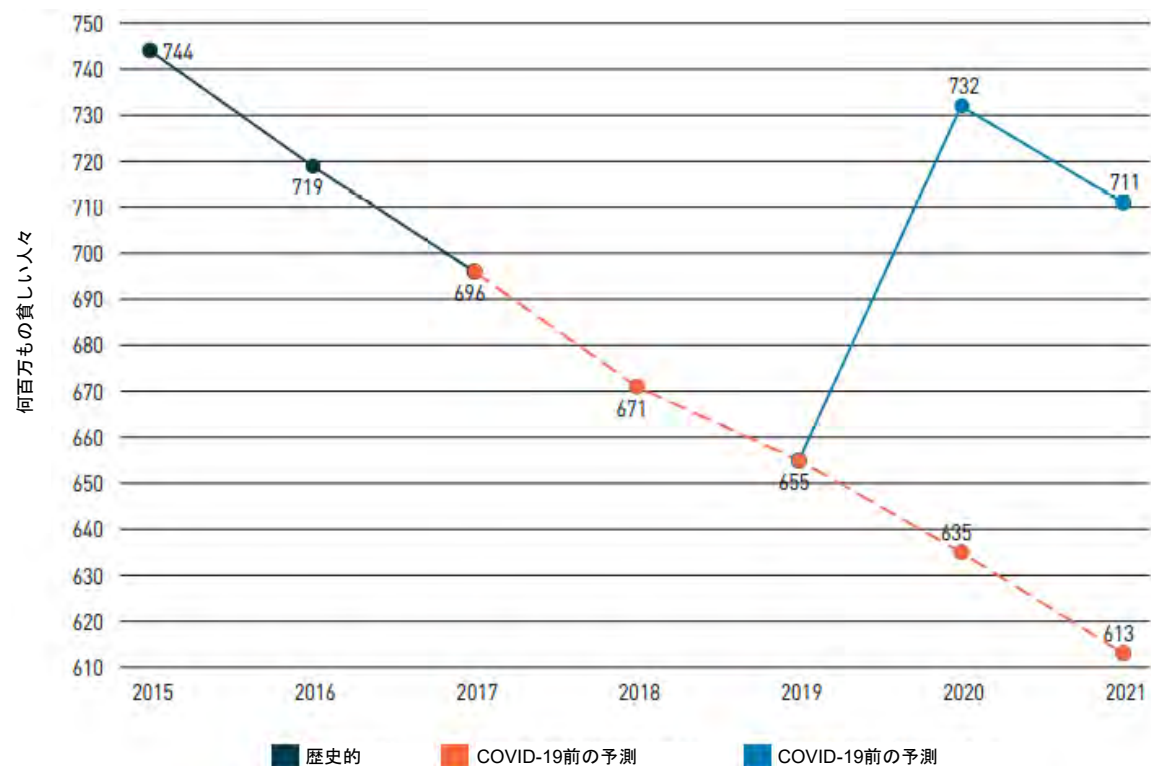
図22. 2020年及び2021年におけるCOVID-19のパンデミックによる世界的な所得損失



出典 : : Figure from Yonzan, Lakner, and Mahler (2021) (5)

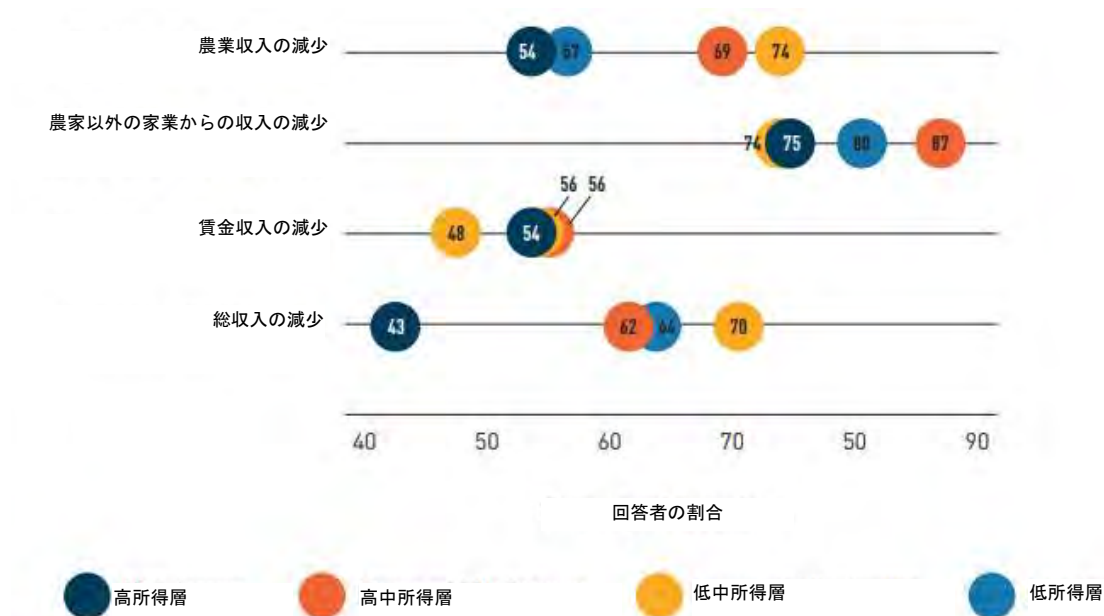
世界の貧困率は数十年ぶりに増加した。世界の貧困率が最後に上昇したのは、1997年から1998年のアジア金融危機によるものであった。世界銀行の推計によると、世界の貧困率は2020年から2021年にかけて大幅に上昇し、COVID-19の結果として2020年にはさらに9,700万人が極度の貧困に追いやられると推定されている（図23）(74)。これらの予測は、2030年までに世界的に極度の貧困撲滅に向けた進展を遅らせると予想される。2020年から2021年に予測される新たな貧困層のほとんどは、低所得国と中所得国によるものであり、南アジアのUNサブ地域の貧困層が新たな貧困層に最も貢献している。世界的に貧困率の改善が見込まれるにもかかわらず、2021年の新たな貧困層の数は2020年とほぼ同じである。これらの推定値は非常に不確実であり、極度の貧困状態にある人々の大部分が住んでいるバングラデシュ、コンゴ民主共和国、インド、及びナイジェリアなどの国の回復プロセスに大きく依存している(75)。

図23. 世界の極度の貧困、2015～2021年



出典: Figure from Mahler et al. (2021) (74)

図24. 収入の減少を経験している世帯の割合、多国からのエビデンス

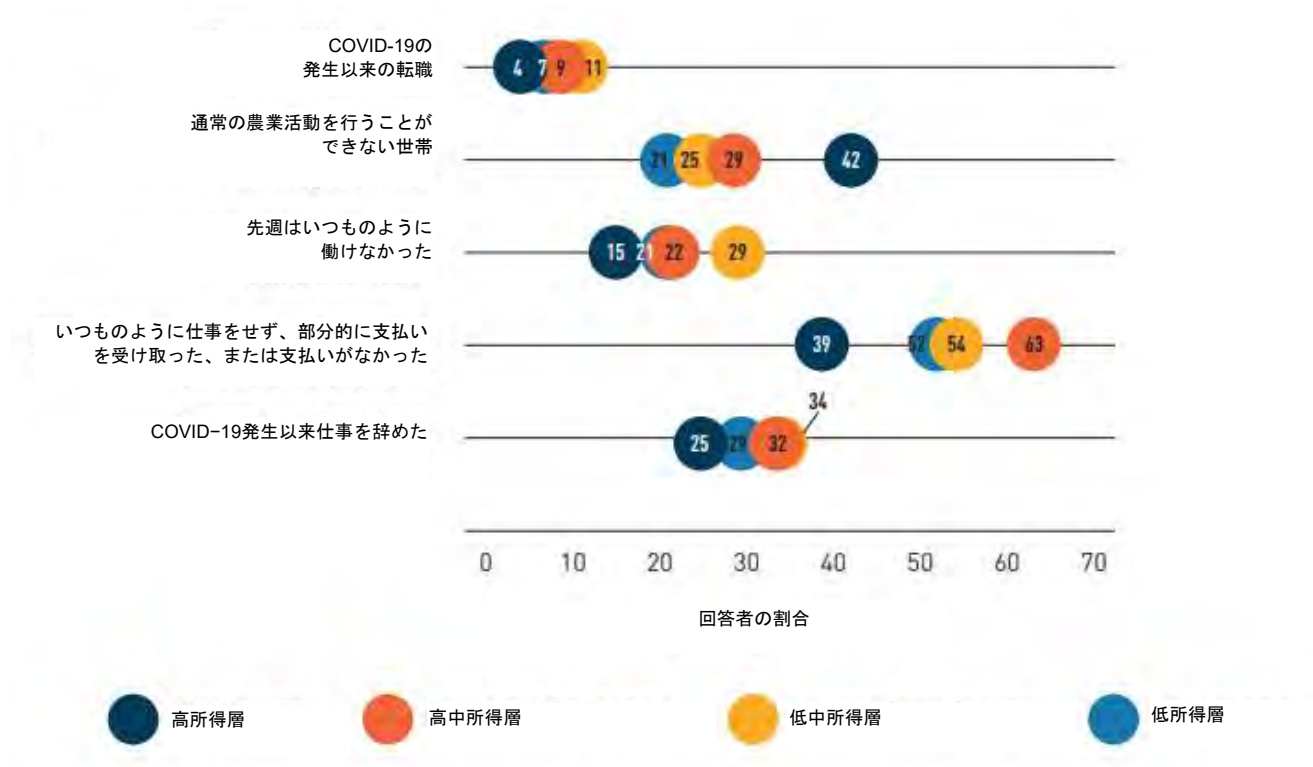


注: 高所得国 $n = 1 \sim 3$ 、高中所得国 $n = 10 \sim 15$ 、低中所得国 $n = 10 \sim 14$ 、低所得国 $n = 4 \sim 12$ 。2020年4～7月に収集されたデータ。計算方法の詳細は、附属書A6を参照のこと。

出典: Authors calculations using data from World Bank High Frequency Survey (2021) (4)

家計の脆弱性は、低-中所得国で増加している。パンデミック以前から、多くの家計や企業はすでに不安定な状態にあり、開発途上国の中で半数以上の世帯は所得の損失に直面したときに3カ月以上基本的な消費レベルを維持することができず、ほとんどの企業は収入なしで55日を超えて経費を負担することができない(76~78)。パンデミックの間、家計レベルでの影響は相当なものであった(図24及び図25)。また、一部の国や地域では、パンデミックが非公式経済の増加につながったというエビデンスがある。例えば、インドでは、COVID-19の管理とソーシャル・ディスタンスの初期段階を経て、多くの公式セクターの労働者が非公式セクターに移行する、又は自営業になったことを示唆するエビデンスがある(73)。

図25. COVIDのパンデミックの労働市場への影響について自己申告内容別の世帯の割合、多国からのエビデンス

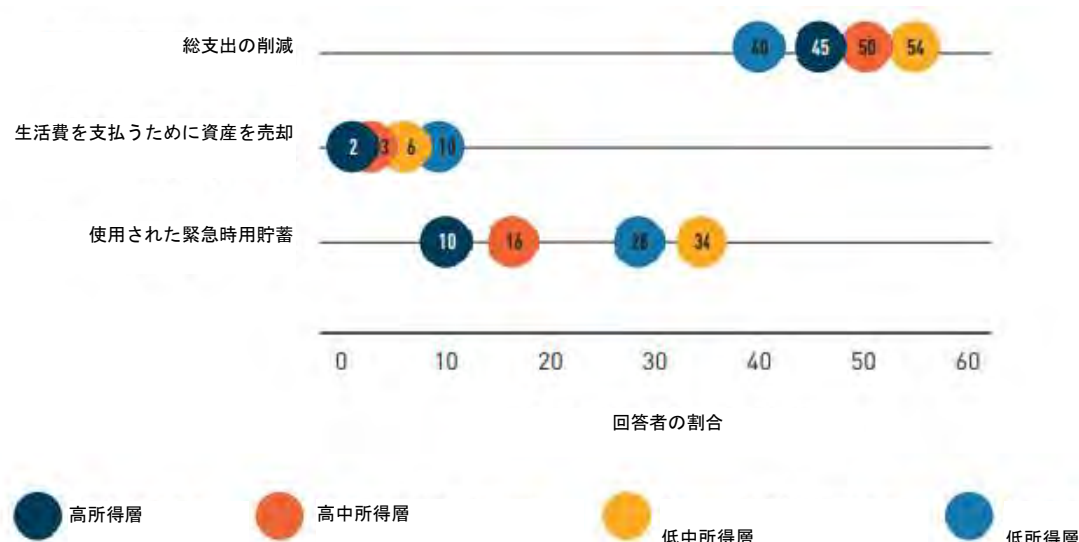


注：高所得国 $n = 1 \sim 4$ 、高中所得国 $n = 7 \sim 16$ 、低中所得国 $n = 13 \sim 21$ 、低所得国 $n = 8 \sim 15$ 。2020年4~7月に収集されたデータ。計算方法の詳細は、アネックスA6を参照のこと。

出典：Authors calculations using data from World Bank High Frequency Survey (2021) (4).

世帯は、パンデミックの対処メカニズムは、脆弱性を増やすだけであるとも報告している。家計は基本的な生活費を賄うために緊急時の貯蓄を切り崩して負担することに頼っており、一部の国では50%超の家計がそうであると報告している(図26)。家計は政府からの公的支援を得られると報告されているが、また、家計の多くは生活費を賄うために資産を売却する、又は危機による経済的影響に対処するために支出を削減することも報告されている。所得損失に対処する際に、貧困層世帯は、生産的資産の投げ売りや債務の引き受けなどの有害な対処メカニズムを報告する可能性がはるかに高くなる(66)。

図26. さまざまな所得損失対処メカニズムを採用している世帯の割合、多国からのエビデンス

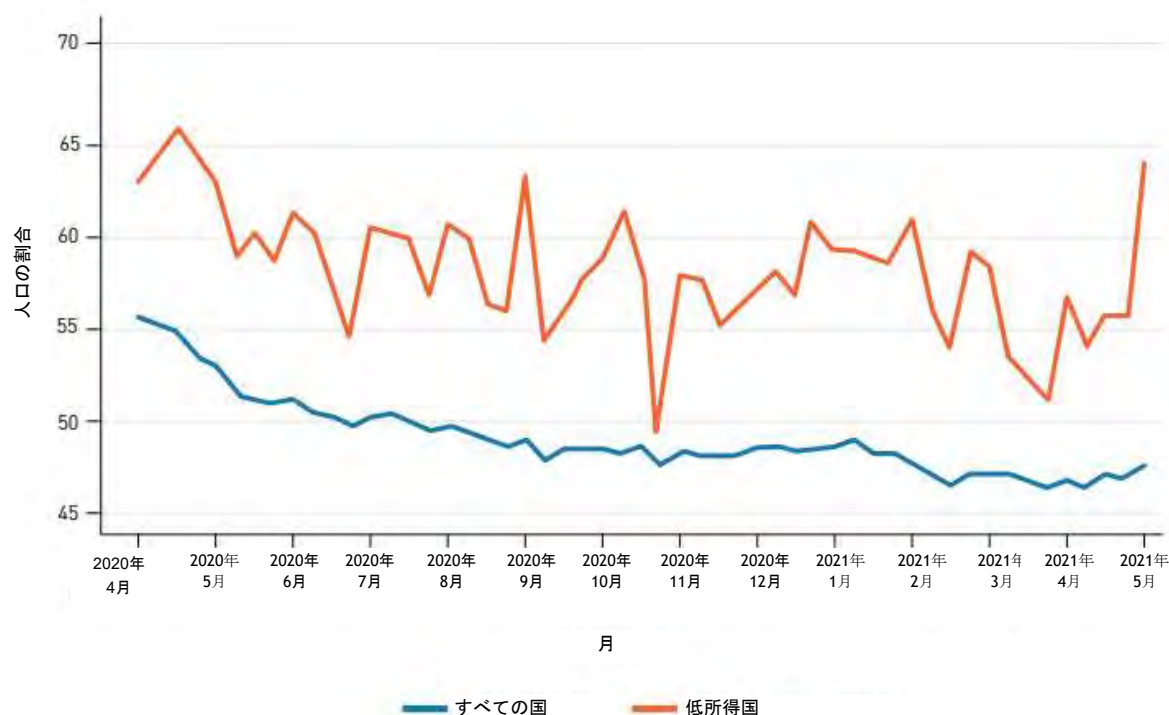


注：高所得国 $n = 2 \sim 3$ 、高中所得国 $n = 13 \sim 14$ 、低中所得国 $n = 17 \sim 18$ 、低所得国 $n = 9 \sim 11$ 。2020年4～7月に収集されたデータ。計算方法の詳細は、アネックスA6を参照のこと。

出典：Authors calculations using data from World Bank High Frequency Survey (2021) (4).

これら全ての要因が同時に発生するような錯綜は、平均的な世帯で自己負担によって医療費を支払う能力が低下し、パンデミック以前に支払う余裕が乏しい人口の間でさらに低くなっていることを意味する。家計は、日常的にこのような成り行きを経験しており、家計の経済的不安がCOVID-19の発症率と国家のCOVID-19の管理方針及びその関連する制限の厳格さ双方に関係していることを示している(79)。COVID-19は、保健医療サービスの支払いに利用可能な潜在的資源のプールを減少させたが、それは貧困層や最も脆弱な人々に打撃を与えることによって、考えうる最も弊害をもたらす方法で財源を減少させることとなった。平均して、パンデミックの過程で、財政上の悩みを抱える世帯割合は報告されているものよりも減少したが、依然として45%から50%の間で比較的高い状態を保っており、低所得国ではさらに高くなっている（図27）。極端な反景気循環的な社会保護政策を欠いてしまうと、家計の収入及び雇用、貯蓄並びに貧困率に対して打撃が織り重なることによって、UHCの経済的保護と保健医療サービス・カバレッジ両側面に警鐘を鳴らすことになる。特に、貧困率の上昇により、保健医療サービスのために自己負担で医療費を支払う貧困家計の減少率が不安定な状態になっている。COVID-19による有害な健康への影響と相まって起きているこの経済状況の悪化は、2020年、2021年以降の経済的保護に直接的な影響を及ぼすであろう。

図27. 110か国で、来月の家計を心配している人の普及



注：数値は、WHOによる2つの段階で集計された週次平均レートを示している。最初は母集団加重平均と層化後の補正を使用した国水準である。2番目は、グローバル水準と所得グループ水準の両方での単純平均である。データは、2020年5月3日から2021年4月30日まで110か国で毎日収集された。計算方法の詳細は、アネックスA6を参照のこと。出典：グローバルCOVID-19傾向と影響調査(6)

2.2. 健康追求行動への影響

2.2.1. COVID-19に関連する保健医療サービス

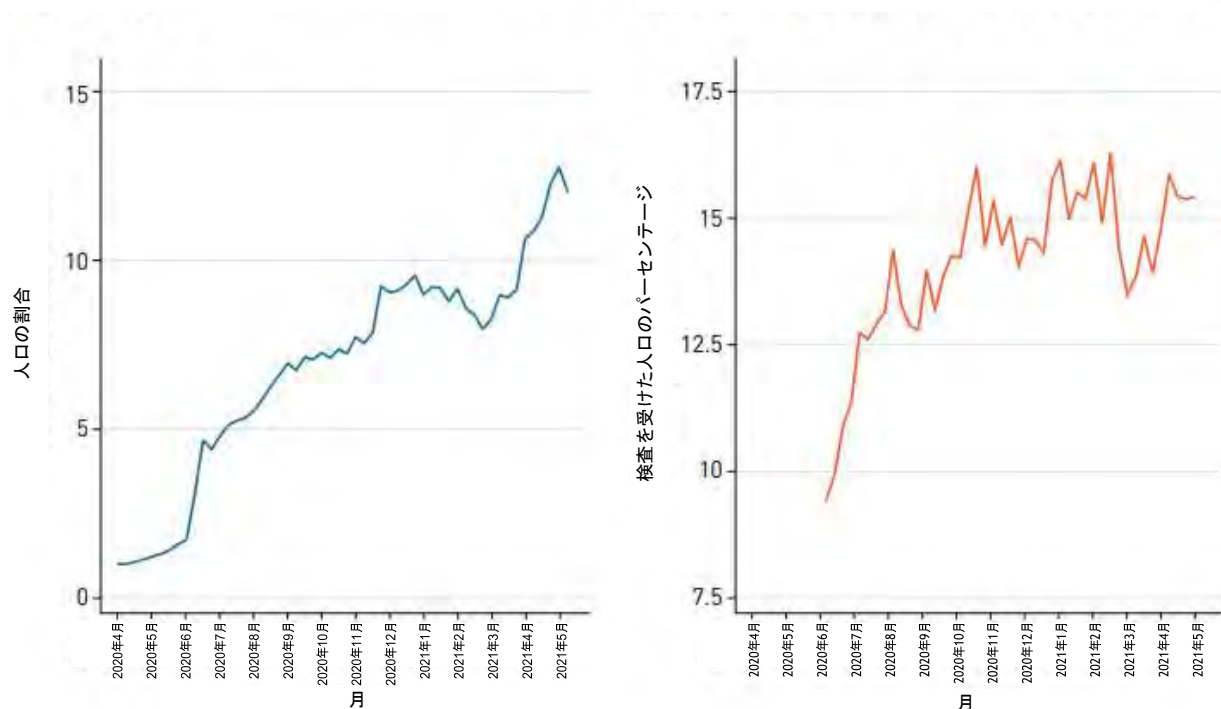
支払い能力への影響を遥かに上回り、COVID-19による健康面と経済面、両方からの影響が健康追求行動と自己負担による医療費支出に対して直接波及する。健康追求行動の変動は、保健医療の利用と家計が負担する関連費用の両方のパターンに関連している。経済的保護の観点から、これらシフトの複雑さは、重なって起こり得る危機の直接的及び間接的な外部性が短期的並びに長期的な結果をもたらすことを意味する。重要なことだが、健康に対する自己負担による支出は、保健医療サービスが実際に利用され、それが非効率的で不公平な形態の医療財政システムである場合にのみ経験されることである。この点で、ある状況下においてUHCの全体像を把握するには、保健医療サービス・カバレッジと経済的保護の相互作用を理解することが不可欠となってくる。

COVID-19そのものによって、保健医療サービスのニーズが高まっている。COVID-19で報告された症例の約20%は重症である傾向があり、入院を必要とする。そのうちの約5%は集中治療が必要である(80,81)。利用されている時点でCOVID-19の検査及び治療が無償でない国においては、医療への自己負担による支出が増加している可能性がある。例えば、世界的なCOVID-19の傾向と影響に関する調査(図28)(6)は、COVID-19感染の検査を受けている人の割合が、2020年4月のパンデミック初期の人口1%未満から、2021年の初めには10%以上にまで徐々に増加していることを示している。検査を受けている人の中で、COVID-19の検査に自己負担で支払った結果、必需品への支出を削減しなければならないという報告の割合は2020年6月末の約20%から、同年10月は約30%に増加し、最終的に2021年4月には40%にまで上昇した。

図28. 110か国での、COVID-19の検査の割合と、自己申告のCOVID-19の検査の自己負担にりよるによる必需品への支出の削減

a) 過去14日間にCOVID-19の検査を受けた個人の割合

b) COVID-19の検査の自己負担による必需品に関する自己申告による支出削減の普及



注：検査に関するデータと自己申告された必需品への支出の削減に関するデータは、それぞれ110か国で2020年4月23日と2020年6月27日から2021年4月30日まで毎日収集された。

出典：The Global COVID-19 Trends and Impact Survey (6)

場合によっては、COVID-19の検査の自己負担による支払いに関連する費用が、家計に経済的困窮をもたらすであろうという報告がなされた。図28に示すように、2020年6月から2021年4月の間に検査を受けた人口の10%から17%が、検査費用を賄うために家庭必需品（食料、住宅、公共料金など）への支出を削減したと報告している。低所得国（LICs）では、家庭必需品への支出を削減していると報告した人が、高所得国（高所得国よりも平均して15%ポイント高かった。COVID-19検査の自己負担による支払いを補うため家庭必需品への支出を減らしたとして自己申告した中での罹患率は、2020年12月から2021年4月までの間に11%から25%の間で変動が見られたが、高所得国では罹患率は3%から6%の範囲であった。全体的な検査普及率は世界人口に比べて比較的小さいため（現在までのところ、総人口の約0.1%）、破綻的高額医療費や医療費による貧困化の全体的な指標に対するこれらの自己負担医療費の寄与は小さいと思われる。しかしながら、分布に関する懸念と、すべての所得及び地理的グループの検査サービスへのアクセスを確保する必要性を考えると、効果的な政策介入を展開させるには、非集計分析が必要である。

COVID-19に関連した重度の疾患の治療にかかる費用の少なくとも一部は、世帯が負担する可能性が高い。病院での重度のCOVID-19にかかる治療費の推定額は、パキスタンで33米ドル、南アフリカで106米ドル、又は重症患者に関しては、病院一日当たり、パキスタンの221米ドルから南アフリカの1,082米ドルの範囲である(82)。規模から読み取ると、2018年の国内一般政府の一人当たりの医療費はパキスタンと南アフリカでそれぞれ15米ドルと284米ドルだったが、一人当たりの医療への自己負担支出はそれぞれ24米ドルと41米ドルであった(83)。一方、これらは人口平均だが、政府と家計の両方の観点から明らかなコスト圧力があり、これらには潜在的な破綻的高額支出が存在しているという重大な意味合いが含まれている。また、カバレッジに基づいて、これらの費用が国内でどのように負担されるかにも大きなばらつきが見られる。多くの国が、COVID-19に関連した検査と治療のためのケアを求めることについて、経済的障壁を軽減又は排除しようと介入を試みた（ボックス10）。これらの方針は、経済的困窮を軽減するためだけでなく、ケアを求めることへの経済的障壁が、さらに大きなCOVID-19の感染力につながる可能性があるということへの認識不足からも導入されている。

COVID-19は、家計に予防医療用具の支払いのために更なる経済的負担を課すことになった。マスクと消毒薬製品への支出は、ほぼ普遍的な問題となっている。言うなれば、そのほとんどは家計レベルでの支出である。例えば、2021年8月23日の時点で、所得グループやCOVID-19の負担に関係なく、すべての国の75%においてマスク着用が必須となった(84)。これらの追加費用は、低所得世帯に対して必要以上の、かつ不均等な影響を与えているだろう。政策は、COVID-19の費用に関連する経済的保護を提供するために導入された。

ボックス10: COVID-19の治療費関連の経済的保護を提供するために導入された政策

数か国が、特にCOVID-19の検査と治療費に関連した経済的保護に対する恐れに対処するための政策を実施した。これらの政策の影響は体系的に評価されてはいないが、UHCの経済的保護という局面に向けて進展する上で、選択肢を維持し、拡大できるよう各国が検討するための模範例として役立つ可能性がある。数か国では、個人にCOVID-19関連の検査と治療を無料で行う方針を導入した(85)。

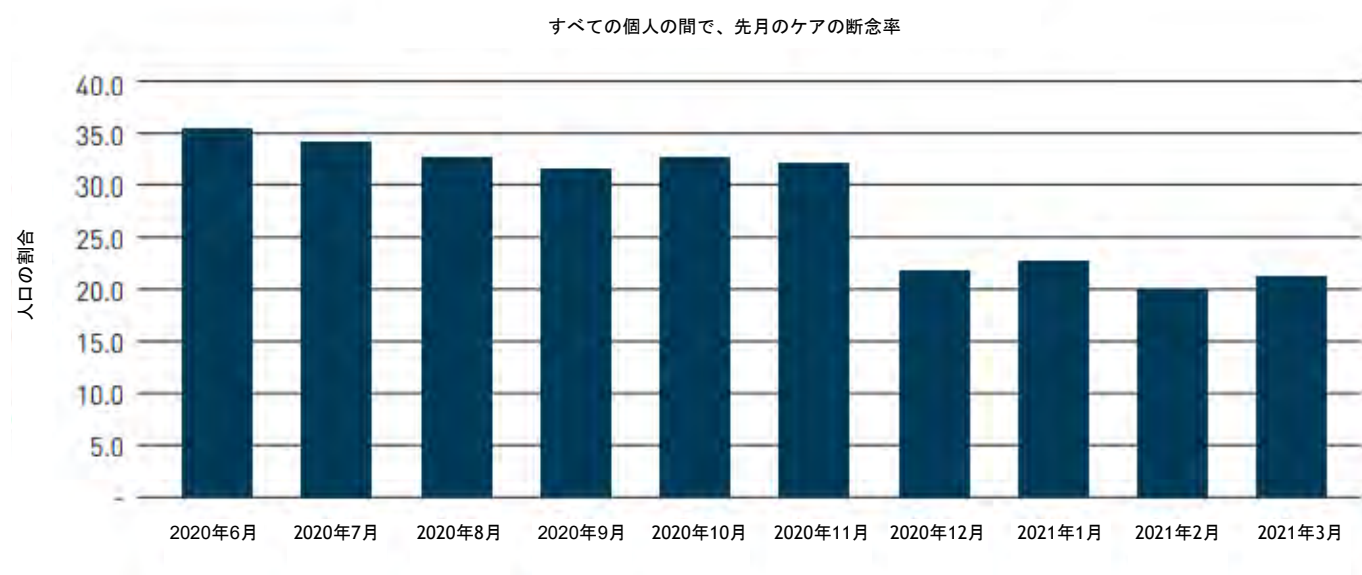
- ・ インドネシアでは、現在、人口の約80%をカバーしている国民健康保険（Jaminan Kesehatan Nasional（JKN））の下で、家族が国の単一支払者の社会的健康保険制度の対象であるかどうかに関係なく、COVID-19に対して保険が適用された。さらに、地方政府は健康税（特にたばこ税）をJKNの協調財政に充当することが可能であった(86)。
- ・ 南北アメリカ地域では、COVID-19の検査と治療は、一般的に、原則として自己負担払いではない公共システムで提供される給付に含まれ、自己負担が存在するシステムではこのような保健医療サービスは免除される。例えば、ウルグアイは、ポリメラーゼ連鎖反応（PCR-RT）検査を既存の給付に90日間組み込むことによってCOVID-19の無料検査を確立させた。アルゼンチンは、既存の公的研究所による支援を受け、無料で誰もが受けられる検査を一元化させた。コロンビアでは無料の検査を確立させた。
- ・ WHO東南アジア地域では、パンデミック下で無料の検査と治療に関連する政策を進展させた。例えば、スリランカでは、当初、観察可能な症状の患者又は直接接触のある人のみが公共施設での検査が無料であったが、2021年3月までにこれらの制限は解除されている(85, 88)。一方、バングラデシュにおいては、COVID-19検査の濫用を防ぐ方法として利用者負担金が導入された。当初、施設ベースでの検査では2.40米ドル、在宅検査では5.80米ドルに設定されていたが、2020年8月までに1.20米ドルに引き下げられた(87～89)。

これらの「無料医療サービス」政策の成功については、家計の経済的保護との実際的な関連を確認するために評価される必要がある。例えば、バングラデシュでは、政府の医療施設でのCOVID-19の治療は、パンデミックの期間中は（名目上）無料になっていたが、報告によると、全ての費用（例：医薬品など）が補われていたわけではなかった(90)。ネパールでは、COVID-19の医療サービスは施設では無料だったが、特定の医薬品と臨床検査に対して自己負担による支払い請求がたと報告を受けている(91)。

2.2.2. 全般的な保健医療サービス

COVID-19の直接的な健康への影響に加えて、パンデミックは、COVID-19とは関係のない保健医療まで控えさせるリスクを増大させた（図29及び図30）。多くの人々は、医療施設でのCOVID-19に暴露することへの恐れ、国家的なパンデミック対策政策の一環として課せられる移動やその他の制限、又は経済的悪影響から生じる財政的制約のために、保健医療サービスの利用をしないよう選択している。サービス利用率の変化は、2018年1月から2021年6月までの低所得国及び中所得国18か国の保健管理情報システムによる、リプロダクティブヘルス、母子の健康に関連するデータでさらに証明され、2020年3月以降利用が急激に減少していることを示している(92)。今回のパンデミックはまた、多数のCOVID-19の患者を抱えた医療施設を疲弊させ、必須の医療サービスからCOVID-19の管理と治療にリソースの利用を転用させ、生活必需品と機器などのサプライチェーンを混乱させることとなり、医療サービスの供給にも悪影響を与えることにもつながった。

図29. 110か国での医療機関の受診控えの蔓延、2020年6月～2021年3月

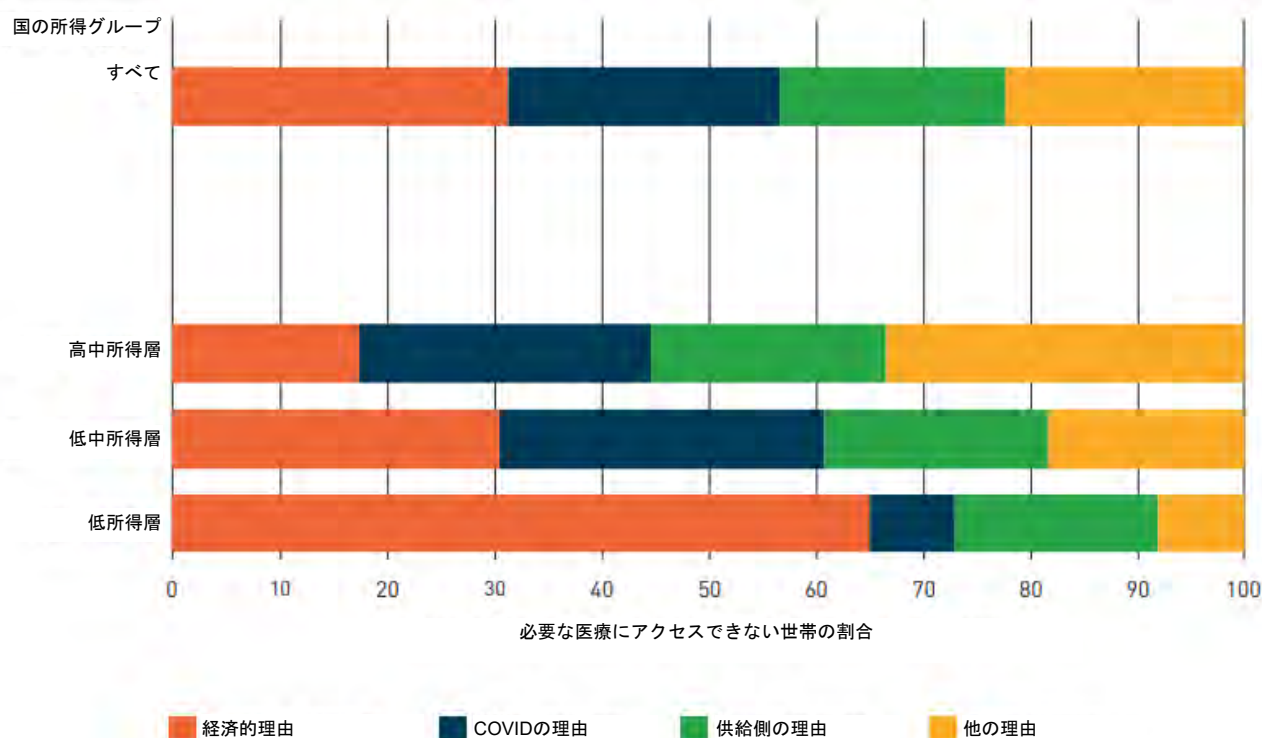


注：データは、2020年6月30日から2021年4月1日まで110か国で月に1回収集された。図は、1番目は人口の加重平均と層化後の補正を使用した国水準で、2番目はグローバル水準と所得グループ水準の両方での単純平均で、WHOにより2つの段階で集計された平均月間レートを示している。計算方法の詳細は、附属書A6を参照のこと。

出典：The Global COVID-19 Trends and Impact Survey (6)。

世帯は、パンデミックを受けてケアを求めることへの財政的障壁について報告している。2020年4月から8月にかけて実施された迅速な電話調査のデータを分析によると、調査対象世帯のかなりの割合（実例での39か国の低所得国及び中所得国におけるサンプル全体で19%）に上ることを示し、必要な医療サービスにアクセスできないと報告している（4）。全世帯の31%が経済的障壁について報告しており（図30）、これはサンプル中の全世帯の約6%に相当する。受診控えの全体的な割合について、国の所得グループごとの変化は見られなかったが、ケアを求めない理由は変化している。貧困国では、高中所得国（受診控えをしている家計の17%）の世帯と比較して、経済的理由により受診控えを行なっていると報告した世帯がかなり多い。富裕国では、COVID-19に関連する理由によって受診控えを行なっていることを報告する世帯が増加した（受診控えをしている家計の66%）。低所得国では受診控えを行なった世帯はわずか8%だったが、高中所得国で受診控えを行なった世帯は27%に上っている。また、受診控えの影響が貧困世帯に偏った影響を与えているという懸念も残る。COVID-19以前のデータは直接比較することはできないが（ボックス7及び8を参照）、特に最貧層にとって、ケアを求めることへの経済的障壁は既に懸念材料であった。

図30. 必要なときに医療にアクセスしない世帯から報告された主な理由、多国間のエビデンス

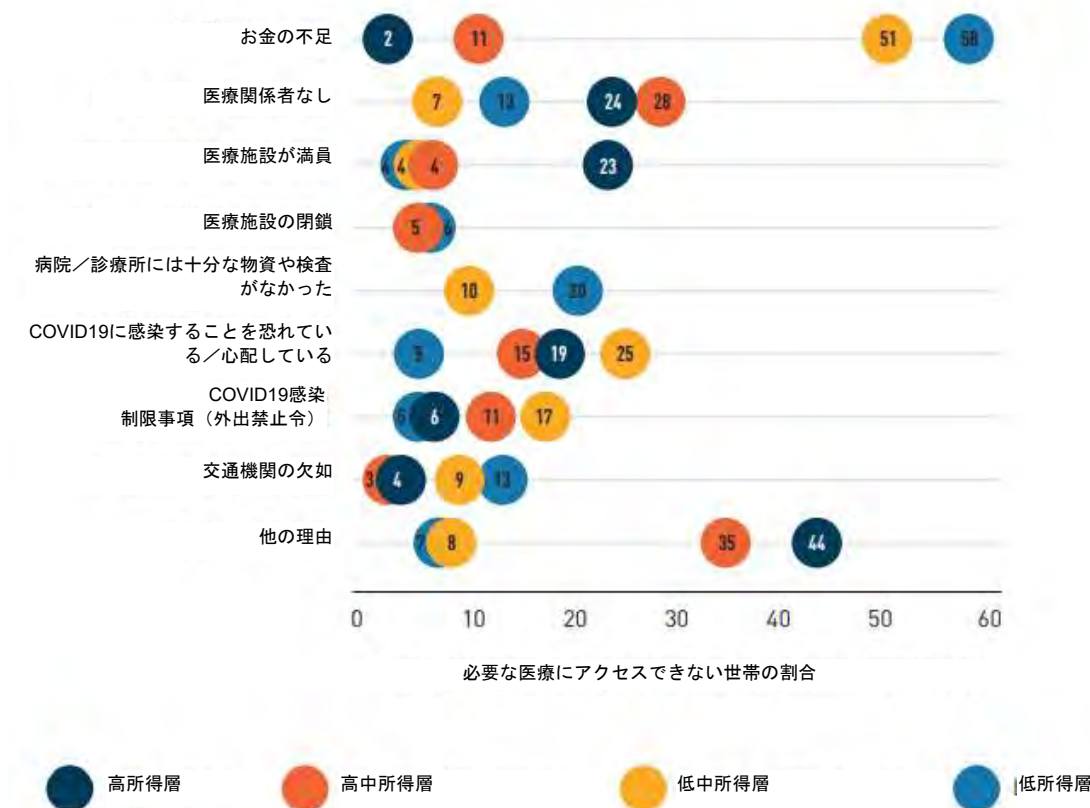


注：高中所得国 $n = 1 \sim 13$ 、低中所得国 $n = 2 \sim 17$ 、低所得国 $n = 3 \sim 12$ 。2020年4～8月に収集されたデータ

出典：Authors calculations using data from World Bank High Frequency Survey (2021 (4. Methods are asdescribed in Annex A6

需要側と供給側双方の制約が医療へのアクセスの中断につながっている。経済的に余裕がないことが、依然として医療へのアクセスに対する大きな障害になっている（図31）。例えば、低所得国では受診控えについて報告している世帯の58%は、理由として経済的に余裕がないことを挙げ、25%が病院又はクリニックでは十分な医療物資がない、又は検査が受けられないとも報告している。これらの調査結果は、パンデミック前の傾向が悪化していることを指摘しており、低所得国における家計への需要側と供給側双方の制約が悪化している。さらに低い水準ではあるが、高中所得国及び高所得国で経済的に余裕がないことも、ケアを求めることができない重大な理由であり、回答者の11%と2%各々がケアを求めない理由としてこれについて報告している。このエビデンスが、COVID-19による世帯水準での経済的影響とケアを求めることへの経済的障壁に関連があることを裏付けているようである。

図31. 必要なときに医療にアクセスしない世帯から報告された具体的な理由、多国間のエビデンス



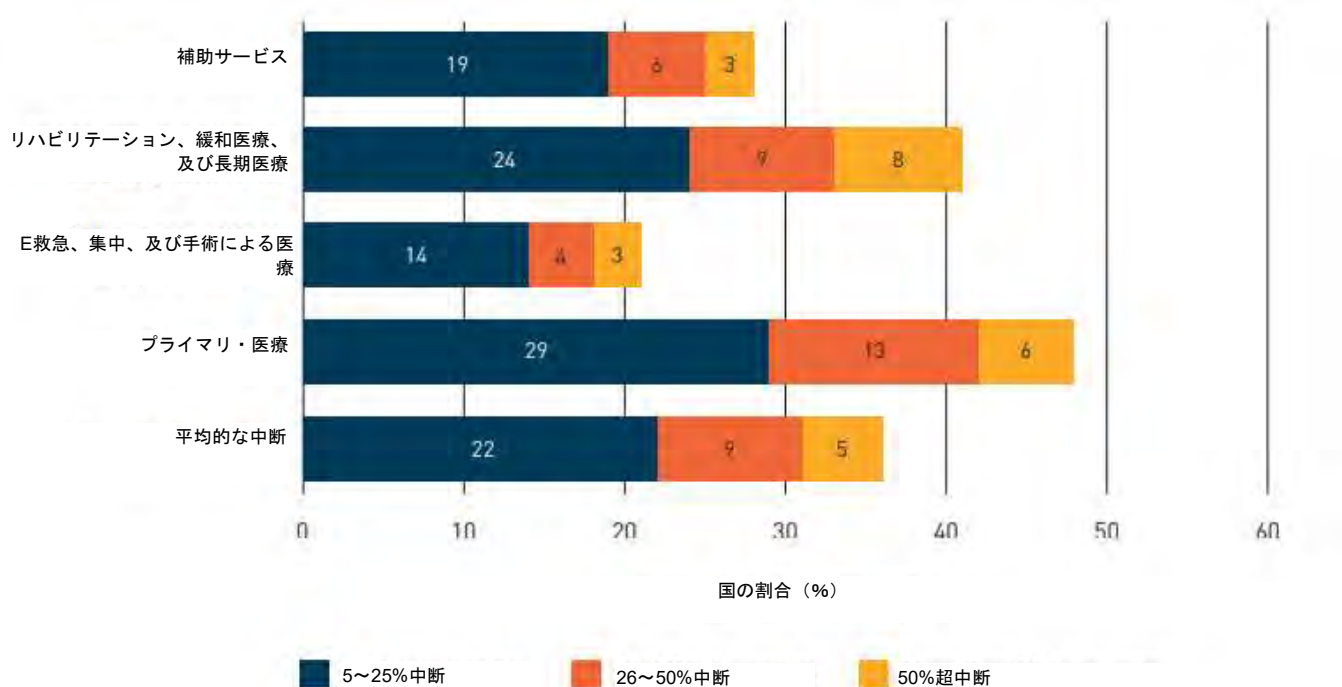
注：一部の選択肢は高所得国では選択できない。国の数：高所得国 $n = 1 \sim 3$ 、高中所得国 $n = 1 \sim 13$ 、低中所得国 $n = 1 \sim 17$ 、低所得国 $n = 3 \sim 12$ 。2020年4～12月に収集されたデータ。

出典：Source: Authors calculations using data from World Bank High Frequency Survey (2021 (4. Methods are as described in Annex A6.

COVID-19により利用形態と医療のアクセシビリティが変化することで保健医療サービスに中断が生じたことは明らかである。WHOが実施したサービス提供の中断に関する調査では、2020年5月には不可欠な医療のためのサービスの中断が広範囲及んでおり、医療サービスの中断の理由として重要な情報提供者の30%が挙げた医療製品の供給が滞っていたことと在庫が不足していることが判明した。2021年1月から3月にかけて実施された2回目の調査では、医薬品が入手困難となり在庫切れが続いていた。重要な情報提供者の内22%がこの事を主な理由として報告している(7, 93)。ワシントン大学医学部保健指標評価研究所 (IHME) のPREMIS調査では、施設閉鎖がケアを求める上で重大な制約であり、回答者の50%が薬局の閉鎖について報告していることが明らかにした (94)。

程度の差こそあれ、あらゆる種類の医療サービスに長期にわたる中断が生じている。最も大きい永続的な中断は、プライマリーケア及びリハビリテーション、緩和ケア並びに介護であり、国々の48%と41%がそれぞれ何らかの形で中断について報告している (図32)。この世界的な傾向は、ケニアでの2020年12月のサービス利用に関する調査で明確に示されており、2019年と比較して、ほぼ全ての重要な医療サービスで中断が報告されている。具体的には、病児の保育 (49%)、未分化症状の外来患者 (46%)、産前ケア (40%)、産後ケア (38%) の低下が報告された(95)。興味深いことには、メンタル保健医療サービスの利用が増加していると報告されており (23%)、パンデミックに対する反応の性質を考えるとこの傾向が現れる可能性が高くなる(96, 97)。これに加え、COVID-19が医療従事者に直接影響を及ぼし、それが更なる供給制約に寄与している(98)。

図32. 統合サービス提供チャネル全体の中断の平均パーセンテージ、2021年1～3月、112か国からのエビデンス



注: n = 111か国

出典: Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. WHO (2021) (7).

この利用率と保健医療サービスの利用可能性の低下の一端が、COVID-19以前の過剰な需要又は短期的低リスク要因（例えば、交通事故、他の感染症の発生又は大気汚染）を示す可能性があるが、この受診控えという長期にわたる結果については懸念が残る。必要な医療を控える事による長期的な悪影響及び選択的手術と慢性疾患治療を遣り残す事態が、保健と費用両方の観点から、時間の経過とともに明らかになっている(99)。これは、財政的圧力とより貧困率の上昇が相まった第二の大変動であり、的を絞った政策対応が講じられない限り、医療費がさらに大きな財政的負担に繋がる可能性が高くなる。

2.2.3. 医薬品

COVID-19の渦中、公に医療ケアを求める行為は減少したが、セルフメディケーションが増加したというエビデンスがある。

COVID-19に感染することへの恐れ、誤った情報、かつ医療サービスにアクセス不能であると判断されたため、COVID-19によりセルフメディケーションの増加につながっている。セルフメディケーション及びそれに関連する自己負担による支払いは、パンデミックになる前から既に日常的に行われており(100,101)（ボックス11）、体系的レビュー及び研究によれば、この普及率が世界中で推定33%から82%に上っていることを示唆している(102～105)。COVID-19でこの傾向は悪化しており、一般市民におけるセルフメディケーションの普及はバングラデシュ（ダッカ）で88%、インドで25%、ケニアで32%、ナイジェリアで41%、パキスタンで67%、ペルーで50%から68%、ポーランドで46%、トーゴで34%に増加している(106～113)。COVID-19のセルフメディケーションで利用される最も一般的な薬には、アジスロマイシン、イベルメクチン、クロロキン、ヒドロキシクロロキンが含まれていた(113)。発熱、咳、インフルエンザなどの一般的な症状を治療するための鎮痛剤、抗生物質、解熱剤のセルフメディケーションも一般的であり、おそらく増加傾向にある。また、パンデミックは、これまでこのような習慣がない人々の間においてもセルフメディケーションの普及に一役買っているという次第である(112)。セルフメディケーションへの支出は、概して、保健医療サービスのカバレッジ率が高い国においても自己負担によって支払われる(8)（及び1.3節）。

COVID-19の結果、これら全ての要因が全体的な医療費の増加に寄与している。需要が高まり、医薬品や医療用品を買い占め、買いだめした結果、価格が高騰した(114)。パンデミックが起きた時点での移動制限とサプライチェーンの中断による供給側の制約も、医薬品、ワクチンやその他日用品の価格の急激な高騰にも繋がった(115)。医薬品や機器の輸入に依存する国においても為替相場の下落が発生し、結果、価格が上昇することになった。自国で医薬品を製造する国（インドネシアなど）でさえ、原材料の最大の供給源（中国及びインドなど）が原材料や製剤に輸出制限を課したため不足を経験している(116)。

ボックス11: ベトナムの高齢者がいる世帯の自己負担医療費の構成

ベトナムは急速な人口高齢化に直面している低所得国である。60歳以上の人口の割合は2020年には12.3%であり、2050年までに2倍以上になると予想されている(117)。ベトナムの高齢化と健康に関する縦断研究の2018年のベースライン調査では、60歳以上の高齢者の13%が、主に保健医療サービスへの支払い不能(35.7%)が原因で、過去1年間に体調が優れなかったにもかかわらずケアを求めていなかったことが分かった(118)。自己負担による医療費の内訳、自己負担支払いの経済的困窮、及び高齢者のいる世帯によって行われる経済的な対処法についてさらに理解を深めなければならない。

2019年11月から2020年8月の間に、ベトナムの保健戦略政策研究所(HSPI)はベトナムの北部、中部、南部地域を代表する3つの州の世帯からサンプリングした60歳以上の1,536人の医療費と関連要因に関するデータを収集した。その結果、高齢者の95%は健康保険に加入している一方で、健康障害の症状の発現があった3分の1を超える人々がケアを求めていなかったことが判明した。これらのケースでは、セルフメディケーションに月額平均26.7米ドルの自己負担による支出をもたらした。ケアを求めた場合、外来診療を受けた患者の60.4%が月額平均35.6米ドルを自己負担で支払い、入院治療を行う患者の79.6%が年間平均188.7米ドルの自己負担支払を行なっている(治療費が過度に高額なために外れ値であった

がんや手術の症例を除く)。これは、平均月収の144.6米ドルを上回っている。外来診療では、ほとんどの自己負担支出は医薬品であったが、入院治療では、保険の自己負担、医薬品及び移動や食事などの間接費に賄われた。調査前の12か月間に、自宅又は施設で長期的な保健又は社会医療サービスを利用したと報告した高齢者はわずか3.5%だった。このようなケースのほとんどが、保健医療、身の回りの世話又は援助及びリハビリテーションのための在宅サービスに、年間平均1,142.6米ドルの高額な自己負担支出をもたらした。これらの結果は、パンデミックが継続し、その影響が長引くにつれて、これらの自己負担支払いが高齢者のいる世帯の破綻的な高額医療費を増加させた可能性があることを示唆している。

医療の種類別の高齢者介護のための自己負担支出（病気の高齢者及び／又は医療を利用した高齢者1人あたり月額米ドル相当）

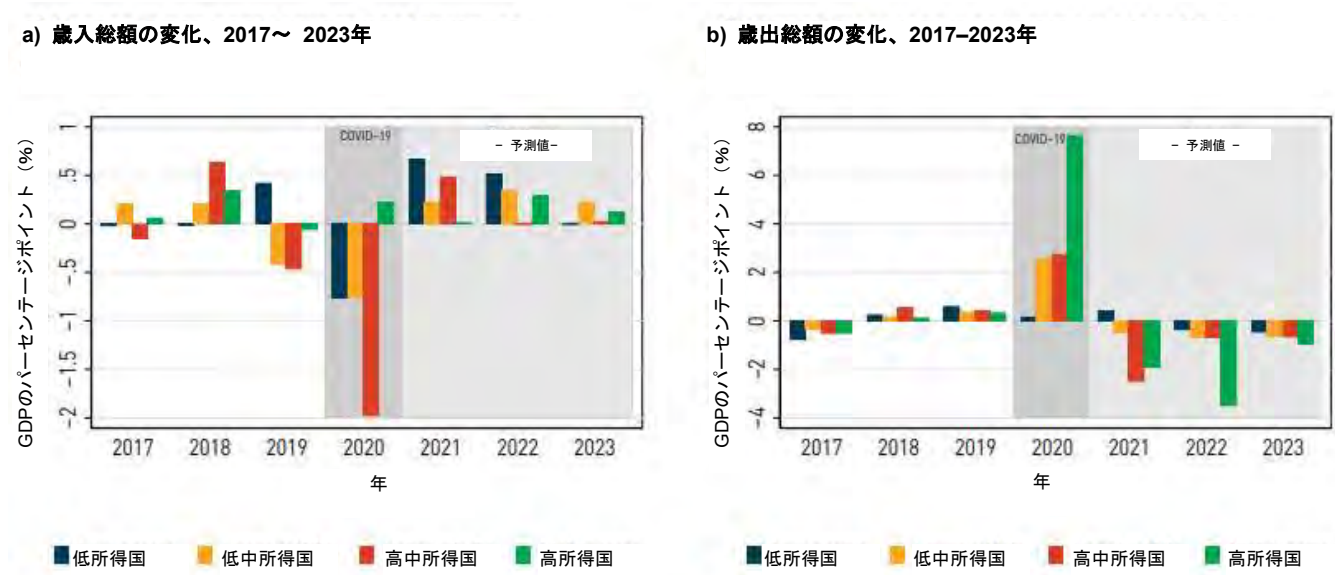


出典: Health Strategy and Policy Institute (HSPI), Viet Nam

2.3. 公的資金への影響

2020年のCOVID-19による経済の落ち込みの結果、全体の歳入は減少し、経済活動の低下により、歳入は急激に減少し、商品輸出国では商品価格が急激に下落した。歳入はGDPの平均1.5%ポイント減少し、政府の総収入の最大の減少は高中所得国で発生した（図33）。ブラジル、中国、エジプト、インド、インドネシア、及びナイジェリアでは、歳入がGDPの1%以上減少した。反対に、政府は、COVID-19の対応に資金提供するため、及び社会的保護やその他の形態の支援を提供するために政府支出を拡大し、高所得国で最大のパーセンテージポイントの増加が発生した（図33）。例えば、日米の財政対応により、2020年の歳出は9%超増加した。歳出の増加と歳入の減少は、ほとんどの国で赤字国債の発行額が増加し公的債務残高が急増した。2021年の世界の公的債務水準はGDPの75%を上回っており、パンデミック前の平均55%から上昇している（表3）。赤字水準は減少し始めており、パンデミックによって引き起こされた財政支援の減少と歳入の増加を示している(75)。予測によると、歳入は回復すると予想され、2021年以降、歳出の水準が高くなる可能性は低いとされているにしても、当初、低金利のために最初は控えめな影響を及ぼしたにもかかわらず、公的債務の水準が高いことによる影響は、今後数年間、政府支出に対する債務返済圧力が高まることを意味する。政府支出のシェアとしての債務返済は、主に低中所得国に牽引されて、2017～2019年から2020～2023年にかけて世界的に増加すると予測されている（表3）。

図33. 2017～2023年における所得別国グループによる政府の平均歳入／歳出の変化



出典: Authors calculations using data from IMF (2021) (2). 方法の詳細は、アネックスA6を参照のこと。

表3. 赤字、公債、及び債務返済、2017～2023年

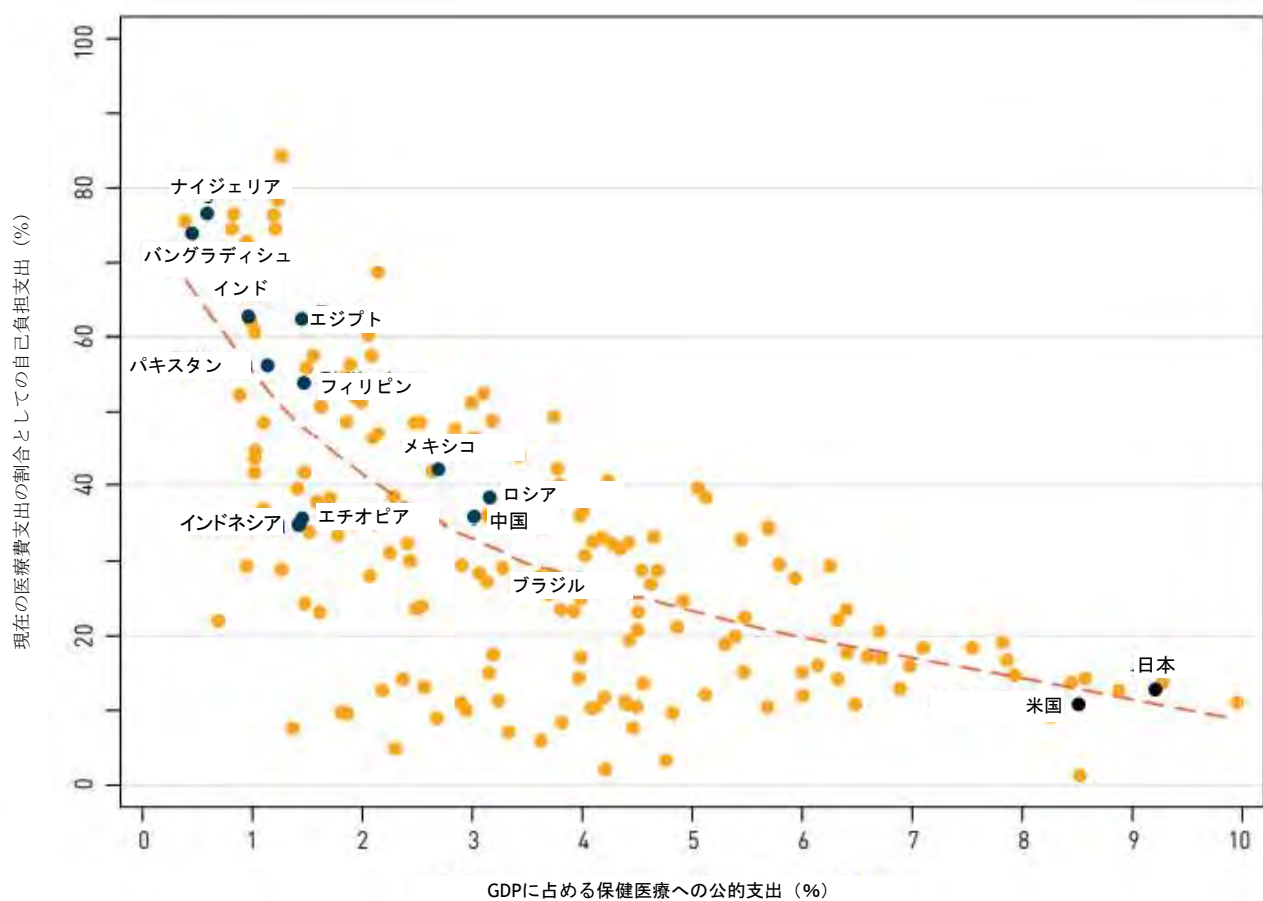
指標	年	低所得国	低中所得国	高中所得国	高所得国	全世界
GDPの赤字シェア (%)	2017-2019	-2.9	-5.5	-4.0	-2.4	-2.9
	2020	-4.1	-9.3	-9.2	-10.0	-9.0
	2021	-3.9	-8.6	-6.3	-8.0	-7.3
	2022*	-3.3	-7.5	-5.6	-4.3	-6.0
	2023*	-2.8	-6.6	-4.9	-3.2	-5.2
GDPに占める公債総額 (%)	2017-2019	55.3	60.7	51.1	96.2	55.3
	2020	65.7	74.0	63.5	113.7	75.8
	2021	65.7	74.5	60.8	113.9	75.2
	2022*	62.2	73.8	62.6	111.7	75.1
	2023*	58.0	73.0	64.1	111.3	74.9
歳出のシェアとしての債務返済 (%)	2017-2019	4.8	15.2	5.4	3.7	8.8
	2020	5.3	15.9	5.2	2.9	8.9
	2021	6.2	16.1	5.7	2.6	9.3
	2022*	6.8	16.7	6.6	2.4	10.0
	2023*	6.9	17.4	6.9	2.5	10.4

注：2017年から2020年は、履歴データに基づいている。* 2021年～2023年は予測値に基づいている。方法は附属書A6に記載されている。

出典：Authors calculations using data from IMF (2021) (2).

マクロ財政のストレス要因は、今後数年間で国民の医療費支出を下げる圧力をかける可能性がある。時間の経過とともに国全体で、保健医療への公的支出の水準が高くなると、一般的に自己負担の資金調達の水準が低くなる（図34）。さまざまな理由から、2020年はCOVID-19のパンデミックにより比類のない年であったため、この後ろ向きの関係は維持されないと予想される可能性がある。しかし、その後の数年間、保健医療への公的支出に対する下向きの圧力（例えば、COVID-19に起因するマクロ財政のストレス要因の遺物による）は、保健医療への自己負担支出の代償的な増加につながる可能性がある。例えば、ブラジル、インドネシア、及びパキスタンを含む推定59のほとんどの低所得国/中所得国は、現在、2023年には2019年よりも低いままであり、一人当たりの債務返済調整済み「裁量的」な全体的歳出水準を有すると予測されている（図35）。政府の裁量支出に占める保健医療の割合が増加しない限り、これは保健医療に対する公的支出への下方圧力、自己負担支出の増加のリスク、経済的保護の悪化を意味し、すでに破綻的な支出とさらなる貧困のリスクの増大と相関していることが示されている。

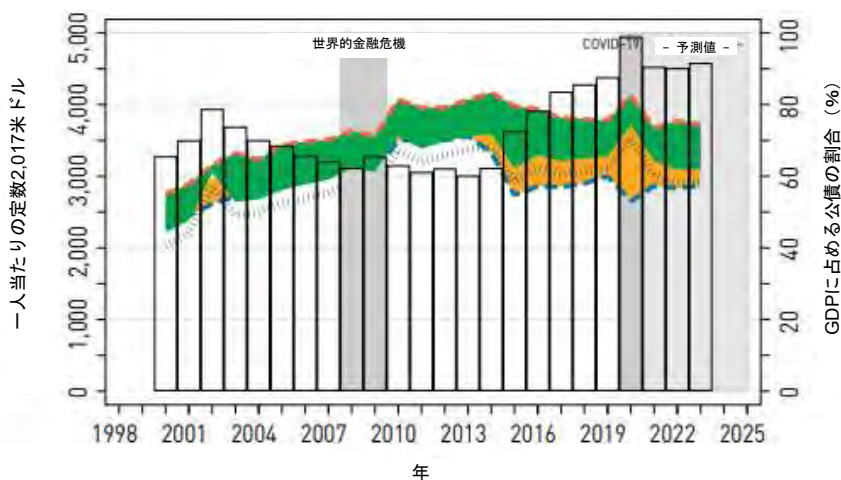
図34. 2018年の保健医療に関する自己負担 対 公的支出



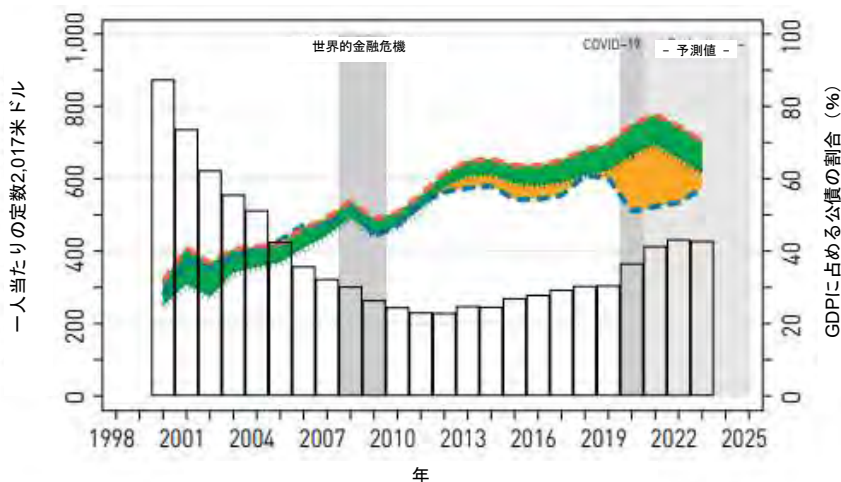
出典 : Authors calculations using data from WHO Global Health Expenditure Database (2020) (119). 方法はアネックス A6を参照のこと。

図35. 一部の国では、債務返済の調整済「裁量的」歳入は、2019年よりも2023年に低くなる
2018～2025年までの a. ブラジル、b. インドネシア、及びパキスタンにおける傾向

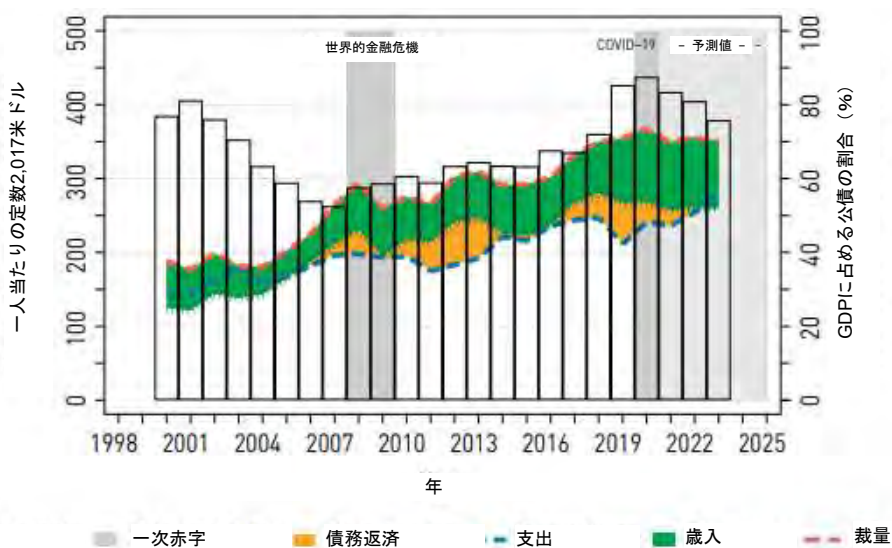
a) ブラジル



b) インドネシア



b) パキスタン



出典: Authors calculations using data from IMF (2021) (2). 方法はアネックスA6を参照のこと。

総合すると、これらの調査結果は、パンデミックの際に経験したケアへのアクセスに対する障壁が、さまざまな理由にもかかわらず、すべての国で存続する可能性が高いことを意味している。高所得国では、COVID-19に感染することへの恐れ、厳格な管理、及びソーシャル・ディスタンスの政策など、ケアの断念の背後にある主な理由は、COVID-19ワクチンの展開によって大幅に減少させる可能性があり、貧しい国よりも早く減少する。豊かな国々はほとんどの国民にワクチンを接種することができたが、貧しい国々ではワクチンの導入が大幅に遅く、2021年までそのように続く可能性が高い。しかし、サービスの滞留、医療従事者の不足、及び燃え尽き、ならびに貧困の増加は、中期的にはアクセス全体に波及効果をもたらし続けるであろう(99)。貧しい国々でケアを断念する主な理由である経済的障壁は、ソーシャル・ディスタンス政策やCOVID-19への恐れに関連するものよりも長く続く可能性がある。パンデミックによる経済的損失は発展途上国でより顕著になると予測されているだけでなく、回復は不均一であり、貧しい国では成長率が低くなると予測されている。パンデミックによる世界的な景気後退は、政府の予算に前例のない負担をかけ、政府の医療費支出を減少させ、自己負担による保健医療費を賄う世帯の能力を低下させるリスクを生み出している。後者は、低所得国と低所得世帯の両方にとって特に懸念事項であり、医療は自己負担支出を通じてはるかに多くの資金を調達している。保健医療に資金提供するための非効率的で不公平な方法であるが、自己負担支払いのこれらの減少は、医療提供者レベルの収入にも影響を及ぼす。低所得国での回復のペースが遅いということは、これらのリスクが長く続く可能性があり、医療へのアクセスに対する経済的障壁における富裕国と貧しい国間の格差が少なくとも短期的にはさらに拡大する可能性があることを意味するかもしれない。ボックス12で説明したように、保健医療への公的支出を保護し、優先順位を付け直す公共政策は、経済的保護を可能にするための重要な手段となる可能性がある。

ボックス12: 医療財政政策の弱点は、欧州の経済ショックに対する回復力を弱体化させる

COVID-19のパンデミックは、2008年の世界的な金融危機のショックからわずか10年後に経済ショックを引き起こした。2008年の危機に対応して導入された緊縮政策（保健医療予算と補償範囲の制限の削減）は、いくつかの国でUHCへの回復力と進歩を弱体化させた(41、120、121)。

パンデミックへの対応は、以前の危機から学んだ教訓のいくつかの証拠を示している。各国は2020年に医療システムのために追加資金を迅速に駆り集め、例えば人口カバレッジの格差を縮め、COVID-19治療の自己負担を免除することにより、アクセスへの財政的障壁を取り除くことに明確な焦点が当てられた(121)。

今後数年間で、各国は保障政策と財政資金確保の循環を減らし、公的支出の配分において保健医療に与えられる優先順位を上げる方法を見つける必要があることが経験からわかっている。欧州の多くの医療システムは予算上の圧力に直面する可能性があるが、2008年の危機の経験は、緊縮財政がUHCへ向けた回復力と進歩を弱体化させるため、選択肢ではないことを示している。

パンデミックは、各国に公共支出の優先順位を再考し、政府予算を割り当てる際に、より良い健康と社会的保護システムに対する強い社会的選好をより考慮に入れる機会を与える。全国調査によると、欧州の人々は、公的支出の優先事項として、自分自身と他者の医療への手頃な価格のアクセスを高く評価している(122~125)。

出典: Thomson S, García-Ramírez J, Akkazieva B, Habicht T, Cylus J, Evetovits T. How resilient is health financing policy in Europe to economic shocks? Evidence from the 2008 global financial crisis and the first year of the COVID-19 pandemic. *Health Policy*. 2021; 125(12):1507-15 (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.002>, accessed 29 November 2021).

3. 結論

COVID-19が発生する以前でさえ、家計破綻的な保健医療費支出の動向が進むべき道に向かっていなかったため、また、経済的困窮者の人数が容認し難い程高止まりを見せていたため、世界的に経済的困窮を減少させることに関して順調ではなかった。世界的な予測がまだ有効であった直近の年である2017年には、世界的に見ても経済的保護における欠陥は依然として信じ難いものであった。ほぼ10億人が家計破綻的な医療費を負担していた（SDG指標3.8.2）。これらの人々のうちほとんどは、極貧層（1人当たり1日PPP 1.90ドル未満）又は相対的貧困層（自国の1人当たりの消費の中央値の60%として定義）のどちらにも属しているわけではないが、自己負担による支払いによる保健医療費を捻出するため財産の大部分を転用することによって、他の必要不可欠なものを切り詰める、資産を使い果たす、自身や子供又は他の家族が必要とする保健医療サービスを受けられるようにするため借金をするといった犠牲を敷いているのである。世界的に、保健医療費支出で困窮にある人数は、依然として、相応に高い水準に留まっていた（極貧の貧困ラインで5億人、相対的貧困ラインで2.2倍）。多額の医療費を自己負担で支出をしている貧困者は、前述のような全ての人の83%から89%を占めており、自己負担による医療費支払いから（効率的に）免除される必要性を裏付けている。家計破綻的な医療費支出を負担する人々と貧困を招く保健医療支出を負担する人々との重複は比較的小さかった（141か国のサンプルで最大11%と推定）。したがって、2017年には、経済的困窮者の総人数は貧困を招く保健医療支出の識別に使用される貧困ライン（極貧の貧困ライン対相対的貧困の貧困ライン）に応じて、14億人から19億人の範囲に及んだ。56か国から約5,800万人を対象とした114の研究の体系的レビューとメタ分析は、年齢に関係なく特に貧困者にとって、アクセスへの経済的障壁がパンデミック前の治療を控えることになった重要な要素であったことを明らかにした。

高齢世帯で生活する人々は、利用可能なデータを備えたすべての所得グループ及びUN地域でSDG 3.8.2指標（10%のしきい値）によって追跡されるように最も高額な家計破綻的な医療費に直面し、国内では発生率が高齢者人口の極貧層及び最脆弱層の中で最も高い。全ての地域（北アメリカとオセアニアを除く）の92か国からのエビデンスによると、高齢世帯で生活する人々が負担する家計破綻的な医療費の発生率が高いことを示している。具体的には、自己負担が家計の10%を超える高齢世帯で生活する人口の中央値は、低中所得国の若年世帯で生活する人口の中央値よりも4.6高くなっている。低所得国では2倍、欧州では5.9倍高くなっている。

欧州の年齢勾配は際立っており、利用可能なデータがある他のすべてのUN地域では、発生率の中央値の相対的な差は2.3から2.4の範囲である。三世帯世帯では、保健医療支出によって貧困化を招く率が高くなっている。最近のエビデンスによると、最も高額な家計破綻的な医療費が、高齢者人口の最貧層及び最脆弱層によって発生していることを示している。

パンデミック以前でさえ、経済的困窮を時宜に適ったモニタリングを行うには問題があった。本報告書の第1章では、集計レベルでの推計が可能な十分な国別カバー率を有する最新の年である2017年の世界的なエビデンスを示している。家計破綻的な保健医療支出及び貧困を招く保健医療支出の指標作成に生じていた、平均して今までの四年間に及ぶ停滞は、減少するとは予測されておらず、世帯の自己負担による医療費と総消費支出（理想としては受診控えも）に関するデータの作成速度とデータの取得頻度を改善するための即時の行動が取られない場合は、さらに増加する可能性がある。即時の行動を取らなければ、パンデミックの期間中に経験した経済的困窮のレベルに関する知識に格差が生じる可能性があり、それは現在及び将来の効果的なエビデンスに基づく政策対応を制限する可能性がある。

COVID-19のパンデミックが発生する以前の、自己負担による保健医療支出が人々の生活水準に与える全体的な影響と他の基本的ニーズに費やす能力は、保健医療への直接払いに焦点が当てられていることを考えると確かに過小評価されている。本報告書の第1章では、これらの種類の支払いが、医療財政システムの観点から、また公平性と効率性の視点からも深刻な課題をもたらすため、ケアを求める際の直接費用に焦点を当てている。保健医療システムの観点から、直接的な費用は非常に非効率的な方法で徴収されており、施設や医療提供者は、人々がケアを求めること決定し、その手段をみつけた時のみ、その費用を受け取られるため、これらの資金を当てにすることはできない。また、それらは病気に掛かった人からも徴収されており、その時点では適切に働くことができず、十分な収入を得られていない可能性がある。病気に掛かった際に家計の大部分を保健医療に充てるように求めることは、保健医療へのアクセスにおける不公平の拡大につながる。間接費（例：輸送手段など）とケアを求める機会費用（例：収入損失）は、第1章で示した分析では考慮されていないが、これらの他の費用は、人々がケアを求める場合、対処しなければならない経済的悪影響を増大させるだけである。多くの人々にとって、これらの間接費は、直接費に加えて、治療にアクセスするための重大な障壁であり、経済的困窮の指標をより深く解釈するために、サービスカバー率、未充足ニーズ、及びアクセスへの障壁の指標を追跡することが重要である。例えば、WHO欧州地域においては、未充足ニーズの指標が、家計破綻的な医療費を負担している人々の自己負担による医療費の構成について問題点を浮き彫りにしている。特に最貧層の人々の間では、歯科治療に対する未充足ニーズが大きいいため歯科治療への自己負担による医療費は低くなっている。日本では、高齢者に家計破綻的な医療費の発生率は高くなっているが、未充足ニーズの発生率は低くなっている。

2020年に実施された調査は、パンデミック期間を部分的にしかカバーしておらず、前年度と比較した傾向は、経済的保護に対するCOVID-19の影響をまだ捉えていない可能性がある。本報告書を作成した時点で2020年に利用できる推定値はほとんどないが、詳細な分析が不足しているにもかかわらず、利用可能な結果は前年度と比較して異なるパターンを示していない。より多くのデータが入手可能になれば、データが収集された状況（収集方法、医療費項目の回収期間、調査期間）の明確な理解に加えて、医療へのアクセス指標、未充足ニーズ、アクセスへの障壁の詳細な分析は、パンデミックのピーク時のパターンを把握するために必要となる。

すべての兆候は、COVID-19に起因する健康と経済のダイナミクスの変化によって、経済的保護が悪影響を受ける可能性が高いことを示している。パンデミックが経済的保護に与える影響の総計は、さまざまな調査から得られた具体的なデータを通じて、数年以内に評価される。第2章では、破綻的な支出や貧困の発生率などの経済的保護の測定基準に何が起こるかを憶測して予測するのではなく、さまざまな指標（例えば、収入と消費の減少、貧困と非公式の増加）に基づいて何が出現しているのかを要約した(126-127)。分析は、COVID-19の結果としての経済的保護の悪化を強く指摘しているように思われる。これは、一部にはケアの断念に現れる可能性があり、経済的困窮の測定基準の悪化（破綻的で貧困を招く医療支出）と、自己負担による医療費支出、支払能力の測定基準、及びケアに対する経済的障壁が影響を受ける可能性がある。利用率、自己負担による医療費支出、

及び世帯の支払能力に影響を与える健康と経済の力の複雑さは、各国の疫学、人口統計学、社会経済的特徴、及び政策対応の組み合わせに依存する。

これらのダイナミクスとの複合化は、国全体及び国内の世帯間の不平等が拡大し続けるだけという信号である。経済的保護の観点から、特に社会の最も貧しく最も脆弱な人々を保護するために、社会的安全保護と効果的な医療保障の取り決めがこれほど重要であったことはかつてにはなかった。貧しい世帯の増加は、コスト圧力が高まると同時に、自己負担による医療費を支払う余裕が最も少ない人々の割合が増えるだけであることを意味する。ケアを求めることへの経済的障壁の影響と、自己負担による医療費支出に起因する貧困の可能性は、COVID-19の結果としてのみ増大する。

COVID-19の急速に進化する影響は、サービスカバー率、経済的困窮、ケアの断念、及びアクセスへの障壁を定期的にモニタリング及び分析することの重要性を示している。歴史的に、経済的困窮は、比較的頻度の低い世帯の消費と所得の調査によってモニタリングされてきた。COVID-19は、特に危機の際に、携帯電話やソーシャルメディア調査などの他のモダリティを使用して、これらを軽快でより頻繁なモニタリング形式で経済的困窮を補完することの重要性を強調している。エビデンスの生成と政策への情報提供の間の大きな時間差は、それ自体が経済的困窮を改善するための障壁である。さらに、経済的保護はサービスカバー率によって部分的に決定される。サービスカバー率が低下した場合の経済的困窮の指標の改善は、必要なサービスケアの断念を反映しているため、経済的保護の実際の改善ではない。したがって、誤解を避けるために、追加の状況固有の政策的なモニタリングの取組によって、経済的保護と同時に、サービスカバー率、ケアの断念、及びアクセスの障壁を状況に応じてモニタリングすることが重要である。さらに、他の多くのモニタリング指標と同様に、経済的保護は医療システムの外部にある要因の影響を受ける可能性があるため、状況に応じ、決定要因の理解は依然として重要である。

メトリックモニタリングは、COVID-19に対応して世帯の経済的保護を可能にするために導入された政策介入と密接に関連している必要がある。多くの国は、経済的障壁がCOVID-19の検査と治療を受けることへの拘束力のある制約にならないようにするために、さまざまな政策を導入した。しかし、アクセスの有効化と経済的困窮からの保護の両方に関連する実際の影響はまだ決定されていない。この分析は、COVID-19の状況での経済的保護を理解するためだけでなく、危機や極端な健康上の脅威に直面した場合の将来の政策に情報を提供するためにも重要である。

健康、経済、そして全体的なウェルビーイングの深い相互関係は、COVID-19によってさらけ出された。私たちは皆、パンデミックが日常生活に与える影響に取り組み続けている。これらの制約にもかかわらず、公共政策は、すべての人々、特に社会で最も貧しく脆弱な人々の健康とウェルビーイングを保護するための支出の優先順位に焦点を当てる必要がある。対象となる政策介入には、健康のための自己負担支出から抜け出すための貧困層削減に焦点を当てた増加、社会的保護支援の強化、ケアを求める時間と場所での自己負担金やその他の料金の撤廃、貧しく脆弱な家庭での保健医療利用を刺激するための現金給付が含まれる。経済及び健康の二重ショックにも二重の回復が必要であることは明らかである。中長期的には、経済的保護とサービスカバー率の両方の持続的な改善は、健康とウェルビーイングを改善するためだけでなく、貧困の加速的な削減を可能にする長期的な経済回復を維持するためにも重要である。

REFERENCES

1. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction/The World Bank; 2020.
2. World economic outlook: Recovery during a pandemic. Washington, DC: International Monetary Fund; 2021.
3. ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. 7th Edition. Geneva: International Labour Organization; 2021 (https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/impacts-and-responses/WCMS_767028/lang--en/index.htm, accessed 29 November 2021).
4. High Frequency Phone Survey. Washington, DC: World Bank; 2021.
5. Yonzan C, Lakner C and Gerszon Mahler D. Is COVID-19 increasing global inequality? Washington DC: World Bank; 2021.
6. Global COVID-19 Trends and Impact Survey, in partnership with Facebook. Baltimore: University of Maryland; 2021.
7. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January–March 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.
8. Baird K. The incidence of high medical expenses by health status in seven developed countries. *Health Policy*. 2016;120(1):26–34.
9. Alsan M, Schoemaker L, Eggleston K, Kammili N, Kolli P and Bhattacharya J. Out-of-pocket health expenditures and antimicrobial resistance in low-income and middle-income countries: an economic analysis. *Lancet Infectious Diseases*. 2015;15(10):1203–10.
10. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. 1978; 56(2):295–303.
11. Levesque J, Pineault R, Hamel M et al. Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province. *BMC Family Practice*. 2012;66: 13.
12. Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA) with a focus on disadvantaged adolescents. Geneva: World Health Organization; 2012.
13. Assessment of barriers to accessing health services for disadvantaged adolescents in Tanzania. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2019.
14. Barriers and facilitating factors in access to health services in the Republic of Moldova. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012.
15. Houghton N, Bascolo E and del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;e96:44.

16. Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018. New York: United Nations Statistics Division; 2017.
17. A system of health accounts; 2011 Edition. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization/Eurostat; 2011.
18. Tracking Universal Health Coverage, 2021 Monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2021.
19. SDG indicators metadata repository. New York: United Nations Statistics Division; 2019 (<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=&Target=3.8>, accessed 29 November 2021).
20. Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K and Eozenou P. Progress on impoverishing health spending: results for 122 countries: A retrospective observational study. *Lancet Global Health*. 1984;6(2):E180–E192.
21. Foster JE, Greer J and Thorbecke E. A class of decomposable poverty measures. *Econometrica*. 1984;3(52):761–66.
22. Deaton A and Zaidi S. Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis. LSMS Working Paper. 2022;135.
23. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2017.
24. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: World Health Organization and World Bank; 2015.
25. Wagstaff A. Measuring catastrophic medical expenditures: Reflections on three issues. *Health Economics*. 2019;28:765–781.
26. Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O and van Doorslaer E. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health Economics*. 2008;17(12):1393–412.
27. Global Health Observatory: Financial protection indicators [Online database]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/gho/data/node.main.UHCFINANCIALPROTECTION> and <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>, accessed 29 November 2021).
28. Universal health coverage data [Online database]. Washington DC: World Bank; 2021 (<https://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/>, accessed 29 November 2021).
29. Poverty and shared prosperity 2020: Reversals of fortune. Washington DC: World Bank; 2020.
30. World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
31. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2019.
32. Ageing, older persons and the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations Development Programme, HealpAge International and AARP; 2017 (<https://www.undp.org/publications/ageing-older-persons-and-2030-agenda-sustainable-development>, accessed 29 November 2021).
33. Diaz T, Strong K, Cao B, Guthold R, Moran A, Moller A-B et al. A call for standardised age- disaggregated health data. *Lancet Healthy Longevity*. 2021;2(7):e436–e443.
34. Eozenou P, Neelsen S and Smitz M. Financial protection in health among the elderly – A global stocktake. *Health Systems & Reform*. 2021;7(2):e1911067.
35. Decade of healthy ageing [website]. Geneva: Decade Secretariat, World Health Organization (<https://www.decadeofhealthyageing.org/>, accessed 29 November 2021).
36. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>, accessed 29 November 2021).
37. Household survey analysis of financial hardship due to excessive health spending and unmet care needs of older people in Japan with implications for the Kansai region. Kobe: World Health Organization (WHO) Centre for Health Development;

- 2021 (https://extranet.who.int/kobe_centre/en/project-details/fin_protection_kansai_tmghig, accessed 29 November 2021).
38. Cid C, Flores G, Del Riego A and Fitzgerald J. Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e95.
 39. The Cost of Staying Healthy. Semiannual Report of the Latin America and Caribbean Region. Washington DC: World Bank; 2020.
 40. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smits M-F, Chepynoga K and Eozenou P. Progress on catastrophic health spending: results for 133 countries. A retrospective observational study. *Lancet Global Health*. 2018;6(2):e169-e179.
 41. Wagstaff A and Neelsen S. A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study. *Lancet Global Health*. 2020;8(1):e39-e49.
 42. Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera A, Musgrove P and Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*. 2007;4(972–983):26.
 43. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2019.
 44. Watson J, Yazbeck AS and Hartel L. Making health insurance pro-poor: Lessons from 20 developing countries. *Health Systems and Reform*. 2021;7(2):e1917092.
 45. Global Health Expenditure Database [Online database]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/nha/database>, accessed 29 November 2021).
 46. Goginashvili K, Nadareishvili M and Habicht T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2021.
 47. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health on access to health services in the European Union. Luxembourg; European Union; 2016.
 48. European Statistical Recovery Database (Online database]. Brussels: Eurostat, European Union (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>, accessed 29 November 2021).
 49. Systematic review and meta-analysis: financial barriers to accessing health services and unmet healthcare needs. Kobe: World Health Organization (WHO) Centre for Health Development; 2021 (https://extranet.who.int/kobe_centre/en/project-details/foregone_care, accessed 29 November 2021).
 50. Monitoring the state of statistical operations under the COVID-19 pandemic. New York: United Nations Statistics Division and the World Bank (<https://unstats.un.org/unsd/covid19-response/covid19-nso-survey-report-2.pdf>, accessed 29 November 2021).
 51. Task Force on COVID-19 and Household Surveys. New York: United Nations Statistics Division; 2021 (<https://unstats.un.org/iswghs/task-forces/covid-19-and-household-surveys/methodology-on-COVID-19-impact-surveys/>, accessed 29 November 2021).
 52. World Health Survey Plus [website]. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/data-collection-tools/world-health-survey-plus>, accessed 29 November 2021).
 53. COVID-19: assessment of the mode effect on official statistics. New York: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean; 2020 (<https://rtc-cea.cepal.org/en/event/covid-19-assessment-mode-effect-official-statistics>, accessed 29 November 2021).
 54. Adrian T and Natalucci F. COVID-19 worsens pre-existing financial vulnerabilities. Washington DC: International Monetary Fund; 2020 (<https://blogs.imf.org/2020/05/22/covid-19-worsens-pre-existing-financial-vulnerabilities/>, accessed 29 November 2021).
 55. WHO COVID-19 Dashboard [Website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://covid19.who.int/>, accessed 29 November 2021).

November 2021).

56. Richard R. Evidence on the accuracy of the number of reported Covid-19 infections and deaths in lower middle-income countries. Brighton: Institute of Development Studies; 2020.
57. Understanding the coronavirus (COVID-19) pandemic through data [Online database]. Washington DC: World bank; 2021 (<https://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/coronavirus/>, accessed 29 November 2021).
58. COVID-19 risks and vaccine information for older adults [Website]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 (<https://www.cdc.gov/aging/covid19/covid19-older-adults.html>, accessed 29 November 2021).
59. Del Rio C, Collins L and Malani P. Long-term health consequences of COVID-19. JAMA. 2020;324(17):1723–4.
60. Coronavirus (COVID-19) vaccinations. Oxford: Our World In Data; 2021 (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>, accessed 29 November 2021).
61. Tandon A, Ivatts A, Cowley P, Roubal T, Dodd R, Pepperall J, Mikkelsen-Lopez I, Irava WJ and Palu T. Economic contraction from COVID-19 in the Pacific: Implications for health financing. Health Systems and Reform. 2020;6(1):e1847991.
62. World Development Indicators [Online database]. Washington DC: World Bank Group; 2021 (<https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>, accessed 29 November 2021).
63. Tandon A, Roubal T, McDonald L, Cowley P, Palu T, De Oliveira Cruz V et al. Economic impact of COVID-19 : Implications for health financing in Asia and Pacific. Washington DC: World Bank Working Paper; 2020.
64. Guglielminetti E and Rondinelli C. Consumption and saving patterns in Italy during Covid-19. Rome: Bank of Italy Occasional Paper No. 620; 2021.
65. Kesar S, Abraham R, Lahoti R, Nath P and Basole A. Pandemic, informality, and vulnerability: impact of COVID-19 on livelihoods in India. Rev Can Etudes Dev. 2021;42(162):145–64.
66. East Asia and Pacific economic update, October 2021. Washington DC: World Bank; 2021.
67. Deb P, Furceri D, Jimenez D, Kothari S, Ostry JD and Tawk N. The effects of COVID-19 vaccines on economic activity. Washington DC: International Monetary Fund IMF Working Papers, 2020.
68. Heijink R, Xu K, Saksena P and Evans D. Validity and comparability of out-of-pocket health expenditure from household surveys: a review of the literature and current survey instruments. Geneva: World Health Organization; 2011.
69. Agorinya I, Ross A, Flores G, TanTorres Edejer T, Dalaba M, Mensah N et al. Effect of specificity of health expenditure questions in the measurement of out-of-pocket health expenditure: evidence from field experimental study in Ghana. BMJ Open; 2021;11(5).
70. Neelsen S and O'Donnell O. Progressive universalism? The impact of targeted coverage on health care access and expenditures in Peru. Health economics; 2017;26(12):e179–e203.
71. Sánchez-Páramo C and Narayan A. Impact of COVID-19 on households: What do phone surveys tell us? Washington DC: World Bank; 2020.
72. Yoshida N, Narayan A and Wu H. How COVID-19 affects households in poorest countries – insights from phone surveys. Washington DC: World Bank; 2020.
73. Shifting gears: Digitization and services-led development. Washington DC: World Bank; 2021.
74. Gerszon Mahler D, Yonzan N, Lakner C, Castaneda Aguilar A and Wu H. Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty: Turning the corner on the pandemic in 2021? Washington DC: World Bank; 2021.
75. Fiscal Monitor: Strengthening the credibility of public finances. Washington DC: International Monetary Fund; 2021.
76. Financial crises, poverty, and income distribution. Washington DC: International Monetary Fund; 2021.
77. Ravallion R and Chen S. The impact of the global financial crisis on the world's poorest. London: Vox-EU, Centre for Economic Policy Research; 2009 (<https://voxeu.org/article/impact-global-financial-crisis-world-s-poorest>, accessed 29

November 2021).

78. Furceri D and Zdzienicka A. How costly are debt crises? *Journal of International Money and Finance*. 2021;31(4):726–42.
79. Kreuter K, Kim E, LaRocca S, Morris K, Kern C and Garcia A. Data on economic anxiety offer new opportunities for insights on the global effects of the COVID-19 pandemic. College Park; Social Data Science Center; 2020 (<https://socialdatascience.umd.edu/data-on-economic-anxiety-offer-new-opportunities-for-insights-on-the-global-effects-of-the-covid-19-pandemic/>, accessed 29 November 2021).
80. COVID-19 what we know Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/images/default-source/departments/epi-win/tile-1-covid-19-update-31-may-2021-.png?sfvrsn=4f9c0571_4, accessed 29 November 2021).
81. Murthy S, Gomersall C and Fowler RA. Care for critically ill patients with COVID-19. *JAMA*. 2020;323(15):1499–500.
82. Torres Rueda S, Sweeney S, Bozzani F and Vassal A. The health sector cost of different policy responses to COVID-19 in low- and middle- income countries. *BMJ Global Health* (in press). <https://doi.org/10.1101/2020.08.23.20180299> [pre-print], accessed 29 November 2021).
83. Global health expenditure database [Online database]. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>, accessed 29 November 2021).
84. COVID-19 Government Response Tracker. Available: Oxford: Oxford University; 2021 (<https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker>, accessed 29 November 2021).
85. Mathauer I, Dkimi F and Townsend M. Adjustments in health purchasing as part of the COVID- 19 health response: results of a short survey and lessons for the future. Geneva: UHC2030; 2020 (<https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-blog/adjustments-in-health-purchasing-as-part-of-the-covid-19-health-response-results-of-a-short-survey-and-lessons-for-the-future-555419/>, accessed 29 November 2021).
86. Prabandari A, Itriati F and Nyonman Sutarsa I. Poor and rich Indonesians do not get equal access to COVID-19 tests: this is why it's a problem. *The Conversation*, 22 April 2020 (<https://theconversation.com/poor-and-rich-indonesians-do-not-get-equal-access-to-covid-19-tests-this-is-why-its-a-problem-136248>, accessed 29 November 2021).
87. Cousins S. Bangladesh's COVID-19 testing criticised. *Lancet*. 2020;396(10251):591.
88. Govt reduces Covid-19 testing fees. *Dhakatribune.com*, 20 August 2020. (<https://www.dhakatribune.com/health/coronavirus/2020/08/20/govt-reduces-covid-19-testing-fees>, accessed 29 November 2021).
89. Have testing charges affected the number of Covid-19 tests in Bangladesh? *Business Standard*, 17 August 2020 (<https://www.tbsnews.net/thoughts/have-testing-charges-affected-number-covid-19-tests-bangladesh-120454>, accessed 29 November 2021).
90. Sujan M. Govt spends Tk 1.28 lakh for each Covid-19 patient; at pvt hospital patient pays double. *Daily Star*, 1 May 2020 (<https://www.thedailystar.net/coronavirus-deadly-new-threat/news/govt-spends-tk-128-lakh-each-covid-19-patient-pvt-hospital-patient-pays-double-2086885>, accessed 29 November 2021).
91. Responding to COVID-19: Health sector preparedness, response and lessons learnt," Kathmandu: Government of Nepal, Ministry of Health and Population: 2021 (<http://library.nhrc.gov.np:8080/nhrc/handle/123456789/810?show=full>, accessed 29 November 2021).
92. Shapira G and Ahmed T. Disruptions in essential health services during the first five months of COVID-19: Analysis of facility-reported service volumes in eight sub-Saharan African countries. *SSRN Electron J*, 18 October 2020 (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3757414, accessed 29 November 2021).
93. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report. Geneva: World Health Organization, 2020.
94. Premise general population COVID-19 health services disruption survey 2020. Seattle: Institute for Health Metrics and

Evaluation; 2020 (<http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/premise-general-population-covid-19-health-services-disruption-survey-2020>, accessed 29 November 2021).

95. Readiness for COVID-19 response and continuity of essential health services in health facilities and communities Nairobi. Nairobi: Kenya Ministry of Health; 2021.
96. Holland KM, Jones C, Vivola-Kantor AM et al. Trends in US emergency department visits for mental health, overdose, and violence outcomes before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(4):372–379.
97. Amsalem D, Dixon L and Neria Y. The coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak and mental health: current risks and recommended actions. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(1):9–10.
98. Nagesh S and Chakraborty S. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: Challenges and recommendations. *Journal of Global Health*. 2020;10(1):10345.
99. Spending on health in Europe: entering a new era. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340910/9789289055079-eng.pdf>, accessed 29 November 2021).
100. Malik M, Tahir M, Jabbar R, Ahmed A and Hussain R. Self-medication during Covid-19 pandemic: challenges and opportunities. *Drugs Ther Perspect*. 2020;36(12):1–3.
101. Wegbom A, Edet C, Raimi O, Fagbamigbe A and Kiri V. Self-medication practices and associated factors in the prevention and/or treatment of COVID-19 virus: A population-based survey in Nigeria. *Front Public Health*. 2021;9:606801.
102. Kassie AD, Biftu BB and Mekonnen HS. Self-medication practice and associated factors among adult household members in Meket district, Northeast Ethiopia, 2017. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2018;19(15).
103. Lam C, Munro C and Lauder I. Self-medication among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med*. 1994;39(12): 1641–7.
104. Sanghani S and Patel V. Self medication: prevalence and pattern in urban community. *J Pharmacovigilance Drug Safety*. 2008;5:95–8.
105. Phalke V and Durgawale P. Self-medication practices in rural Maharashtra. *Indian J Commun Med*. 2006;31(1):34–5.
106. Osaigbovo II, Ogboghodo EO, Obaseki DE, Akoria O, Ehinze ES, Obarisiagbon OE et al. Pattern of drug sales at community pharmacies in Edo state as evidence of self-medication during the COVID-19 pandemic: Implications for policy implementation. *The Nigerian Health Journal*. 2021;4:150–8.
107. Onchonga D, Omwoyo J and Nyamamba D. Assessing the prevalence of self-medication among healthcare workers before and during the 2019 SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic in Kenya. *Saudi Pharm J*. 2020;10(1149–54):28.
108. Sadio A, Gbeasor-Komlanvi F, Konu R, Bakoubayi A, Tchankoni M, Bitty-Anderson A and et al. Assessment of self-medication practices in the context of the COVID-19 outbreak in Togo. *BMC Public Health*. 2021;21(1):58.
109. Nasir M, Salauddin Chowdhury ASM, Zahan T. Self-medication during COVID-19 outbreak: a cross sectional online survey in Dhaka city. *Int J Basic Clin Pharmacol*. 2020;9(9):1325.
110. Chopra D, Bhandari B, Sidhu J, Jakhar K, Jamil F and Gupta R. Prevalence of self-reported anxiety and self-medication among upper and middle socioeconomic strata amidst COVID-19 pandemic. *J Educ Health Promot*. 2021;10(1):73.
111. Quispe-Cañari J, Fidel-Rosales E, Manrique D, Mascaró-Zan J, Huamán-Castillón K, Chamorro- Espinoza Sand et al. Self-medication in the COVID-19 pandemic: Survival of the fittest. *Saudi Pharm J*. 2021;29(1):1–11.
112. Makowska M, Boguszewski R, Nowakowski M and Podkowińska M. Self-medication-related behaviors and Poland's COVID-19 lockdown. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8344.
113. Ahmad S, Salma Babar M, Yasir Essar M, Sinha M and Nadkar A. Infodemic, self-medication and stockpiling: a worrying combination. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2020;27:34080670.
114. Loxton M, Truskett R, Scarf B, Sindone L, Baldry G and Zhao Y. Consumer behaviour during crises: Preliminary research on how coronavirus has manifested consumer panic buying, herd mentality, changing discretionary spending and the role of the media in influencing behaviour. *Journal of Risk and Financial Management*. 2020;13(8):166.

115. Ebrahimi E, Igan D, Peria M. The Impact of COVID-19 on Inflation: Potential Drivers and Dynamics. Washington DC: International Monetary Fund; 2020.
116. Mahendradhata Y, Andayani NLPE, Hasri ET, Arifi MD, Siahaan RGM, Solikha DA and Ali PB. The capacity of the Indonesian Healthcare System to respond to COVID-19. *Frontiers in Public Health*, 7 July 2021 (<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.649819/full>, accessed 29 November 2021).
117. World Population Prospects 2019. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019 (<https://population.un.org/wpp/>, accessed 29 November 2021).
118. Tran MT, Dang LT, Vu NC. Healthcare and healthcare utilization. In: Vu NC, Tran MT, Dang LT, Chei CL, Saito Y, editors. *Ageing and health in Viet Nam*. Jakarta (Indonesia): ERIA; 2020 (<https://www.eria.org/publications/ageing-and-health-in-viet-nam/>, accessed 29 November 2021).
119. Global Health Expenditure Database [Online database]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/nha/database>, accessed 29 November 2021).
120. Thomson S, Figueras J, Tamás Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Cylus J, Karanikolos M and Kluge H. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe – European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
121. Spending on health in Europe: entering a new era. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2021.
122. Life in Transition III. A decade of measuring transition. London: European Bank for Reconstruction and Development; 2016 (<https://www.ebrd.com/publications/life-in-transition- iii>, accessed 29 November 2021).
123. Risks that Matter. Main Findings from the 2018 OECD Risks that Matter Survey. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019 (<https://www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm>, accessed 29 November 2021).
124. Risks that Matter. Main Findings from the 2020 OECD Risks that Matter Survey. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm>, accessed 29 November 2021).
125. Shaping our future together. Listening to people's priorities and expectations of international cooperation. New York: United Nations; 2021 (<https://www.un.org/en/un75/finalreport>, accessed 29 November 2021).
126. Kurowski C, Evans DB, Tandon A, Eozenou P, Schmidt M, Irwin A, Salcedo Cain J, Pambudi ES and Postolovska I. From double shock to double recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19. Washington DC: World Bank Working Paper; 2021.
127. Sparkes SP, Eozenou P, Evans D, Kurowski C, Kutzin J and Tandon A. Will the quest for UHC be derailed? Health Systems and Reform. 2021; e1929796.
128. Measuring non-food expenditures. London: International Household survey Network; 2015 (<http://www.ihsn.org/projects/non-food-assessment>, accessed 29 November 2021).
129. Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018. New York: United Nations Statistics Division; 2018 (https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP_2018_-_pre-edited_white_cover_version_-_2018D12D26.pdf, accessed 29 November 2021).
130. Cylus J, Thomson S and Evetovits T. Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organization*. 2018;(96): 589–664.
131. Wagstaff A and van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*. 2003;12:921–934.
132. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J and Murray C. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362:111–7.
133. Wagstaff A and Eozenou P. CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. *Policy*

Research Working Paper No. 6861. Washington DC: World Bank; 2014.

134. World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles. New York: United Nations Population Division; 2019 (<https://population.un.org/wpp/Graphs/DemographicProfiles/Pyramid/1503>, accessed 29 November 2021).
135. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/World Bank; 2020.

アネックス

アネックス A1. 保健医療サービス及び製品の種類別ごとに、自己負担の保健支出医療費支出を比較可能な方法で分類するためのグローバルスタンダード

2019年以前は、保健医療サービスと製品の種類に応じて自己負担による医療費支出を分類及び比較するためのグローバルスタンダードが十分に作成されておらず、家計の保健医療消費の重要要素に関するデータの適切な収集が妨げられていた。経済的困窮のモニタリングは、家計の予算調査、家計の収入・支出の調査、家計の生活水準の調査、又は在宅介護人口の代表的サンプルについて国の統計局が実施している社会経済調査に依存している。医療費の質問の包括性、特異性、想起期間、及びデータ収集方法は、世帯調査間にかんがりのばらつきがある。かつては、自己負担医療費支出の分類に関する包括的な国際基準の欠如が質問票の不均一性を生じさせた部分があった。世界保健機関（WHO）は、2014年以前に主に低中所得国で実施された100の調査アンケートのレビュー(128)を行い、医薬品と病院サービスへの支出についての質問が80%、医療周辺従事者及び医療サービスへの支出については各々69%及び66%、他方歯科サービス及び医薬品以外の医療製品への支出に関する情報は60%未満しか含まれていないことを発見した。

予防サービスのための医療費支出に関する情報が明示的に含まれている調査はなく、こうした種類の支出を含めるために使用できたかも知れない「その他」のカテゴリーを持つ調査も28%しかなかった。2019年、国連統計部（UN Statistical Division）は目的別家計消費分類の改訂版を公表した（COICOP 2018(129)）。この新しい基準は、国民保険費用勘定をまとめるために使用される保健医療機能分類（予防・治療、リハビリテーション、及び長期介護サービスなど）と保健医療の提供方法を組み合わせたものである(17)。後者には、単なる病院サービスではなく、外来患者介護、在宅介護、長期介護、及び入院患者介護サービスが含まれる（病院は外来患者介護サービスと入院患者介護サービスの両方を提供するため）。改訂版分類の重要な特徴は、母集団の特定区分にとって重要な製品やサービス（たとえば、高齢者や障害者のための補助製品）、又はパンデミック中に重要になった製品やサービス（たとえば、マスクなどの予防・保護用品、予防接種サービス・ワクチンの費用やその他の健康診断・スクリーニングなどの予防サービス）を明確に識別することにある。この分類は、2019年から実施予定であった調査で統計当局が採用すると期待されていたが、多くの国がパンデミックによりデータ収集の中断を余儀なくされた(51)。したがって、調査再開の際には、2020年以降の自己負担による医療費支出の重要要素として浮上している数種類の医療費支出について、新型コロナウイルス感染症以前のベースラインを確立できない可能性がある（セクション2.2.1を参照）。

アネックス A2. 破綻的医療費支出をモニタリングするための様々な方法

破綻的医療費支出をモニタリングする代替方法が複数ある。消費又は収入の特定の割合（たとえば、10%又は25%）を超える、自己負担による医療費支出をもって破綻的であると定義している調査もある。この所謂「家計シェア（budget share）」アプローチは、SDG3.8.2(19)で採用されている。家計シェアアプローチを使用した場合、経験的に、破綻的支出は通常、貧困層での集中があまり見られない（あるいは、富裕層においてより集中する）。保健医療（又は他の項目）への支出を賄うために借金をしており、本来よりも裕福に見える世帯もあるかも知れないが、最貧の五分位に位置する世帯は純粋に貧しいと間違いなく推測できる。

他方で、他の調査は、総消費・収入でなく、必需品の控除後の消費・収入に医療費支出を関連付けている調査もある。その主張は、誰もが食料や住居などの基本的なニーズに少なくともある程度の最低額を費やす必要があり、裕福な世帯に比し、貧しい世帯ではその消費や収入の大部分がこれに吸収されるというものである。どちらかといえば、貧しい世帯は、その結果として保健医療に多くを費やすことができないということかも知れない。対照的に、裕福な世帯は家計予算の10%又は25%を保健に費やしても、基本的なニーズを満たすのに十分な財源が残っている可能性がある。

基本的なニーズの支出を差し引くため、様々なアプローチがある（25、130）。世帯の実際の食料支出のすべてを差し引く(131)調査もある一方、食料支出における選好の効果を考慮し、基本的な食料支出に相当する標準的な金額を世帯の総リソースから差し引く(132)という調査もある。これらの2つのアプローチでは、実際の食料支出が標準額を超えている世帯でのみ差異が生じる。他のすべての世帯については、標準的な金額の方が高くとも、実際の食料支出が差し引かれる。したがって、どちらのアプローチでも、実際の食料支出が標準額を下回っている世帯は同様に扱われる。それにもかかわらず、標準的食料支出アプローチでは、実食料支出アプローチに比し、破綻的支出が裕福な世帯に集中しない可能性がある。

さらに進んで、一般的貧困ライン、つまりは本質的にすべての基本的なニーズに対する割当分を差し引く(133)調査もある。使用する貧困ラインにもよるが、この3番目のアプローチは、家計シェアアプローチと比較して、裕福な世帯よりも、貧しい世帯の方に破綻的支出が集中する可能性が高い。それにより、破綻的医療費支出と貧困を結びつけられる。支払い能力が負である人々は、医療費支出前であっても、出発点から貧困ラインより下にあり、医療費支出によってさらなる貧困に追いやられる。対照的に、貧困ラインとその家計の総消費額との差を、自己負担の医療費支出が超えている人々は、医療費支出によって貧困に追いやられる。

上記2番目と3番目のアプローチに基づき、WHO欧州地域では、3つの基本的なニーズ（食料、住宅（家賃）、公共料金）への支出額相当の金額がすべての世帯で一貫して差し引かれる(130)。その結果、このアプローチでは、家計シェアアプローチよりも、破綻的支出が貧しい世帯に集中する可能性が高くなる。それはまた、破綻的医療費支出と貧困を結びつけている。

世界レベルでは、破綻的医療費支出と貧困を招く医療費支出の定義は相互に関連していないが、両方の指標が相互に補完し、共同することで全集団にわたる自己負担による医療費支出の影響をモニタリングできる。

アネックス A3. データ可用性（第1章）

本報告書の作成と、グローバル及び地域的での経済的困窮の予測を計算するために使用される、利用可能なデータセットは、2019年の報告書以降大幅に拡大している。2021年の報告書は、破綻的支出に関する161の国又は地域の903の主要推定値（2019年のデータポイント739と比較）、及び貧困に関する149の国又は地域の816の主要推定値（2019年のデータポイント719と比較）に依存している。主要推定値は、家計の自己負担による医療費支出と家計の総消費支出又は収入について、各国統計当局が収集した家計調査に基づく。

全体として、主要推定が検証されている国は世界人口の90%以上を占めており、データポイントの半分は2008年以降に収集されている。UN地域全体が対象とする人口カバレッジと比較すると、人口カバレッジが約60%であるオセアニアを除き、我々のデータセットは常に地域人口集計が85%以上を占める国々を対象としている。

表 A1a. 破綻的医療費支出の対象データ範囲（SDG 3.8.2指標）

	# 観測点	# 国・地域	中央年	直近中央年	人口カバレッジ
世界	903	161	2008	2015	95.6
アフリカ	168	50	2009	2015	87.2
アジア	290	41	2009	2016	98.2
ヨーロッパ	315	39	2007	2015	96.4
ラテンアメリカ・カリブ地域	89	26	2009	2016	91.9
北アメリカ	35	2	2006	2019	100
オセアニア	6	3	2009	2008	61.0

注記: グローバルモニタリングのためのデータ可用性は、国又は地域レベルでのデータ可用性と必ずしも一致しない場合がある。

出典: Based an analysis of the microdata from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28).

2015年の集計数を構成するために利用可能なデータポイント数も、前回の報告書から拡大しており、より最近の調査データが利用可能になっている。現在、2010年から2020年の間の破綻的支出（貧困支出）として利用できる主要推定値が少なくとも1つある国が136か国あり(123)、これらを合わせると世界人口の約93%（88%）に相当する。2019年以降に作成されたこれらの追加推定値は、2015年の集計数を更新するためにこの報告書で使用されている。

さらに、2017年のより最近の参照年における、自己負担の医療費支出のために経済的困窮に直面している人口の総計は、2014年から2020年までの範囲での利用可能なすべての主要な推定値を使用し、作成される。この狭い範囲内に少なくとも1つのデータポイントがある合計111か国が利用可能であり、世界の破綻的支出人口の約87%に相当する。また、貧困化支出のポイントが少なくとも1つある国も99か国あり、これは2017年の世界人口の65%に相当している。

表 A1b. 貧困化医療費支出の対象データ範囲（経済的困窮の SDG 関連指標）

	# 観測点	# 国・地域	中央年	直近中央年	人口カバレッジ
世界	816	149	2008	2015	91.3
アフリカ	159	48	2009	2015	85.7
アジア	246	36	2008	2016	91.9
ヨーロッパ	289	38	2007	2015	96.2
ラテンアメリカ及びカリブ地域	83	23	2009	2016	89.8
北アメリカ	34	2	2006	2019	99.6
オセアニア	5	2	2009	2008	58.9

注記: グローバルモニタリングのためのデータ可用性は、国又は地域レベルでのデータ可用性と必ずしも一致しない場合がある。

出典: Based an analysis of the microdata from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28).

表 A2a. 2015年と2017年頃の破綻的支出の主要推定値の内訳

	2015 [+/- 5 年]		2017 [+/- 3 年]	
	# 国・地域	% 人口	# 国・地域	% 人口
基準年ポイント	47	30	31	35
範囲内に少なくとも2ポイント	32	49	13	33
範囲内に1ポイント	57	14	67	18
範囲外に1ポイント	25	3	50	9
範囲内に少なくとも1ポイント	136	93	111	87

注記: グローバルモニタリングのためのデータ可用性は、国又は地域レベルでのデータ可用性と必ずしも一致しない場合がある。

出典: Based an analysis of the microdata from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)。

表 A2b. 2015年と2017年頃の貧困化支出のデータポイントの内訳

	2015 [+/- 5年]		2017 [+/- 3年]	
	# 国・地域	% 人口	# 国・地域	% 人口
基準年ポイント	41	28	25	14
範囲内に少なくとも2ポイント	27	28	9	8
範囲内に1ポイント	55	32	65	44
範囲外に1ポイント	26	4	50	26
範囲内に少なくとも1ポイント	123	88	99	65

注記: グローバルモニタリングのためのデータ可用性は、国又は地域レベルでのデータ可用性と必ずしも一致しない場合がある。

出典: Based an analysis of the microdata from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

破綻的かつ貧困化な医療費支出の同時分布

我々は141か国^dを対象とした709点の調査サンプルを使用し、破綻的支出、及び1.90ドルの貧困ラインと相対的な貧困ラインの定義による貧困化保健費支出（貧困に追いやられている人口とさらに貧困に追い込まれた人口の両方）の同時分布（しきい値10%）を調べる。

各国所得グループ全体の世帯年齢構成

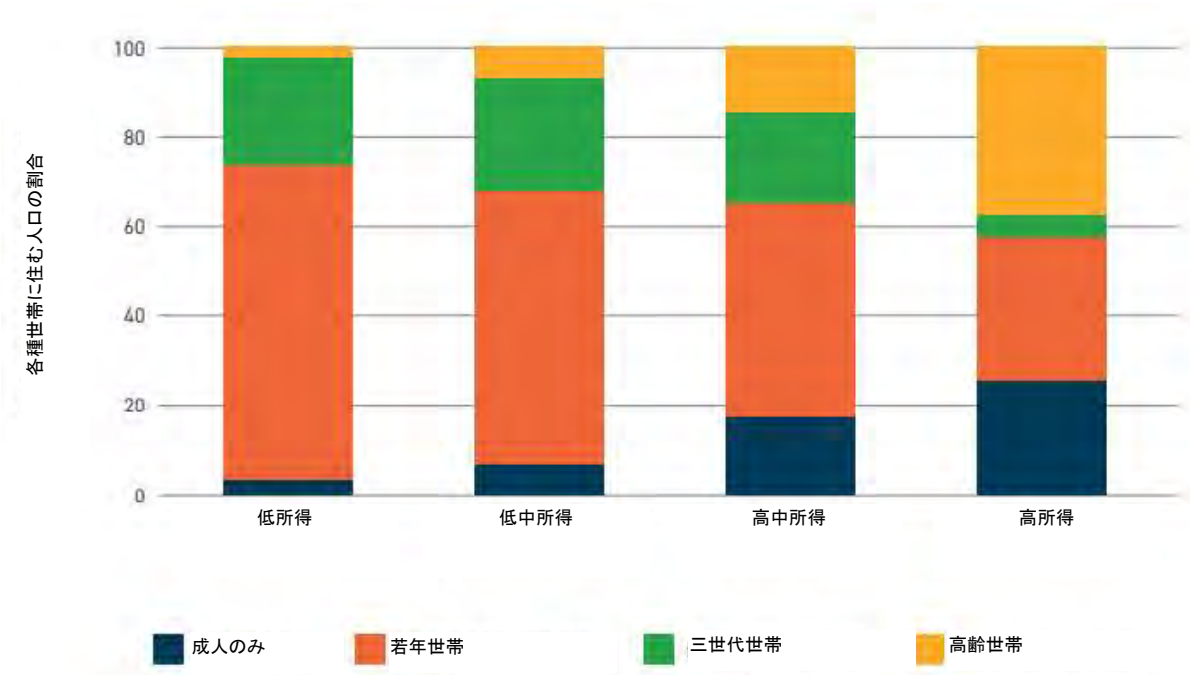
年齢構成の異なる世帯間での自己負担による医療費支出による経済的困窮を比較するため、4つのタイプを構築した。その1つ目は、20～59歳の人々で構成される世帯。この年齢区分には、WHOの最新の推奨年齢分類(33)によると、若年成人と成人（以降、単に「成人」と呼ぶ）のみが含まれる。残る3つはすでに定義されており、以下に対応している。三世代世帯と呼ばれる、20歳未満の人々（子供及び/又は青年）及び60歳以上の成人と一緒に暮らす成人の世帯。若年世帯と呼ばれる、子供（0～9歳）及び/又は青年（10～19歳）と同居している成人の世帯。高齢世帯と呼ばれる、少なくとも1人の高齢者（60歳以上）と同居している成人の世帯、これには高齢者のみで構成される世帯も含まれる。

この分析に利用できるデータは92か国からのものであり、最新の推定値は2009年から2020年の期間に該当し、その最新年の中央値は2014年である^e。世帯の年齢構成は、国の所得グループによって大きく異なる（図A1）。低所得国の人口の大部分（72%）は、子供や青年のいる世帯（若年世帯）に住んでおり、三世代世帯に住んでいる人々（22%）がそれに続く。成人のみ（3%）又は少なくとも1人の高齢者がいる成人のみ（2%）で構成される世帯に住む人はごくわずかである。低中所得国では、平均的に若年世帯と三世代世帯が全人口の90%を占めているが、高中所得国のサンプルでは66%に減少している。対照的に、高所得国では、三世代世帯に住む人々は総人口の5%しか占めておらず、人口は他の年齢構成にさらに均等に分布している。

^d 51の低所得国、67の低中所得国、46の高中所得国、35の高所得国で構成される。

^e これらの国のうち20か国は低所得国、22か国は中所得国であり、各国における所得グループの2015年人口の79%と78%を占めている。32か国は低中所得国であり、その所得レベルの国の2015年人口の43%を占めている。18か国は高所得国であるが、高所得グループの2015年人口の21%しか占めていない。しかしながら、これら18か国の高所得国の平均高齢者人口（60歳以上）の比率（16.2%）は、2015年にすべての高所得国で推定された65歳以上の人口シェア（16.7%）と一致している（134）。したがって、所得グループ間の比較のために、高所得国を残している。

図 A1. 様々な年齢構成の世帯に住む人口の割合

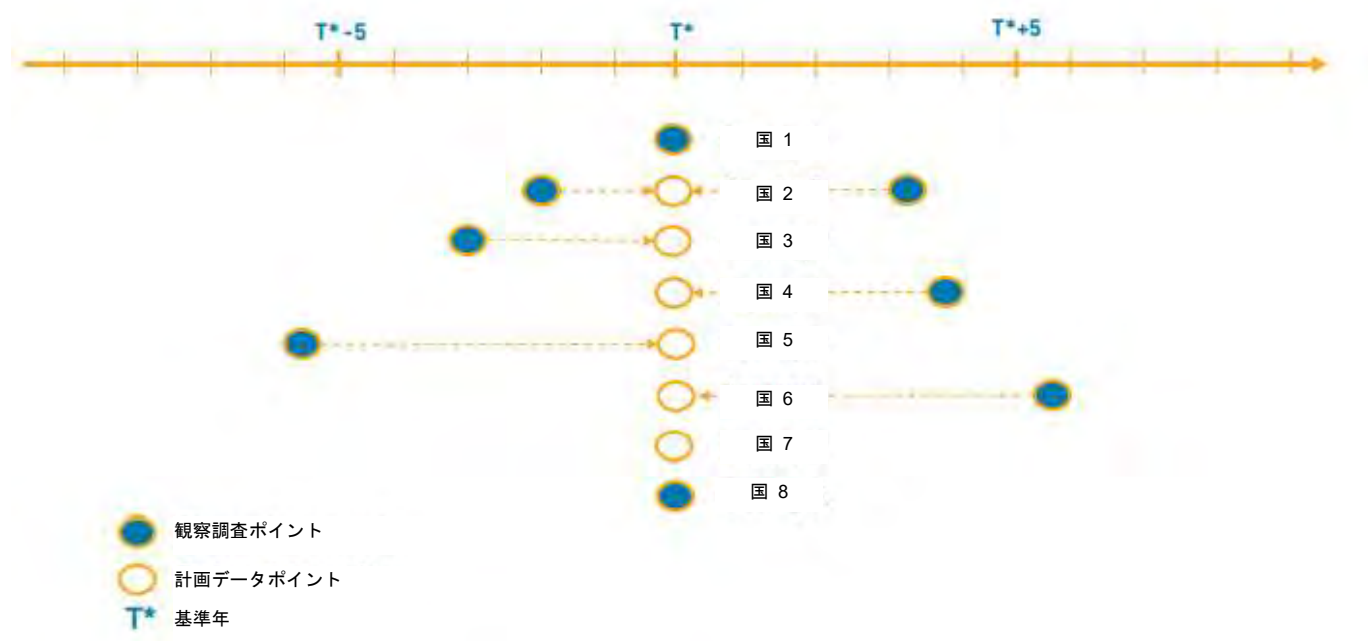


出典: : Based an analysis of the microdata from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

アネックス A4. グローバル及び地域の集計手法 (1章)

総消費額又は収入と自己負担による医療費支出に関する情報を含む世帯調査は、すべての国で、及び毎年利用できるわけではなく、つまり、地域と全世界集計を構築できるようにするには、主要推定値を世界のすべての国と地域の共通の基準年に合わせる必要がある（図A2）。様々な基準年周辺の経済的困窮に関するグローバル及び地域集計は、UHCに関する2017年のグローバル・モニタリング報告書(23)では2000年から2010年まで、そして経済的保護に関する2019年のテーマ別グローバル報告書（135）では2015年まで、より詳細に説明される手法(40, 136)を使用して作成されている。これらの各基準年について、およそ基準年の前後 ± 5 年の範囲で利用可能なすべての検証済み調査データポイントが使用される（たとえば、2019年報告書で作成された2015年の世界推定値は、2010年から2020年の間に収集されたデータポイントを使用して構築されている）。

図 A2. 共通基準年付近を中心とする国レベルでの調査ポイント調整



データ可用性に応じ、全世界推定値の構築には複数のケースが発生する。

ケース 1: データポイントは、基準年 T^* （たとえば、図A2の国1及び8）で使用できる。その場合、調査で得られた経済的保護指標の値を直接使用する。

ケース 2: 基準年 T^* の前後、及び ± 5 年の範囲で2つのポイントを使用できる（例：図A2の国2）。この場合、利用可能なデータを使用して2つの年の間の線形補間を行うだけで、基準年 T^* に計画された経済的保護指標の計画値を使用する。

ケース 3: 基準年 T^* の前又は後のいずれかで使用できるデータポイントは1つのみ（たとえば、図A2の国3及び4）、又は有効なデータポイントが基準範囲外にある（たとえば、図A2の国5及び6）。ここでは、まず、経済的保護指標の固定効果回帰モデルを推定し、最終的な家計消費（OOP/C）に対するOOPの総シェアを従属変数として使用する。次に、モデルのパラメーターを基準年 T^* のOOP/Cの値に適用し、指標の観察値を基準年に計画する（順方向又は逆方向）。

ケース 4: 利用可能なデータポイントはない（例：図A2の国7）。ここでは、経済的保護指標として地域の中央値を使用する。

表A3は、説明されている様々な指標と区分にわたるすべてのデータポイントの国レベルの内訳と、それぞれの基準年におけるこれらの国の対象人口カバー率を示す。たとえば、基準年2015年では、2010～2020年の範囲に少なくとも1つのデータポイントがある114か国からの主要推定値が、2019年の経済的保護に関するグローバル報告書（1）の破綻的支出に使用され、これらの国は全世界人口の87%に相当する（列Bを参照）。現在の報告書では、2015年における、より検証された主要推定値があり、世界人口の91.5%に相当する128か国からの情報が含まれている（列Cを参照）。さらに、2014～2020年の範囲に少なくとも1つのデータポイントを持つ105か国の情報を使用して、2015年に代わり2017年のより最近の基準年の集計を作成することができ、これは、破綻的支出の世界人口の87%、貧困化支出では87か国、世界人口の64.1%に相当する（列Dを参照）。

表 A3. 破綻的及び貧困化の医療費支出の世界的な推定値を構築するために使用されるデータポイントの区分

	[A] [2005～2015]				[B] [2010～2020] (GMR 2019年現在)				[C] [2010～2020] (2021 年更新)				[D] [2014～2020]			
	基準年 2010				基準年 2015				基準年 2015				基準年 2017			
	国(数)		人口カバー率 (%)		国(数)		人口カバー率 (%)		国(数)		人口カバー率 (%)		国(数)		人口カバー率 (%)	
	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I
(1) 基準年ポイント (ケース 1)	58	39	34.2	34.2	23	22	16.4	16.4	47	41	29.7	27.8	31	25	35.4	13.6
(2) 範囲内に最低2 ポイント (ケース2)	34	32	47.6	44.2	15	11	7.6	7.6	28	20	46.6	26.9	8	6	25.7	6.8
(3) 基準範囲内に1 ポイント (ケース 3)	76	40	11.8	10.2	76	59	63.0	60.4	53	48	15.2	33.1	66	56	25.1	43.7
合計 (1) + (2) + (3)	168	111	93.6	88.6	114	92	87.0	84.4	128	109	91.5	87.8	105	87	86.2	64.1
(4) 基準範囲内に データポイント 無し (ケース 3)	17	6	1.8	0.7	42	25	8.0	6.5	16	8	2.7	1.5	40	27	9	24.4
(5) データポイント 無し (ケース 4)	63	81	4.6	10.5	62	81	5.0	8.9	71	98	5.71	10.7	70	101	4.8	11.5

注記: C =破綻的医療費支出、I =貧困化医療費支出。グローバルモニタリングのためのデータ可用性は、国又は地域レベルでのデータ可用性と必ずしも一致しない場合がある。

出典: : Based an analysis of the microdata from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

アネックス A5.経済的苦難：世界および地域別の推計（第1章）

表A4a.経済的困難に苦しむ人口（SDGおよびSDG関連指標）：所得グループ別(%)

所得グループ	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2、25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	9.4	10.8	11.3	12.7	13.2	2.1	2.6	2.7	3.7	3.8
低所得	11.2	12.6	7.9	7.1	7.6	2.7	3.1	1.9	1.5	1.5
低中所得	9.7	12.7	12.3	13.9	14.2	2.4	3.2	2.8	4.0	4.5
高中所得	7.5	5.4	13.6	15.5	16.7	1.1	0.9	3.6	4.9	5.0
高所得者	14.9	15.1	14.2	15.4	15.8	2.6	2.4	2.2	2.4	2.5
貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み					
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	2.0	2.0	1.8	1.6	0.9	17	13.5	10.2	7.5	5.8
低所得	3.6	3.3	1.7	1.4	1.0	28.5	24.1	25.9	27.8	22.6
低中所得	1.5	1.9	2.8	2.8	1.2	13.7	10.9	14.2	10.4	7.6
高中所得	0.6	0.2	1.5	1.0	1.0	5	2.4	5.3	2.5	1.7
高所得	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	1.2	1.2	0.3	0.2	0.3
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.8	2.1	2.1	2.2	1.6	33.7	29.8	25.7	21	16.8
低所得	2.3	2.9	1.8	1.3	1.1	54.1	48.4	44	46.4	40.6
低中所得	2.2	2.3	3.1	3.5	1.9	29	28	40.3	34.1	26.7
高中所得	1.0	0.5	2.1	2.0	2.0	12.1	7.4	15.7	9.0	6.1
高所得	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	3.4	3.4	1.3	0.9	1.3
一人当たりの消費の中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.5	1.9	2.2	2.5	2.3	8.8	10.6	12.4	13.3	12.7
低所得	1.9	2.1	1.7	1.6	1.5	8.1	9.4	11.5	13.4	12.8
低中所得	1.2	2.1	2.4	2.9	2.3	8.0	10.8	10.0	11.1	10.6
高中所得	1.3	1.1	2.6	2.8	2.9	12.5	13.9	16.1	17.3	16.3
高所得	1.3	1.3	1.4	1.3	1.4	9.8	10.6	10	9.8	10.2

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A4b.経済的困難に苦しむ人口（SDGおよびSDG関連指標）：所得グループ別（百万人）

所得グループ	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	579	708	785	940	996	131	167	189	270	290
低所得	275	298	62	45	55	66	73	15	10	11
低中所得	197	313	313	408	423	48	79	72	119	135
高中所得	46	31	339	408	434	7	5	90	129	130
高所得	60	67	72	79	85	11	11	11	12	13
貧困ライン以下への追い込み						さらなる貧困ライン以下への追い込み				
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	124	130	122	115	70	1035	879	704	549	435
低所得	89	80	14	9	7	705	575	206	174	161
低中所得	30	47	70	81	37	280	271	358	304	224
高中所得	4	1	36	25	25	33	15	130	66	43
高所得	1	1	1	1	1	11	12	3	2	3
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	111	133	146	164	118	2053	1936	1775	1535	1260
低所得	58	70	14	8	8	1341	1154	351	291	290
低中所得	46	58	77	102	57	593	692	1012	993	789
高中所得	6	3	52	52	52	79	44	386	232	157
高所得	1	2	1	1	2	30	33	14	11	16
一人当たりの消費の 中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	91	122	154	182	172	539	686	853	971	953
低所得	46	50	14	10	11	201	225	92	84	91
低中所得	25	51	60	85	69	165	268	250	322	314
高中所得	8	7	64	72	75	82	83	396	448	419
高所得	11	13	16	15	17	86	105	111	114	125

備考：すべての集計値は、アネックス A3の (20)と (40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A5a.UN地域別の経済的苦難を受けている人口（SDGおよびSDG関連指標）（%）

UNの地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2、25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	9.4	10.8	11.3	12.7	13.2	2.1	2.6	2.7	3.7	3.8
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	8.0	9.8	9.3	10.9	10.0	2.5	2.5	2.0	2.5	2.2
アジア	10.8	12.5	13.5	15.5	16.6	2.5	3.2	3.5	5.0	5.4
ヨーロッパ	7.3	6.3	6.4	7.3	6.7	1.0	0.9	0.9	1.0	0.9
ラテンアメリカ・カリブ地域	7.2	9.6	9.5	8.6	8.7	1.2	1.6	1.5	1.6	1.6
北アメリカ	5.7	5.5	4.7	4.3	4.4	1.0	0.9	0.8	0.7	0.7
オセアニア	6.0	5.2	3.0	3.0	1.5	1.1	0.9	0.6	0.5	0.2
貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み					
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	2.0	2.0	1.8	1.6	0.9	17.0	13.5	10.2	7.5	5.8
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	2.8	2.0	1.8	1.6	1.4	31.2	28.4	26.2	26.0	23.4
アジア	2.6	2.8	2.4	2.2	1.1	20.3	15.0	10.0	5.4	3.1
ヨーロッパ	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.6	0.0	0.0	0.3
ラテンアメリカ・カリブ地域	0.8	0.6	0.5	0.3	0.2	4.1	4.5	2.7	0.9	0.7
北アメリカ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
オセアニア	0.3	0.2	0.1	0.0	0.0	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.8	2.1	2.1	2.2	1.6	33.7	29.8	25.7	21.0	16.8
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	2.6	2.0	2.0	1.8	1.7	45.0	44.5	43.8	43.7	41.2
アジア	2.2	2.7	2.9	3.2	2.1	42.9	36.6	30.6	22.7	16.1
ヨーロッパ	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	5.9	2.5	0.2	0.3	1.0
ラテンアメリカ・カリブ地域	1.3	1.2	1.0	0.7	0.6	12.0	13.0	8.0	4.0	3.4
北アメリカ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
オセアニア	0.3	0.2	0.1	0.0	0.0	0.6	0.5	0.4	0.2	0.2
一人当たりの消費量の中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.5	1.9	2.2	2.5	2.3	8.8	10.6	12.4	13.3	12.7
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	1.6	1.9	1.9	2.2	2.1	12.9	15.0	14.9	14.9	15.2
アジア	1.5	2.1	2.7	3.0	2.7	6.9	8.8	11.9	13.4	12.3
ヨーロッパ	1.2	1.2	1.4	1.6	1.7	10.2	11.0	10.8	10.9	11.3
ラテンアメリカ・カリブ地域	1.4	1.6	1.6	1.6	1.6	13.4	15.4	14.9	14.8	15.1
北アメリカ	1.4	1.1	0.9	0.8	0.7	10.0	9.9	9.8	8.3	8.5
オセアニア	2.5	2.3	1.2	1.3	1.3	13.3	13.2	8.5	12.0	11.8

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A5b.UN地域別の経済的苦難に苦しむ人口（SDGおよびSDG関連指標）（百万人）

UNの地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	579	708	785	940	996	131	167	189	270	290
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	65	90	97	129	124	20	23	20	29	28
アジア	403	499	568	687	751	94	126	149	221	243
ヨーロッパ	53	46	47	54	50	7	7	7	7	7
ラテンアメリカ・カリブ地域	38	53	56	53	55	6	9	9	10	10
北アメリカ	18	18	16	15	16	3	3	3	3	2
オセアニア	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0
貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み					
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	124	130	122	115	70	1035	879	704	549	435
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	22	18	19	19	18	254	261	273	308	291
アジア	97	108	100	95	51	748	588	415	236	137
ヨーロッパ	1	0	0	0	0	11	5	0	0	2
ラテンアメリカ・カリブ地域	4	3	3	2	1	21	25	16	5	5
北アメリカ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オセアニア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	111	133	146	164	118	2053	1936	1775	1535	1260
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	21	19	21	21	21	366	409	456	516	513
アジア	81	107	119	138	94	1582	1437	1270	991	718
ヨーロッパ	2	1	0	1	0	43	18	1	2	7
ラテンアメリカ・カリブ地域	7	7	6	4	4	63	72	47	25	21
北アメリカ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オセアニア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
一人当たりの消費量の 中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	91	122	154	182	172	539	686	853	971	953
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	13	17	20	26	26	105	138	156	176	190
アジア	56	82	111	131	120	254	345	493	587	548
ヨーロッパ	9	9	10	12	13	74	80	80	81	84
ラテンアメリカ・カリブ地域	7	9	10	10	10	70	86	88	92	96
北アメリカ	4	4	3	3	3	31	32	34	30	31
オセアニア	1	1	0	1	1	4	4	3	5	5

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A6a.経済的困難に苦しむ人口（SDGおよびSDG関連指標）：WHO地域別(%)

WHOの地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	9.4	10.8	11.3	12.7	13.2	2.1	2.6	2.7	3.7	3.8
アフリカ地域	7.7	8.9	7.6	8.9	8.4	2.7	2.6	1.8	2.1	2.0
米州地域	6.6	8.1	7.8	7.0	7.1	1.1	1.4	1.3	1.3	1.3
東地中海地域	7.3	8.6	9.7	11.8	12.5	1.3	1.4	1.7	2.3	2.5
ヨーロッパ地域	7.3	6.3	6.5	7.0	6.9	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
東南アジア地域	12.6	12.6	13.1	15.0	15.2	2.8	2.9	3.3	4.9	5.4
西太平洋地域	10.3	14.3	16.0	18.7	20.2	2.6	4.0	4.6	6.3	6.4
非加盟国	5.4	7.2	7.5	6.4	11.9	1.4	1.1	1.2	1.2	2.2
貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み					
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	2.0	2.0	1.8	1.6	0.9	17.0	13.5	10.2	7.5	5.8
アフリカ地域	2.8	2.2	1.9	1.7	1.4	36.1	33.2	30.6	30.6	27.2
米州地域	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	2.6	2.8	1.7	0.6	0.5
東地中海地域	2.1	1.3	0.8	0.6	0.7	11.7	7.7	4.7	3.0	2.5
ヨーロッパ地域	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	2.3	1.1	0.4	0.2	0.4
東南アジア地域	3.9	3.5	3.5	3.6	1.2	26.5	20.2	15.3	8.8	4.7
西太平洋地域	1.7	2.5	1.9	1.2	1.3	16.8	12.1	6.5	2.8	1.9
非加盟国	1.0	0.4	0.2	0.3	0.3	11.4	2.3	1.3	4.1	3.6
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.8	2.1	2.1	2.2	1.6	33.7	29.8	25.7	21.0	16.8
アフリカ地域	1.9	1.8	1.6	1.3	1.1	48.8	48.5	48.3	48.9	45.2
米州地域	0.8	0.7	0.6	0.4	0.4	7.5	8.2	5.1	2.6	2.2
東地中海地域	3.2	2.5	2.4	2.4	2.6	34.8	31.3	25.0	19.5	17.3
ヨーロッパ地域	0.4	0.2	0.2	0.2	0.1	7.2	3.6	1.3	1.1	1.5
東南アジア地域	2.4	3.0	3.4	4.2	1.7	55.7	47.2	43.6	35.6	25.2
西太平洋地域	2.2	2.7	2.7	2.6	2.7	33.6	28.8	20.2	11.2	7.6
非加盟国	1.2	0.9	0.7	0.7	0.6	19.4	9.5	6.3	12.2	10.7
一人当たりの消費量の 中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.5	1.9	2.2	2.5	2.3	8.8	10.6	12.4	13.3	12.7
アフリカ地域	1.5	1.7	1.7	1.8	1.7	13.4	15.4	15.5	15.3	15.7
米州地域	1.4	1.4	1.4	1.3	1.3	12.1	13.3	13.0	12.4	12.7
東地中海地域	1.7	1.9	1.9	2.4	2.5	10.8	11.8	11.3	11.8	11.9
ヨーロッパ地域	1.2	1.2	1.4	1.5	1.6	10.0	10.7	10.7	10.6	10.9

WHOの地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
東南アジア地域	1.9	1.9	2.5	3.1	2.2	6.0	6.8	7.3	9.2	7.9
西太平洋地域	1.2	2.5	3.2	3.3	3.5	7.0	10.4	16.9	18.7	17.4
非加盟国	1.2	1.3	1.5	1.6	1.7	10.6	11.0	11.1	11.7	12.1

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A6b.経済的困難に苦しむ人口（SDGおよびSDG関連指標）：WHO地域別（百万人）

WHOの地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	579	708	785	940	996	131	167	189	270	290
アフリカ地域	51	67	65	87	87	18	20	15	21	21
米州地域	55	71	72	68	70	9	12	12	13	13
東地中海地域	35	46	57	78	86	6	7	10	15	17
ヨーロッパ地域	63	56	58	64	63	10	9	9	9	9
東南アジア地域	198	214	238	288	299	43	49	59	93	107
西太平洋地域	175	252	292	352	385	45	71	83	118	123
非加盟国	2	3	3	3	5	1	0	0	0	1
貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み					
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	124	130	122	115	770	1035	879	704	549	435
アフリカ地域	18	16	16	17	15	238	249	263	300	281
米州地域	4	3	3	2	1	21	25	16	5	5
東地中海地域	10	7	5	4	5	56	41	28	20	17
ヨーロッパ地域	2	1	0	0	0	20	10	4	2	3
東南アジア地域	62	60	63	70	24	417	344	277	169	93
西太平洋地域	29	43	34	22	25	281	210	117	52	36
非加盟国	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	111	133	146	164	118	2053	1936	1775	1535	1260
アフリカ地域	12	13	13	13	12	322	364	415	479	466
米州地域	7	7	6	4	4	62	72	47	25	21
東地中海地域	15	13	14	16	18	165	166	148	128	119
ヨーロッパ地域	4	2	1	2	1	62	32	12	10	14
東南アジア地域	37	50	62	81	34	877	802	791	685	494
西太平洋地域	36	48	49	49	51	561	499	361	206	143
非加盟国	0	0	0	0	0	3	2	1	2	2
一人当たりの消費量の 中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	91	122	154	182	172	539	686	853	971	953
アフリカ地域	10	13	14	18	18	88	116	133	150	163
米州地域	11	13	13	13	13	101	117	121	121	126
東地中海地域	8	10	12	16	17	51	62	67	78	82
ヨーロッパ地域	11	11	12	14	15	87	94	95	97	100

WHOの地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
東南アジア地域	30	32	45	60	43	94	115	133	177	155
西太平洋地域	21	43	58	61	65	117	180	303	345	324
非加盟国	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

表A7a.経済的苦境にある人口（SDGおよびSDG関連指標）：世界銀行地域別(%)

世界銀行の地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	9.4	10.8	11.3	12.7	13.2	2.1	2.6	2.7	3.7	3.8
東アジア・太平洋地域	9.1	12.4	13.9	16.1	17.6	2.3	3.4	3.9	5.3	5.5
欧州・中央アジア	7.3	6.3	6.4	6.9	6.8	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
ラテンアメリカ・カリブ地域	7.2	9.6	9.5	8.6	8.7	1.2	1.6	1.5	1.6	1.6
中近東・北アフリカ	8.0	10.8	11.5	14.7	15.4	1.8	1.9	2.1	2.9	3.0
北アメリカ	5.7	5.5	4.7	4.3	4.4	1.0	0.9	0.8	0.7	0.7
南アジア	14.0	13.6	14.0	16.3	16.5	3.0	3.1	3.5	5.3	5.9
サブサハラ・アフリカ	7.7	9.3	8.2	8.8	8.3	2.6	2.7	1.9	2.1	2.0
貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み					
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	2.0	2.0	1.8	1.6	0.9	17.0	13.5	10.2	7.5	5.8
東アジア・太平洋地域	1.6	2.2	1.6	1.1	1.2	18.3	12.7	6.0	2.8	2.1
欧州・中央アジア	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	2.3	1.1	0.4	0.2	0.4
ラテンアメリカ・カリブ地域	0.8	0.6	0.5	0.3	0.2	4.1	4.5	2.7	0.9	0.7
中近東・北アフリカ	1.5	1.0	0.6	0.6	0.7	9.9	6.1	4.3	3.6	2.8
北アメリカ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
南アジア	4.5	3.9	3.9	4.0	1.3	25.6	20.3	16.8	9.5	4.8
サブサハラ・アフリカ	2.8	2.2	2.0	1.7	1.4	35.5	32.5	30.1	30.1	26.9
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.8	2.1	2.1	2.2	1.6	33.7	29.8	25.7	21.0	16.8
東アジア・太平洋地域	2	2.4	2.5	2.4	2.4	37.8	31.3	21.2	12.6	9.4
欧州・中央アジア	0.4	0.2	0.2	0.2	0.1	7.2	3.6	1.3	1.1	1.5
ラテンアメリカ・カリブ地域	1.3	1.2	1.0	0.7	0.6	12.0	13.0	8.1	4.0	3.4
中近東・北アフリカ	3.3	2.3	2.1	2.2	2.4	23.2	21.5	16.8	14.7	13.6
北アメリカ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
南アジア	2.7	3.4	3.8	4.7	2.0	55.1	48.3	47.1	38.4	26.8
サブサハラ・アフリカ	1.9	1.8	1.7	1.4	1.2	48.7	48.0	48.0	48.5	44.9
一人当たりの消費量の 中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.5	1.9	2.2	2.5	2.3	8.8	10.6	12.4	13.3	12.7
東アジア・太平洋地域	1.2	2.2	2.8	2.9	3.1	7.3	10.1	15.4	17.8	16.7
欧州・中央アジア	1.2	1.2	1.4	1.5	1.6	10.0	10.6	10.6	10.6	10.9
ラテンアメリカ・カリブ地域	1.4	1.6	1.6	1.6	1.6	13.4	15.4	14.9	14.8	15.1
中近東・北アフリカ	1.6	1.9	2.0	2.5	2.6	10.8	12.3	11.4	11.9	12.5
北アメリカ	1.4	1.1	0.9	0.8	0.7	10.0	9.9	9.8	8.3	8.5
南アジア	2.2	2.1	2.8	3.4	2.4	5.9	6.7	7.4	8.5	6.9
サブサハラ・アフリカ	1.5	1.8	1.8	1.9	1.8	13.4	15.4	15.6	15.4	15.7

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A7b.経済的苦難に苦しむ人口（SDGおよびSDG関連指標）：世界銀行地域別（百万人）

世界銀行の地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	579	708	785	940	996	131	167	189	270	290
東アジア・太平洋地域	189	267	311	373	413	48	73	87	122	128
欧州・中央アジア	63	55	57	63	62	10	8	9	9	9
ラテンアメリカ・カリブ地域	38	53	56	53	55	6	9	9	10	10
中近東・北アフリカ	25	37	44	62	68	6	6	8	12	13
北アメリカ	18	18	16	15	16	3	3	3	3	2
南アジア	195	207	230	285	295	41	47	57	92	105
サブサハラ・アフリカ	52	70	71	88	87	18	21	16	21	21
貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み					
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	124	130	122	115	70	1035	879	704	549	435
東アジア・太平洋地域	32	46	36	24	27	371	268	131	62	48
欧州・中央アジア	2	1	0	0	0	20	10	4	2	3
ラテンアメリカ・カリブ地域	4	3	3	2	1	21	25	16	5	5
中近東・北アフリカ	5	3	2	2	3	31	21	17	15	12
北アメリカ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南アジア	62	60	63	70	24	356	308	276	165	85
サブサハラ・アフリカ	19	17	17	17	15	236	246	261	298	281
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	111	133	146	164	118	2053	1936	1775	1535	1260
東アジア・太平洋地域	41	51	54	53	55	765	660	463	285	215
欧州・中央アジア	4	2	1	2	1	62	32	12	10	14
ラテンアメリカ・カリブ地域	7	7	6	4	4	63	72	47	25	21
中近東・北アフリカ	11	8	8	9	11	73	75	65	63	60
北アメリカ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南アジア	37	52	63	82	35	766	733	771	671	480
サブサハラ・アフリカ	13	14	15	14	12	324	365	417	481	470
一人当たりの消費量の中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	91	122	154	182	172	539	686	853	971	953
東アジア・太平洋地域	24	46	61	66	71	147	213	337	401	383
欧州・中央アジア	11	11	12	14	15	86	93	94	96	99
ラテンアメリカ・カリブ地域	7	9	10	10	10	70	86	88	92	96

世界銀行の地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
中近東・北アフリカ	5	7	8	11	12	34	43	44	51	55
北アメリカ	4	4	3	3	3	31	32	34	30	31
南アジア	30	32	46	59	43	82	102	121	148	124
サブサハラ・アフリカ	10	14	15	19	19	89	117	136	153	165

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

表A8.持続可能な開発目標のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ指標3.8.2：国別の破綻的医療費、入手可能な直近の年

WHOの国名	最新年度	SDG UHC指標 3.8.2 最新版破綻的な支出の発生率(%)	
		世帯の総消費量または 総収入の10%以上	世帯の総消費量または 総収入の25%以上
アフガニスタン**	2016	23.8	5.6
アルバニア	2012	16.7	4.9
アンゴラ	2018	35.5	12.5
アルゼンチン	2017	9.6	2.5
アルメニア	2017	21.0	7.1
オーストラリア***	2015	2.5	0.4
オーストリア	1999	4.3	0.7
アゼルバイジャン	2005	8.1	1.1
バーレーン	2015	4.9	1.4
バングラデシュ	2016	24.4	8.4
バルバドス	2016	16.4	3.8
ベラルーシ共和国	2020	13.5	0.6
ベルギー	2009	11.4	1.4
ベリーズ	2018	6.2	3.1
ベナン**	2015	5.5	1.0
ブータン	2017	4.0	1.8
ボリビア	2019	4.6	0.8
ボスニア・ヘルツェゴビナ	2015	8.2	1.4
ボツワナ	2009	1.0	0.2
ブラジル	2017	11.8	1.9
ブルガリア	2018	21.3	3.1
ブルキナファソ	2014	3.1	0.4
ブルンジ	2013	3.3	0.4
カーボベルデ	2007	2.0	0.0
カンボジア**	2019	17.9	4.9
カメルーン	2014	10.7	1.8
カナダ ¹	2019	3.5	0.8
ケイマン諸島**	2015	0.0	0.0
中央アフリカ共和国	2008	6.7	1.2
チャド	2011	8.7	1.6
チリ	2016	14.6	2.1
中国	2016	24.0	9.2
コロンビア	2016	8.2	2.2
コモロ	2014	8.8	1.6
コンゴ	2011	4.6	0.7

WHOの国名	最新年度	SDGs UHC指標3.8.2 最新版破綻的な支出の発生率(%)	
		世帯の総消費量または 総収入の10%以上	世帯の総消費量または 総収入の25%以上
コスタリカ	2018	7.4	1.1
コートジボワール	2014	12.4	3.4
クロアチア	2010	2.8	0.3
キプロス	2015	14.7	1.6
チェコ	2010	2.2	0.1
コンゴ民主共和国	2012	4.8	0.6
デンマーク	2010	2.9	0.5
ジブチ	2017	1.5	0.3
ドミニカ共和国**	2018	8.2	0.9
エクアドル**	2013	10.3	2.4
エジプト	2017	31.1	6.1
エルサルバドル	2014	1.7	0.3
エストニア	2010	8.8	1.2
エスワティニ	2016	5.0	1.3
エチオピア	2015	2.1	0.3
フィジー	2008	0.8	0.1
フィンランド	2016	6.7	0.7
ガボン	2017	3.8	0.7
ガンビア	2015	0.2	0.0
ジョージア	2017	31.2	9.7
ドイツ	2010	1.5	0.1
ガーナ	2016	1.3	0.1
ギリシャ	2016	16.9	1.6
グアテマラ	2014	11.5	3.8
ギニア	2012	7.0	1.3
ギニアビサウ	2010	6.3	1.0
ハイチ	2013	11.5	4.0
ホンジュラス	2004	1.1	0.1
ハンガリー	2010	7.4	0.3
アイスランド	1995	7.0	0.9
インド	2017	17.3	6.5
インドネシア	2017	4.5	0.9
イラン（イスラム共和国）**	2019	15.3	3.5
イラク	2012	3.7	0.9
アイルランド	2009	5.6	0.5
イスラエル	2012	10.6	1.8
イタリア	2010	9.3	1.1

SDGs UHC指標3.8.2 最新版破綻的な支出の発生率(%)			
WHOの国名	最新年度	世帯の総消費量または 総収入の10%以上	世帯の総消費量または 総収入の25%以上
ジャマイカ	2004	10.2	2.9
日本	2019	10.5	1.9
ジョーダン	2008	1.7	0.3
カザフスタン	2015	2.5	0.1
ケニア	2015	5.1	1.3
キリバス	2006	0.0	0.0
キルギスタン	2016	3.5	0.7
ラオス人民民主共和国	2007	3.0	0.3
ラトビア	2016	21.4	5.7
レバノン	2012	26.6	6.3
レソト	2010	4.5	1.4
リベリア	2016	6.7	1.1
リトアニア	2008	12.9	2.7
ルクセンブルク	2016	3.5	0.3
マダガスカル	2012	2.9	0.6
マラウイ	2016	4.4	1.0
マレーシア	2019	1.5	0.1
モルディブ	2016	10.3	4.1
マリ	2018	2.1	0.1
マルタ	2015	15.9	2.7
モーリタニア	2014	11.7	2.9
モーリシャス	2017	8.2	1.9
メキシコ	2016	1.6	0.2
モンゴル	2018	7.2	1.3
モンテネグロ	2015	10.3	0.8
モロッコ	2013	20.5	6.4
モザンビーク	2014	1.6	0.4
ミャンマー	2017	12.7	3.5
ナミビア	2015	1.5	0.3
ネパール	2016	10.7	2.1
ニカラグア	2014	24.7	9.1
ニジェール	2018	6.5	0.9
ナイジェリア	2018	15.8	4.1
ノルウェー	1998	5.1	0.5
東エルサレムを含む被占領パレスチナ地域	2016	7.6	1.0
オマーン	1999	0.6	0.1

WHOの国名	最新年度	SDGs UHC指標3.8.2 最新版破綻的支出の発生率(%)	
		世帯の総消費量または 総収入の10%以上	世帯の総消費量または 総収入の25%以上
パキスタン	2015	5.4	1.0
パナマ**	2017	6.2	0.7
パラグアイ	2014	7.1	1.9
ペルー	2019	8.4	1.1
フィリピン	2015	6.3	1.4
ポーランド	2016	14.1	1.3
ポルトガル	2011	18.4	3.3
大韓民国※1	2018	12.0	2.9
モルドバ共和国	2016	18.7	3.6
ルーマニア	2016	13.4	2.2
ロシア連邦※1	2020	7.7	0.9
ルワンダ	2016	1.2	0.1
セントルシア	2016	6.6	1.9
サントメ・プリンシペ	2017	4.8	1.2
サウジアラビア	2018	1.3	0.6
セネガル	2011	3.3	0.2
セルビア	2015	8.0	0.5
セーシェル	2013	2.6	1.3
シエラレオネ	2018	16.4	3.0
シンガポール	2013	9.0	1.5
スロバキア	2015	2.7	0.0
スロベニア	2018	3.7	0.3
ソマリア	2017	0.1	0.0
南アフリカ	2014	1.0	0.1
南スーダン	2017	13.4	4.0
スペイン	2019	7.9	1.1
スリランカ	2016	5.4	0.9
スーダン	2009	18.4	3.3
スリナム	2016	4.9	1.4
スウェーデン	1996	5.5	0.7
シリア・アラブ共和国	2007	6.9	1.4
タジキスタン	2018	10.3	2.2
タイ	2019	1.9	0.3
北マケドニア	2006	7.8	0.8
東ティモール	2014	2.6	0.5
トーゴ**	2018	13.4	2.4
トリニダード・トバゴ	2014	3.9	1.9

SDGs UHC指標3.8.2 最新版破綻的支出の発生率(%)			
WHOの国名	最新年度	世帯の総消費量または 総収入の10%以上	世帯の総消費量または 総収入の25%以上
チュニジア	2015	16.7	2.4
トルコ	2016	3.2	0.4
ウガンダ	2016	15.3	3.8
ウクライナ	2019	8.3	1.2
アラブ首長国連邦※1	2019	0.4	-
グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国	2018	2.3	0.4
タンザニア連合共和国	2018	4.3	0.8
アメリカ	2019	4.3	0.8
ウルグアイ	2016	2.3	0.2
ウズベキスタン	2003	6.7	1.8
ベトナム	2020	8.5	1.7
イエメン	2014	15.8	4.2
ザンビア	2010	0.3	0.0
ジンバブエ	2017	11.8	7.0

備考*加盟国によって制作。 ** メンバー国との共同制作。 *** 国の専門家と協力して制作。破綻的な医療費とは、世帯の総消費額または総収入の10%および25%を超える自己負担額と定義される。¹ 特特定の医療費のみを除外し、税引き後の所得を世帯人数の平方根で割って調整した代理指標。この2つのしきい値を用いた定義は、SDGsの指標である3.8.2、「世帯の総消費または収入に占める健康に対する家計支出の割合が大きい人口の割合」に対応している。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療への破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは異なる場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために入手可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの入手可能性とは必ずしも一致しない場合がある。

出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A9.持続可能な開発目標に関連した、医療費の自己負担による貧困化の指標（国別、入手可能な直近の年）

WHOの国名	最新年度	貧困を招く医療費			
		PPP1日1.90ドルの 貧困ライン		消費または収入の中央値の60%の 相対的貧困ライン	
		(貧困への追い込み)	(さらなる貧困への追い込み)	(貧困への追い込み)	(さらなる貧困への追い込み)
		貧困人数の増加	健康関連への 支出不足	貧困人数の増加	健康関連への 支出不足
アフガニスタン**	2016	4.4	16.4	3.3	8.3
アルバニア	2012	0	0	3	7
アンゴラ	2018	5	34	5	20
アルゼンチン1	2004	0	1	2	10
アルメニア	2017	0	0	3	7
オーストラリア***	2015	0	0	1	15
オーストリア	1999	0	0	1	8
アゼルバイジャン	2005	0	0	1	1
バングラデシュ	2016	4	8	4	9
バルバドス	2016	0	0	2	10
ベラルーシ1	2016	0	0	1.7	11.2
ベルギー	2009	0	0	2	11
ベナン**	2015	2	39	-	18
ブータン	2017	1	0	2	4
ボリビア	2019	0	1	1	13
ボスニア・ヘルツェゴビナ	2015	0	0	2	8
ボツワナ	2009	0	4	0	8
ブラジル	2017	0	1	2	20
ブルガリア	2018	0	-	4	12
ブルキナファソ	2014	2	54	2	13
ブルンジ	2013	1	61	1	15
カーボベルデ	2007	0	2	1	12
カメルーン	2014	2	0	2	26
カナダ2	2019	0	0	1	16
中央アフリカ共和国	2008	1	34	1	13
チャド	2011	2	22	1	15
チリ	2016	0	0	2	13
中国	2016	2	2	4	18
コロンビア	2016	0	1	1	12
コモロ	2014	1	15	2	19
コンゴ	2011	1	25	1	22
コスタリカ	2018	0	0	1	11

貧困を招く医療費

WHOの国名	最新年度	PPP1日1.90ドルの貧困ライン		消費または収入の中央値の60%の相対的貧困ライン	
		(貧困への追い込み)	(さらなる貧困への追い込み)	(貧困への追い込み)	(さらなる貧困への追い込み)
		貧困人数の増加	健康関連への支出不足	貧困人数の増加	健康関連への支出不足
コートジボワール	2014	2	-	2	-
クロアチア	2010	0	0	1	10
キプロス	2015	0	-	3	14
チェコ	2010	0	0	1	9
コンゴ民主共和国	2012	1	62	1	20
デンマーク	2010	0	0	1	10
ジブチ	2017	0	2	0	3
ドミニカ共和国**	2018	0	0	2	12
エクアドル**	2013	1	1	2	15
エジプト	2017	2	3	5	11
エルサルバドル	2014	0	0	0	3
エストニア	2010	0	0	1	6
エスワティニ	2016	1	10	1	12
エチオピア	2015	1	12	1	9
フィジー	2008	0	-	-	-
フィンランド	2016	0	-	1	11
ガボン	2017	0	2	1	17
ガンビア	2015	0	7	0	13
ジョージア	2017	2	3	5	16
ドイツ	2010	0	0	1	5
ガーナ	2016	0	6	0	15
ギリシャ	2016	0	-	2	11
グアテマラ	2014	1	2	2	13
ギニア	2012	3	21	1	10
ギニアビサウ	2010	1	50	1	15
ハイチ	2013	3	9	4	10
ハンガリー	2010	0	0	1	13
アイスランド	1995	0	0	1	10
インド	2011	5	16	3	7
インドネシア	2017	0	4	1	16
イラン（イスラム共和国）**	2019	0	0	-	-
イラク	2012	0	2	1	13
アイルランド	2009	0	0	1	10
イスラエル	2012	0	0	2	15

貧困を招く医療費

WHOの国名	最新年度	PPP1日1.90ドル の貧困ライン		消費または収入の中央値の60%の 相対的貧困ライン	
		(貧困への追い込み)	(さらなる貧困 への追い込み)	(貧困への追い込み)	(さらなる貧困 への追い込み)
		貧困人数の増加	健康関連への 支出不足	貧困人数の増加	健康関連への 支出不足
イタリア	2010	0	0	1	9
ジャマイカ	2004	1	1	2	18
ジョーダン	2008	0	0	1	14
カザフスタン	2015	0	0	1	8
ケニア	2015	2	17	1	11
キリバス	2006	0	0	0	0
キルギスタン	2016	0	0	1	3
ラオス人民民主共和国	2007	1	6	0	4
ラトビア	2016	0	-	4	9
レバノン	1999	0	0	7	21
リベリア	2016	2	37	2	16
リトアニア	2008	0	0	2	8
ルクセンブルク	2016	0	-	2	20
マダガスカル	2012	0	51	1	12
マラウイ	2016	1	42	1	9
マレーシア	2019	0	0	1	20
モルディブ	2016	0	0	2	11
マリ	2018	2	37	2	16
マルタ	2015	0	-	3	14
モーリタニア	2014	1	2	3	9
モーリシャス	2017	0	0	1	5
メキシコ	2016	0	0	0	11
モンゴル	2018	0	0	2	14
モンテネグロ	2015	0	0	2	8
モロッコ	2013	2	1	5	14
モザンビーク	2014	1	39	1	13
ミャンマー	2017	1	1	3	11
ナミビア	2015	0	10	0	22
ネパール	2016	2	9	3	13
ニカラグア	2014	3	4	5	21
ニジェール	2018	2	38	1	15
ナイジェリア	2018	2	45	3	24
ノルウェー	1998	0	0	2	10

貧困を招く医療費

WHOの国名	最新年度	PPP1日1.90ドル の貧困ライン		消費または収入の中央値の60%の 相対的貧困ライン	
		(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困 への追い込み) 健康関連への 支出不足	(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困 への追い込み) 健康関連への 支出不足
東エルサレムを含む被 占領パレスチナ地域	2016	0	0	2	13
オマーン	1999	0	0	0	8
パキスタン	2015	0.7	3.1	2.3	11.3
パナマ**	2017	0	0	1	18
パラグアイ	2014	1	2	1	18
ペルー	2019	0	0	1	16
フィリピン	2015	1	8	1	21
ポーランド	2016	0	0	3	12
ポルトガル	2011	0	0	3	13
モルドバ共和国	2016	0	0	3	6
ルーマニア	2016	0	0	2	9
ロシア連邦	2014	0	0	2	16
ルワンダ	2016	0	35	1	12
セントルシア	2016	0	1	2	12
サントメ・プリンシペ	2017	1	14	1	8
セネガル	2011	1	33	2	19
セルビア	2015	0	0	2	12
セーシェル	2013	1	1	1	11
シエラレオネ	2018	4	43	3	14
スロバキア	2015	0	-	1	11
スロベニア	2018	0	-	1	7
ソマリア	2017	1	25	0	2
南アフリカ	2014	0	7	0	17
南スーダン	2017	1	64	3	20
スペイン	2019	0	-	2	13
スリランカ	2016	0	0	1	7
スーダン	2009	3	11	3	17
スリナム	2016	0	0	1	9
スウェーデン	1996	0	0	1	8
シリア・アラブ共和国	2007	0	0	2	12
タジキスタン	2018	0	0	1	4
タイ	2019	0	0	1	11
北マケドニア	2006	0	1	2	8

貧困を招く医療費

WHOの国名	最新年度	PPP1日1.90ドル の貧困ライン		消費または収入の中央値の60%の 相対的貧困ライン	
		(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困 への追い込み) 健康関連への 支出不足	(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困 への追い込み) 健康関連への 支出不足
東ティモール	2014	1	8	1	3
トーゴ**	2018	-	-	2	14
トリニダード・トバゴ	2014	1	1	1	2
チュニジア	2015	0	0	3	15
リルコ	2016	0	0	1	12
ヌガンダ	2016	3	25	3	13
ルクライナ	2019	0	0	2	11
グレートブリテンおよび北 アイルランド連合王国	2018	0	0	0	9
タンザニア連合共和国	2018	1	26	1	10
アメリカ	2016	0	0	1	8
ウルグアイ	2016	0	0	1	14
ウズベキスタン	2003	1	15	1	3
ベトナム	2020	0	1	2	20
イエメン	2014	4	9	4	10
ジンバブエ	2017	5	3	5	2

注：*加盟国によって制作。 ** メンバー国との共同制作。 *** 国の専門家と協力して制作。 ¹ 貧困層の医療費に関する最新の推計値は、破綻的な医療費に関する最新の推計値とは異なる（SDGs指標 3.8.2）。 ² 特定の医療費のみを除外し、税引き後の所得を世帯人数の平方根で割って調整した代理指標。健康への支出の貧弱化は、世帯が健康上の不幸な出来事により、衣食住などの医療費以外の予算項目への支出を余儀なくされ、これらの項目への支出が貧困線で示される水準以下、またはそれ以上に減少した場合に起こる。保健医療費の貧弱化に関する指標は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジというSDGsの公式指標には含まれていないが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを、SDGsの第1目標である「あらゆる形態の貧困をあらゆる場所でなくす」に直接結びつけている。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するために、標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで破綻的な医療費をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために入手可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの入手可能性とは必ずしも一致しない場合がある。

出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

表A10.世界保健機関（WHO）欧州地域の破綻的医療費支出と医療費支出の貧弱化の指標

国名	最新年度	自己負担が支払い能力の40%を超える世帯の割合 (%) ^a	自己負担支払い後に貧困に陥るリスクのある世帯の割合 (%) ^b				
			さらなる貧困	貧困	貧困のリスク	貧困のリスクなし	自己負担なし
アルバニア	2015	12.5	6.7	1.5	6.7	51.4	33.7
オーストリア	2014/2015	3.2	0.8	0.2	1.0	77.9	20.9
ベルギー ^c	2018	3.8	0.6	0.2	0.8	65.5	32.8
ブルガリア	2018	19.2	4.3	3.6	8.1	78.2	5.7
クロアチア	2014	4.0	2.0	0.5	3.3	73.8	20.4
キプロス	2015	5.0	1.3	0.5	1.9	88.4	8.0
チェコ	2012	1.1	0.4	0.1	1.4	97.6	0.6
エストニード	2016	8.1	1.5	1.3	2.1	54.7	40.4
フィンランド ^c	2016	3.8	0.6	0.6	2.2	83.3	13.4
フランス ^e	2017	2.1	1.3	0.2	1.5	81.3	15.7
ジョージア ^e	2018	17.4	3.9	2.9	3.7	64.7	24.7
ドイツ ^e	2018	2.4	0.8	0.2	0.5	88.3	10.3
ギリシャ ^e	2019	8.9	1.6	0.9	3.2	79.7	14.6
ハンガリー	2015	11.6	3.8	2.1	5.7	76.0	12.3
・ イerland	2015/2016	1.2	0.8	0.1	0.9	64.5	33.8
・ タリア ^e	2019	9.4	2.8	1.4	2.1	71.7	22.0
キルギスタン	2014	12.8	2.2	1.5	6.7	71.2	18.5
・ トビア ^e	2016	12.9	2.2	2.0	4.1	62.8	28.9
・ トアニア	2016	15.2	2.2	3.4	4.2	52.3	37.8
・ クセンブルク	2017	2.4	1.1	0.3	0.5	89.8	8.3
マルタ ^c	2015	6.9	1.0	1.1	2.1	80.1	15.6
北マケドニア ^c	2018	6.5	2.2	1.7	2.8	39.4	53.9
共和国 モルドバ	2016	17.1	3.2	3.5	8.9	56.5	27.9
ポーランド	2014	8.6	2.6	1.1	4.3	75.3	16.7
ポルトガル	2015	10.6	2.2	1.6	2.8	84.3	9.0
ルーマニア ^c	2015	12.5	3.7	1.9	5.2	51.5	37.7
スロバキア ^e	2015	5.1	2.6	0.6	3.1	88.8	4.7
スロヴェニア ^e	2018	0.8	0.1	0.1	0.3	80.6	18.9
スペイン ^e	2019	1.6	0.7	0.1	0.7	71.5	27.1
スウェーデン	2012	1.8	0.9	0.2	0.6	50.5	47.8
トルコ ^e	2018	4.3	2.3	0.4	2.0	52.8	42.6
ウクライナ ^e	2019	16.7	8.4	2.4	8.5	76.4	4.4
グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国	2014	1.4	0.8	0.0	0.7	51.4	47.1

注：a 食糧、住居、光熱費のアプローチを用いて、支払い能力の40%を超える自己負担額と定義される破綻的医療費（附属書A2）、b 食糧、住居、光熱費の基本的ニーズを反映した相対的貧困線を用いて、自己負担額を支払った後に貧困化のリスクがある世帯の割合（130,31）、c 新規推定値、d 推定値の修正、e 推定値の更新。

アネックス A6. データおよび手法（第2章）

本アネックスでは、グラフを作成する、あるいはCOVID-19と経済的保護に関する議論を支援するために使用するデータソースと手法を紹介する。

a) 迅速レビュー手法

本章での議論を支援するため、迅速レビューを実施した。Google Scholar による一連のキーワード/フレーズを検索してこれを行った。使用されたキーワード/フレーズは、保健医療/保健医療利用、COVID-19中の保健医療/保健医療利用、セルフメディケーション、健康志向行動、COVID-19中の健康志向行動、COVID-19中のセルフメディケーション、COVID-19中の伝統医学、家庭治療及び自己負担支出、であった。セルフメディケーションについては、対象患者基準を満たすすべての項目が含まれているわけではなかったので、COVID-19中の統計と理解について議論するために国ごとに1つだけを含むものとした。2020年1月以降、査読付き専門誌、調査結果報告書、ニュース記事に掲載された記事をレビューの対象とした。Google Scholarは、COVID-19のパンデミックに直接関係のない多くの記事を提供するため、対象患者基準に従ってフィルタリングした後、記事の要約をレビューして記事をさらにサブセット化した。要約から、推定値がCOVID-19パンデミックに固有であることを確認するため、パンデミック後のデータを利用したもののみを含むこととした。

加えて、WHOと世界銀行の両方の専門家が、時には地域ごとに、これらのトピックに関する参考文献を提供することを求められた。専門家の全リストは、謝辞に含まれている。

b) 第2章共通の統計的選択

- ・ ドルでの金銭的価値は、2017年の一定の米ドル値で提供。
- ・ すべての統計は母集団で加重されている。
- ・ 2019（COVID-19以前）の所得グループ分類は、すべての国で使用される。第1章とは対照的に、所得グループの分類は年ごとに異なり、経済的困窮についての推定値が入手可能な最新の年については、表A10を参照されたい。
- ・ 2021年10月からの国際通貨基金の世界経済見通し（International Monetary Fund World Economic Outlook）（<https://www.imf.org/en/Publications/WEQ>）は、パンデミックのマクロ経済的影響を議論するために使用されている。予測の詳細については、統計的アネックスを参照されたい。この章全体で明確に述べられているとおり、予測には多くの不確実性があり、変更される可能性があるが、これらは本報告書の作成時に入手可能な最良の証拠に基づくものである。

c) データソースの概要（特に指定がない限り、最終アクセス日は2021年10月15日～18日）

- ・ 世界銀行
 - [PovcalNet](#) （2021年6月更新）
 - [Macro Poverty Outlook](#) （2021年9月更新）
 - [High Frequency Survey](#) （前回アクセス日 2021年11月10日）（<https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard>）
- ・ 国際通貨基金
 - [World Economic Outlook](#) （2021年10月更新）
- ・ 世界保健機関
 - [Global Health Expenditure Database](#) （2020年12月更新）
 - [National Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services During the COVID-19 Pandemic](#)

- ・ 保険指標評価研究所（Institute for Health Metrics and Evaluation）
— [Premise General Population COVID-19 Health Services Disruption Survey](#)
- ・ メリーランド大学ソーシャルデータサイエンスセンター（Facebookとの提携）
— [The Global COVID-19 Trends and Impact Survey](#)
- ・ [Oxford COVID-19 Government Response Tracker](#)
- ・ [Our World in Data \(OWID\)](#)
- ・ [Statistics and Research on COVID-19](#)

d)必要に応じた、データソース詳細及び手法図示

世界銀行

PovcalNet

<http://research.worldbank.org/PovcalNet/povOnDemand.aspx>

PovcalNetは、ユーザーが地域別、国のグループ別、又は国個別の貧困率を時間の経過とともに任意の貧困ラインで推定できる計算ツールである。世界銀行の開発経済部のデータグループと調査グループがPovcalNetを共同管理している。

Macro Poverty Outlook

<https://www.worldbank.org/en/publication/macro-poverty-outlook>

Macro Poverty Outlook (MPO) は、開発途上国147か国におけるマクロ経済と貧困の動向を分析している。この報告書は、世界銀行グループと国際通貨基金の春と年次総会（Spring and Annual Meetings）に合わせ年2回発行される。MPOは、最近動向の概要、2021年から2023年までの主要なマクロ経済変数と貧困の予測、及び今後の経済成長、マクロ経済の安定、貧困削減のための重要な課題について説明する各国個別の注記で構成されている。図20は、このソースからのデータと国際通貨基金からのデータに基づく。詳細については、以下を参照されたい。

High Frequency Survey

<https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard>

世界銀行とパートナーは、パンデミックの人的及び経済的影響を抑制する政策への情報提供のため、COVID-19調査から国レベルの結果を収集・公開した。対面インタビューの実施を厳しく制限しているソーシャル・ディスタンス政策を考慮し、LSMS（Living Standards Measurement Study: 生活標準測定調査）では、米国国際開発庁からの資金提供を受け、世界銀行の貧困と公平のグローバル・プラクティス（GP）と協力している。COVID-19への対応と社会経済的影響を追跡するため、頻繁な電話調査に財政的及び技術的支援を提供している。調査には、食料安全保障、雇用変化、収入損失、セーフティネットと保健医療へのアクセス、及び家計対策戦略に関連する質問が含まれている。

この調査で使用されたすべての指標（つまり、図24、25、26、30、及び31）は、ポータルサイトから国レベルでダウンロードされている。これら指標の詳細については、技術ノートで確認可能である。これらの数字は、特に明記されていない限り、国の所得グループごとの単純な人口加重平均を示している。図30のデータは39か国の低中所得国（対象73,638世帯）に焦点を当てており、国の所得グループ別に分類して、過去の保健医療の普及と当該保健医療について報告された様々な理由の相対的な重要性を推定している。各世帯1人の回答者に、面接の30日前に世帯の構成員が保健医療サービスを必要としているか否か、必要なサービスにアクセスできるか否か、そうでない場合はどのような理由で必要かを尋ねた。しかし、調査では、COVID-19パンデミックがより広範囲の社会経済指標に与える影響に関する情報を世帯レベルで収集した。したがって、収入、労働、対処メカニズムに関連する数字を生成するためにも使用される。後者の決定には、高所得国が含まれる。高所得国の総数は、それぞれの注記に示されているように、各数字に固有である。

- ・ ほとんどの数字はすべて、調査の最初の対象集団（つまり、2020年4月～7月）に基づいており、すべての業界を対象とするデータを使用して、国間の比較可能性と最大調査対象を確保している。
- ・ チャートに示す指標は、収入（図24）、労働（図25）、対処メカニズム（図26）、主要な保健医療原因（図30）、保健医療

(図31) のトピックに分類されている。

- 図24は、COVID-19による収入の減少に焦点を当てている。データには、収入の変化の4つの主要区分、農場収入の減少、非農場家族事業からの収入の減少、賃金収入の減少、及び総収入の減少、に関する情報が含まれている。世帯の比率は、これらの区分と自国の所得分類によって示される。
- 図25は、COVID-19の労働市場関連の影響に焦点を当てている。データには、労働市場への影響の5つの主要区分に関する情報が含まれている。それらは、COVID-19の発生以来転職した、世帯が通常の農業活動を行うことができない、先週は通常どおりに働けなかった、通常どおりに働かず給与一部支給又は無給、COVID-19の発生以来仕事をやめた、の5区分である。世帯シェアは、これらの区分の労働市場変化と自国の所得分類によって示される。
- 図26は、パンデミックのために世帯が使用している対処メカニズムに焦点を当てている。データには、総支出の削減、生活費を支払うための資産売却、緊急貯蓄使用という、対処メカニズムの3つの主要区分に関する情報が含まれている。世帯の比率は、これらの対処メカニズムの区分と自国の所得分類によって示される。
- 図30は、対応の区分に応じ、1～13か国の高中所得国、2～17か国の低中所得国、及び3～12か国の低所得国が含まれる。経済的理由、COVIDの理由、供給側の理由、又はその他の理由でケアを求めることができないと回答した各所得グループ（低所得国、低中所得国、高中所得国の回答者数を加算し、総回答数に占める4つの区分のシェアを計算し、各原因のシェアとした。COVIDの理由とは、COVID-19の感染を恐れている/心配しているために、世帯が医療を受けることができないことと定義される。経済的理由とは、世帯が金銭の不足のため医療を受けられないことと定義される。供給側の理由とは、病院/診療所に十分な物資や検査がないため、世帯が医療を受けることができないと定義される。「その他の理由」とは、世帯が単にその他の理由で医療を受けられないことと定義される。
- 図31は、ケアを求めることができない理由に焦点を当てている。データには、医療を受けられない理由の9つの主要区分に関する情報が含まれている。区分は、金銭の不足、医療関係者が不在、医療施設が一杯である、医療施設が閉鎖、病院/診療所に十分な物資や検査がない、COVID-19の感染を恐れている/心配している、禁止（在宅命令）、交通機関の欠如、及びその他の理由、である。世帯の比率は、医療を受けることができないこれらの区分と自国の所得分類によって示される。

国際通貨基金 World Economic Outlook

<https://www.imf.org/en/Publications/WEO>

これはIMFスタッフによる調査であり、通常は年に2回発行される。これは、IMFスタッフのエコノミストによる、短期及び中期の世界経済の発展に関する分析を示す。各章では、世界経済の概要と詳細な分析を示し、先進国、発展途上国、及び市場移行経済に影響を与える問題について考察している。また、現在関心のあるトピックについても取り上げている。図19、20、33、35及び表3の作成に、2021年10月21日のデータを使用している。

- 図19：1人当たりGDP成長率は、一定の現地通貨単位（LCU）での1人当たりGDPの変化率として計算される。一人当たりGDPに関するデータは、IMF世界経済見通しから入手し、単純平均は、数年間（2000年～2023年及び2009年～2020年）の平均年間成長率の計算に使用される。一人当たりGDPの予測は、IMF世界経済見通しで直接報告されているとおりであり、手法と仮定の詳細については、統計的アネックス <https://www.imf.org/en/Publications/WEO> を参照されたい。左のグラフでは、成長率は2019年の分類に従い、世界銀行の所得グループごとに平均化されている。
- 図20：一人当たりの総個人消費は、2017年の一定の米ドルでGDPと一人当たりGDPの総個人消費シェアを掛けることによって計算される。GDPの個人消費シェアの合計（予測を含む）に関するデータは世界銀行のマクロ貧困見通しからダウンロードされ、一人当たりGDPはIMF世界経済見通しのデータを使用して計算されている <https://www.worldbank.org/en/publication/macro-poverty-outlook>。一人当たりの数値は、2019年の分類に従い、4つの世界銀行の所得グループ全体の人口の加重を使用して平均化される。2000～2020年のデータは実平均に基づいており、2021～2023年はIMF世界経済見通しで直接報告された予測（手法と仮定の詳細については、統計的附属書 <https://www.imf.org/en/Publications/WEO> を参照されたい）ベースの平均による。
- 図33：GDPのシェアとしての一般政府歳入と一般政府歳出に関するデータはIMF世界経済見通しからダウンロードされてい

る。各国は、2019年の分類に従い、4つの世界銀行の所得グループにグループ化されている。人口加重平均は、世界銀行の所得グループごとにとっている。2017～2020年のデータは実績に基づいており、2021～2023年は予測ベースの平均である。予測は、IMF世界経済見通しで直接報告されたとおりである（手法と仮定の詳細については、統計的附属書類 <https://www.imf.org/en/Publications/WEO> を参照されたい）。

- 表3：GDPの赤字シェアとGDPのシェアとしての総公的債務に関するデータはIMF世界経済見通しからダウンロードされている。政府歳出のシェアとしての債務返済は、IMF世界経済見通しからのデータを使用して計算される。これは、一般政府財政赤字と一般政府基礎的赤字の違いであり、どちらも一般政府歳出のシェアとして表される。各国は、人口加重を使用し、2019年の分類に従い、4つの世界銀行の所得グループにグループ化される。2017年～2020年の値は、実績に基づく。2021年～2023年は、IMF世界経済見通しで直接報告された予測に基づいている（手法と仮定の詳細については、統計的アネックス <https://www.imf.org/en/Publications/WEO> を参照されたい）。
- 図35：GDPのシェアとしての総公的債務に関するデータはIMF世界経済見通しからダウンロードされている。一般政府歳入、一般政府歳出、及び基礎赤字の1人当たりの数値は、IMF世界経済見通しの指標を使用して計算される。これら3つの変数の一人当たりの数値は、一定の2018 年米ドルでの一人当たりGDPに対応するGDPシェア（GDPのシェアとしての一般政府再入、GDPのシェアとしての一般政府歳出、及びGDPの基礎赤字シェア）を掛けることによって計算されている。一人当たりの債務返済は、一人当たりの一般政府財政赤字（一般政府歳入から一般政府支出を差し引いたもの）と一人当たりの一般政府基礎的赤字との差である。一人当たりの裁量消費支出は、一人当たりの一般政府歳出から一人当たりの債務返済を差し引いたものである。予測は、IMF世界経済見通しで直接報告されたとおりである（手法と仮定の詳細については、統計的アネックス <https://www.imf.org/en/Publications/WEO> を参照されたい）。

世界保健機関、Global Health Expenditure Database

<https://apps.who.int/nha/database>

全世界医療費支出データベース（Global Health Expenditure Database、GHED）は、2000年～2018年までの190か国近くの医療費支出に関する国際比較が可能なデータを提供する。データベースはオープンアクセスであり、保健医療のリソース可用性やそのリソースの効率のかつ公平な使用程度に関するモニタリングを援助することにより、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の目標を促進する。これにより、人々が必要なときに保健医療サービスを利用でき、手頃な価格で利用できるようになる。特に、ここで公開されているデータは、以下の理解を深めるのに役立つ。

- 各国は保健医療にいくら費やしているか？
- 政府、保険会社、世帯、寄贈者等、様々な関係者はどの程度貢献しているか？
- 保健医療のために支払の資金調達は何によるか？
- プライマリ・ヘルスケア（PHC）にいくら費やしているか？
- 様々な疾病や免疫化等プログラムに幾ら費やしているか？
- 5歳未満の集団に幾ら費やしているか？

WHOは加盟国と協力して、保健会計調査や政府歳出記録などの利用可能なデータを使用してデータベースを毎年更新している。必要に応じ、国や年をまたいだデータの包括性と一貫性を確保するための修正と推定が行われている。GHEDは、世界銀行とWHO国際健康観測所（WHO Global Health Observatory）によって再公表された医療費支出データのソースである。

関係図

- 図34：GDPのシェアとしての公的医療費支出と現在の医療費支出のシェアとしての自己負担支出はGHEDデータベースから直接ダウンロードされ、その手法が説明されている。人口加重平均はプロットされている。

National Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services During the COVID-19 Pandemic

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>

COVID-19パンデミック中に不可欠な保健医療サービスの継続性に関する全国パルス・サーベイは、ライフコース全体で不可欠な保健医療サービスに対するCOVID-19パンデミックの影響について国内主要情報提供者から初期洞察を得ることを目的としている。この中間報告の調査結果から、すべてのサービスにわたる崩壊の程度と理由、及び各国がサービス提供を維持するために使用している緩和戦略についての理解を深めることができる。

- ・ 図32：統合サービス提供チャネル全体の崩壊の平均割合（2021年1月～3月）は、112か国で作成されている。崩壊はサービスの種類によって区分され、サービスの種類ごとに、5～25%、24～50%、又は50%を超える崩壊に直面している国の割合が推定されている。崩壊の程度は、特定の崩壊範囲（たとえば、5～25%）に該当する国の数を、国々の総数で割ることによって簡単に推定できる。

保険指標評価研究、Premise General Population COVID-19 Health Services Disruption Survey

<http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/premise-general-population-covid-19-health-services-disruption-survey-2020>

COVID-19 医療崩壊状況調査 2020（COVID-19 Health Services Disruption Survey 2020）は、COVID-19のパンデミックとその後の政府命令、及び病気の蔓延を緩和するための行動の変化に起因するさまざまな保健医療サービスの崩壊レベルを評価するために開発された一連の調査である。

この調査は、スマートフォンベースのプレミス・データ収集プラットフォームを使用して76か国で実施された。回答者は一般集団の個々の構成員であった。データは、ラウンド1（2020）の52,492人の回答者、及びラウンド2（2021）の18,642人の回答者から収集された。調査は、医療提供者への訪問や医薬品へのアクセスを含む、一般的保健医療サービスの提供に対する崩壊レベルに焦点を合わせていた。

この調査は、COVID-19の世界的大流行の発生前と発生直後のサービス提供レベルの変化を評価するために特別に開発された。WHOと世界銀行は、公式発表前にプレミス調査の第2ラウンドの利用を許可してくれた、IHMEのAnnie HaakenstadとRafael Lozanoに謝意を表す。

メリーランド大学ソーシャルデータサイエンスセンター（Facebookとの提携）

<https://jpsm.umd.edu/research/global-covid-19-trends-and-impact-survey%2C-partnership-facebook>

メリーランド大学とカーネギーメロン大学はFacebook Data for Good(79)と提携して、2020年4月に全世界COVID-19トレンド及び影響調査（Global COVID-19 Trends and Impact Survey）を開始した。200か国以上で18歳以上のFacebookユーザーの代表的サンプルが選ばれ、症状、ソーシャル・ディスタンス行動、ワクチン接種、メンタルヘルスの問題、COVID-19に関連する経済的制約などのトピックについて報告するよう求められた。この報告書に含まれる分析で使用されているすべてのデータは、メリーランド大学（UMD）の世界COVID-19の傾向及び影響調査（University of Maryland (UMD) Global COVID-19 Trends and Impact Survey）の国際版からのものであるため、米国のデータは除外されているが、ここで分析され、加重計算されたデータは合計110か国を対象としている。

Facebookは、無応答と対象偏向を減らすための加重を提供する。加重はサンプルの偏向を調整し、対象範囲、ランダムサンプリング、無応答誤差などの表現誤差を最小化しようと試みる。これら加重は、次の2つの段階で作成される。まず、逆傾向なスコアの加重を使用した無応答誤差の調整を適用し、サンプルがFacebookアプリユーザーのサンプリングフレームをよりよく表すようにする。次に、最初のステージからの加重を入力として使用した事後層化を使用した対象誤差の調整を行う。最終的加重は、その日のサンプルの回答者によって表される一般母集団の成人の数として理解できる。Facebookが提供する加重に加え、図26から28を作成するため、国連WPP2020の人口推定に基づき年齢/性別の層化後の加重を追加する、層化後修正が適用された。

過去14日間にCOVID-19の検査を受けた個人の割合に関する調査に使用された質問は、「B7 -過去14日間にコロナウイルス

（COVID-19）の検査を受けたか？」であった。データは、2020年4月23日から30日まで110か国で毎日収集された。各図は、2つの段階で集計された週平均の比率を示している。1つ目は国レベルの人口加重平均、2つ目はWHOによる世界レベルの単純平均である。

COVID-19検査が自己負担の場合、必需品支出削減が蔓延するか否かについて、自己申告による調査を行った際の質問として、過去14日間に検査を受けたと報告した回答者（B7）に対し、「B9-この検査のために自己負担で何かを支払う必要があったか？」と問い、検査費用を自己負担で支払ったと報告した回答者（B9）に対し、「B10-あなた又はあなたの世帯は、あなたがコロナウイルス（COVID-19）検査を受けるために支払った費用のため、必要なもの（食品、住宅、薬など）への支出を減らす必要があったか？」と尋ねた。この比率は、過去14日間に検査を受けたと報告した回答者の数（質問B7に「はい」）に対する、検査による経済的困窮を報告した回答者の数（質問B10に「はい」）として計算される。データは、2020年6月27日～2021年4月30日に110か国で毎日収集された。図27は、WHOが2つの段階で集計した週平均の割合を示している。1つ目は国レベルの人口加重平均、2つ目は世界レベルの単純平均である。

経済不安が蔓延するか否かについての調査での質問は、「D5-来月の家計についてどの程度心配しているか？」であった。想定される回答は、「非常に心配している」、「やや心配している」、「あまり心配していない」、「まったく心配していない」であった。このデータは、2020年5月3日～2021年4月30日まで110か国で毎日収集された。経済不安は、翌月の家計について「非常に心配している」又は「やや心配している」と定義した。したがって、この指標は、すべての個人に対して、翌月に家計を心配している個人の割合に対応している。図26は、WHOが2つの段階で集計した週平均の割合を示している。1つ目は国レベルの人口加重平均、2つ目は世界レベル又は所得グループレベルの単純平均である。

ケアの断念の蔓延に関する調査に使用された質問は、「B13-過去30日間に、次の保健サービス保健医療サービス又は製品のいずれかが必要だったが、それを入手できなかったことがあるか？」であった。ここでいう保健サービス保健医療サービス又は製品とは、「1）緊急輸送サービス又は緊急救助」、「2）いかなる種類の施設であっても一晩滞在する医療」、「3）一晩滞在しない、医療、歯科治療又は治療」、「4）予防保健サービス保健医療サービス（免疫化/ワクチン接種、家族計画、出生前/後介護、定期検査サービスを含む）」、「5）医薬品」、「6）マスク、医療用手袋又はその他の保護具」、及び「7）眼鏡、補聴器、松葉杖、バンドエイド/絆創膏、体温計、又はその他の保健製品」である。各サービス又は製品について、想定される回答は「はい」と「いいえ」であった。この質問は、2020年6月30日～2021年4月1日まで月に1回行われた（月の最終日又は初日のいずれか。2020年12月10日での質問は例外）。（7つの項目のリストのうち）少なくとも1つの医療サービス又は製品について、「はい」と答えた個人は、前月に医療ケアの断念があると見なされる。ケアの断念の蔓延の指標は、すべての個人に対する、過去30日間にサービス及び/又は保健製品を受け取ることができなかった個人の数の割合に対応する。この質問は月に1回行われるため、次のルールが適用された。月の30日又は31日に質問された場合、同じ月の指標が計算され（たとえば、6月30日に収集された回答は6月の観測値となる）、月の1日に質問された場合、指標は前月について計算される（たとえば、2021年2月1日に収集された回答は2021年1月の観測値となる）。2020年11月のみが例外で、11月30日にも12月1日にも質問が行われず、2020年12月10日に収集された回答を2020年11月の指標としている。医療ケアの断念の蔓延に関する指標は、加重と層別化後の補正を使用し、月ごと、及び国ごとに計算された。図28は、世界レベルで月平均の割合を示している。

Oxford COVID-19 Government Response Tracker

<https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker>

データは、オックスフォード大学ブラバトニック公共政策校（Blavatnik School of Government）が率いる、世界各地の学者と学生からなる学際的チームが公開情報から収集する。彼等は、政府対応のいくつかの指標に関する公に入手可能な情報を照合している。

政府対応における変動のベースライン尺度が、COVID-19政府対応嚴重さ指数である。この複合尺度は、順序尺度で測定された7つの指標（S1～S7）の単純な加法スコアであり、0から100まで変化するように再スケーリングされる。この尺度は比較のみを目的としており、国による対応の適切性又は有効性の評価として解釈してはならない。

これには、マスクやフェイス・シールドに関する政府の方針に関するデータが含まれる。この指標は、以下の政策に分かれる。

0-無政策

1- 推奨

2- 家外で他人がいる特定の共有/公共スペース、又はソーシャル・ディスタンスの確保が不可能な状況では必要とされる。

3- 家外で他人がいるすべての共有/公共スペース、又はソーシャル・ディスタンスの確保が不可能なすべての状況で必要とされる。

4- 場所や他人の存在に関係なく、家外では常時必要とされる。

政策データは、政策の地理的範囲に基づき、対象又は一般にさらに分割される。

地理的範囲のバイナリフラグ：

0- 対象

1- 一般

空白- データなし

Our World in Data(OWID) 、 *Statistics and Research on COVID-19*

<https://ourworldindata.org/coronavirus>

オックスフォード大学を拠点とする、グローバル・チェンジ・データ・ラボ（Global Change Data Lab）のプロジェクトであるOWIDは、世界各国のコロナウイルスのパンデミックに関する統計を公開している。これらには、症例総数と新規確認数、死亡総数と新規報告数、ワクチン投与数、コロナウイルス検査数、及びパンデミックに対応して各国が講じた政策措置に関するデータが含まれる。国の所得グループ全体のワクチン接種率に関する情報は、OWID COVID-19 ワクチン接種ページ (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>)に報告されている。

アネックス A7.地域別の国と地域のリスト

国名	WHO 地域	WB地域	UN 地域	SDGs UHC 指標3.8.2 直近の推定値 (年)	年別WB所得 グループ分類
アフガニスタン	Emr	SA	Asia	2020	LI
アルバニア	Eur	ECA	Europe	2012	UMI
アンゴラ	Afr	SSA	Africa	2018	LMI
アルゼンチン	Amr	LAC	LAC	2017	HI
アルメニア	Eur	ECA	Asia	2017	UMI
オーストラリア	Wpr	EAP	Oceania	2015	HI
オーストリア	Eur	ECA	Europe	1999	HI
アゼルバイジャン	Eur	ECA	Asia	2005	LMI
バーレーン	Emr	MENA	Asia	2015	HI
バングラデシュ	Sear	SA	Asia	2016	LMI
バルバドス	Amr	LAC	LAC	2016	HI
ベラルーシ	Eur	ECA	Europe	2020	UMI
ベルギー	Eur	ECA	Europe	2009	HI
ベリーズ	Amr	LAC	LAC	2018	UMI
ベナン	Afr	SSA	Africa	2015	LI
ブータン	Sear	SA	Asia	2017	LMI
ボリビア	Amr	LAC	LAC	2019	LMI
ボスニア・ヘルツェゴビナ	Eur	ECA	Europe	2015	UMI
ボツワナ	Afr	SSA	Africa	2009	UMI
ブラジル	Amr	LAC	LAC	2017	UMI
ブルガリア	Eur	ECA	Europe	2018	UMI
ブルキナファソ	Afr	SSA	Africa	2014	LI
ブルンジ	Afr	SSA	Africa	2013	LI
カーボベルデ	Afr	SSA	Africa	2007	LMI
カンボジア	Wpr	EAP	Asia	2019	LMI
カメルーン	Afr	SSA	Africa	2014	LMI
カナダ	Amr	NA	NA	2019	HI
ケイマン諸島	Non MS	LAC	LAC	2015	HI
中央アフリカ共和国	Afr	SSA	Africa	2008	LI
チャド	Afr	SSA	Africa	2011	LI
チリ	Amr	LAC	LAC	2016	HI

国名	WHO地域	WB地域	UN 地域	SDGs UHC 指標3.8.2 直近の推定値 (年)	年別WB所得 グループ分類
中国	Wpr	EAP	Asia	2016	UMI
コロンビア	Amr	LAC	LAC	2016	UMI
コモロ	Afr	SSA	Africa	2014	LI
コンゴ	Afr	SSA	Africa	2011	LMI
コスタリカ	Amr	LAC	LAC	2018	UMI
コートジボワール	Afr	SSA	Africa	2014	LMI
クロアチア	Eur	ECA	Europe	2010	HI
キプロス	Eur	ECA	Asia	2015	HI
チェコ共和国	Eur	ECA	Europe	2010	HI
コンゴ民主共和国	Afr	SSA	Africa	2012	LI
デンマーク	Eur	ECA	Europe	2010	HI
ジブチ	Emr	MENA	Africa	2017	LMI
ドミニカ共和国	Amr	LAC	LAC	2018	UMI
エクアドル	Amr	LAC	LAC	2013	UMI
エジプト	Emr	MENA	Africa	2017	LMI
エルサルバドル	Amr	LAC	LAC	2014	LMI
エストニア	Eur	ECA	Europe	2010	HI
エスワティニ	Afr	SSA	Africa	2016	LMI
エチオピア	Afr	SSA	Africa	2015	LI
フィジー	Wpr	EAP	Oceania	2008	UMI
フィンランド	Eur	ECA	Europe	2016	HI
ガボン	Afr	SSA	Africa	2017	UMI
ガンビア	Afr	SSA	Africa	2015	LI
ジョージア	Eur	ECA	Asia	2017	LMI
ドイツ	Eur	ECA	Europe	2010	HI
ガーナ	Afr	SSA	Africa	2016	LMI
ギリシャ	Eur	ECA	Europe	2016	HI
グアテマラ	Amr	LAC	LAC	2014	LMI
ギニア	Afr	SSA	Africa	2012	LI
ギニアビサウ	Afr	SSA	Africa	2010	LI
ハイチ	Amr	LAC	LAC	2013	LI
ホンジュラス	Amr	LAC	LAC	2004	LMI
ハンガリー	Eur	ECA	Europe	2010	HI
アイスランド	Eur	ECA	Europe	1995	HI
インド	Sear	SA	Asia	2017	LMI
インドネシア	Sear	EAP	Asia	2017	LMI
イラン（イスラム共和国）	Emr	MENA	Asia	2019	UMI

国名	WHO 地域	WB 地域	UN 地域	SDGs UHC 指標3.8.2、 直近の推定値 (年)	年別WB所得 グループ分類
イラク	Emr	MENA	Asia	2012	UMI
アイルランド	Eur	ECA	Europe	2009	HI
イスラエル	Eur	MENA	Asia	2012	HI
イタリア	Eur	ECA	Europe	2010	HI
ジャマイカ	Amr	LAC	LAC	2004	LMI
日本	Wpr	EAP	Asia	2019	HI
ジョーダン	Emr	MENA	Asia	2008	LMI
カザフスタン	Eur	ECA	Asia	2015	UMI
ケニア	Afr	SSA	Africa	2015	LMI
キリバス	Wpr	EAP	Oceania	2006	LMI
キルギスタン	Eur	ECA	Asia	2016	LMI
ラオス人民民主共和国	Wpr	EAP	Asia	2007	LI
ラトビア	Eur	ECA	Europe	2016	HI
レバノン	Emr	MENA	Asia	2012	UMI
レソト	Afr	SSA	Africa	2010	LMI
リベリア	Afr	SSA	Africa	2016	LI
リトアニア	Eur	ECA	Europe	2008	UMI
ルクセンブルク	Eur	ECA	Europe	2016	HI
マダガスカル	Afr	SSA	Africa	2012	LI
マラウイ	Afr	SSA	Africa	2016	LI
マレーシア	Wpr	EAP	Asia	2019	UMI
モルディブ	Sear	SA	Asia	2016	UMI
マリ	Afr	SSA	Africa	2018	LI
マルタ	Eur	MENA	Europe	2015	HI
モーリタニア	Afr	SSA	Africa	2014	LMI
モーリシャス	Afr	SSA	Africa	2017	UMI
メキシコ	Amr	LAC	LAC	2016	UMI
モンゴル	Wpr	EAP	Asia	2018	LMI
モロッコ	Emr	MENA	Africa	2013	LMI
モザンビーク	Afr	SSA	Africa	2014	LI
ミャンマー	Sear	EAP	Asia	2017	LMI
ナミビア	Afr	SSA	Africa	2015	UMI
ネパール	Sear	SA	Asia	2016	LI
ニカラグア	Amr	LAC	LAC	2014	LMI
ニジェール	Afr	SSA	Africa	2018	LI
ナイジェリア	Afr	SSA	Africa	2018	LMI
モロッコ	Emr	MENA	Africa	2013	LMI
モザンビーク	Afr	SSA	Africa	2014	LI
ミャンマー	Sear	EAP	Asia	2017	LMI
ナミビア	Afr	SSA	Africa	2015	UMI
ネパール	Sear	SA	Asia	2016	LI
ニカラグア	Amr	LAC	LAC	2014	LMI
ニジェール	Afr	SSA	Africa	2018	LI
ナイジェリア	Afr	SSA	Africa	2018	LMI

国名	WHO地域	WB地域	UN地域	SDG UHCs 指標3.8.2 直近の推定値 (年)	年別WB所得 グループ分類
ノルウェー	Eur	ECA	Europe	1998	HI
東エルサレムを含むパレスチナの 占領地	Non MS	MENA	Africa	2016	LMI
オマーン	Emr	MENA	Asia	1999	UMI
パキスタン	Emr	SA	Asia	2018	LMI
パナマ	Amr	LAC	LAC	2017	HI
パラグアイ	Amr	LAC	LAC	2014	UMI
ペルー	Amr	LAC	LAC	2019	UMI
フィリピン	Wpr	EAP	Asia	2015	LMI
ポーランド	Eur	ECA	Europe	2016	HI
ポルトガル	Eur	ECA	Europe	2011	HI
大韓民国	Wpr	EAP	Asia	2018	HI
モルドバ共和国	Eur	ECA	Europe	2016	LMI
ルーマニア	Eur	ECA	Europe	2016	UMI
ロシア連邦	Eur	ECA	Europe	2020	UMI
ルワンダ	Afr	SSA	Africa	2016	LI
セントルシア	Amr	LAC	LAC	2016	UMI
サントメ・プリンシペ	Afr	SSA	Africa	2017	LMI
サウジアラビア	Emr	MENA	Asia	2018	HI
セネガル	Afr	SSA	Africa	2011	LMI
セルビア	Eur	ECA	Europe	2015	UMI
セーシェル	Afr	SSA	Africa	2013	UMI
シエラレオネ	Afr	SSA	Africa	2018	LI
スロバキア	Eur	ECA	Europe	2015	HI
スロベニア	Eur	ECA	Europe	2018	HI
ソマリア	Emr	SSA	Africa	2017	LI
南アフリカ	Afr	SSA	Africa	2014	UMI
南スーダン	Afr	SSA	Africa	2017	LI
スペイン	Eur	ECA	Europe	2019	HI
スリランカ	Sear	SA	Asia	2016	LMI
スーダン	Emr	SSA	Africa	2009	LMI
スリナム	Amr	LAC	LAC	2016	UMI
スウェーデン	Eur	ECA	Europe	1996	HI
シリア・アラブ共和国	Emr	MENA	Asia	2007	LMI
タジキスタン	Eur	ECA	Asia	2018	LI
タイ	Sear	EAP	Asia	2019	UMI
北マケドニア	Eur	ECA	Europe	2006	LMI

国名	WHO地域	WB 地域	UN地域	SDGs UHC	年別WB所得 グループ分類
				指標3.8.2 直近の推定値 (年)	
東ティモール	Sear	EAP	Asia	2014	LMI
トーゴ	Afr	SSA	Africa	2018	LI
トリニダード・トバゴ	Amr	LAC	LAC	2014	HI
チュニジア	Emr	MENA	Africa	2015	LMI
リルコ	Eur	ECA	Asia	2016	UMI
ヌガンダ	Afr	SSA	Africa	2016	LI
ルクライナ	Eur	ECA	Europe	2019	LMI
アラブ首長国連邦	Emr	MENA	Asia	2019	HI
グレートブリテンおよび 北アイルランド連合王国	Eur	ECA	Europe	2018	HI
タンザニア連合共和国	Afr	SSA	Africa	2018	-
アメリカ	Amr	NA	NA	2019	HI
ウルグアイ	Amr	LAC	LAC	2016	HI
ウズベキスタン	Eur	ECA	Asia	2003	LI
ベトナム	Wpr	EAP	Asia	2020	LMI
イエメン	Emr	MENA	Asia	2014	LMI
ザンビア	Afr	SSA	Africa	2010	LMI
ジンバブエ	Afr	SSA	Africa	2017	LI

備考：Afr = Africa地域、Amr = 米州地域、Emr = 東地中海地域、Eur = 欧州地域、Sear = 東南アジア地域、Wpr = 西太平洋地域、Non MS = 非WHO加盟国、LAC = 中南米・カリブ地域、MENA = 中東・北Africa地域、SSA = サブサハラ・Africa地域、NA = 北米地域、ECA = 欧州・中央アジア地域、EAP = 東アジア・太平洋地域、SA = 南アジア地域、LI = 低所得者層、LMI = 低中所得者層、UMI = 高中所得者層、HI = 高所得者層。



A stony, slippery road to universal health coverage: the Philippine case

An online presentation to the Conference on “The challenges of achieving UHC under Covid19 Pandemic in Asia: How are public-private partnerships underway?” with the National Institute of Public Health, Japan, 22 Feb 2022

Professor Maria C G Bautista, PhD

Graduate School of Business, Ateneo de Manila University

Rockwell, Makati City, Philippines



Healthcare workers transport Covid-19 vaccines to rural villages in Aringay, La Union province, Philippines last December. Photographer: Ezra Acayan/Getty Images

Outline of Presentation

Philippines new UHC Act: Features and Timetable

Research Question: Will these provisions and implementation plans for the new UHC Act make for an improved health system, able to respond to shocks?

Response to the conference's guide questions on PPP; PHC & HHR; Financing; Development Assistance

Timeline of Philippines' UHC

Enshrined in law: Republic Act 11223
Feb 2019

Implementation Rules and Regulations
approved Dec 2019

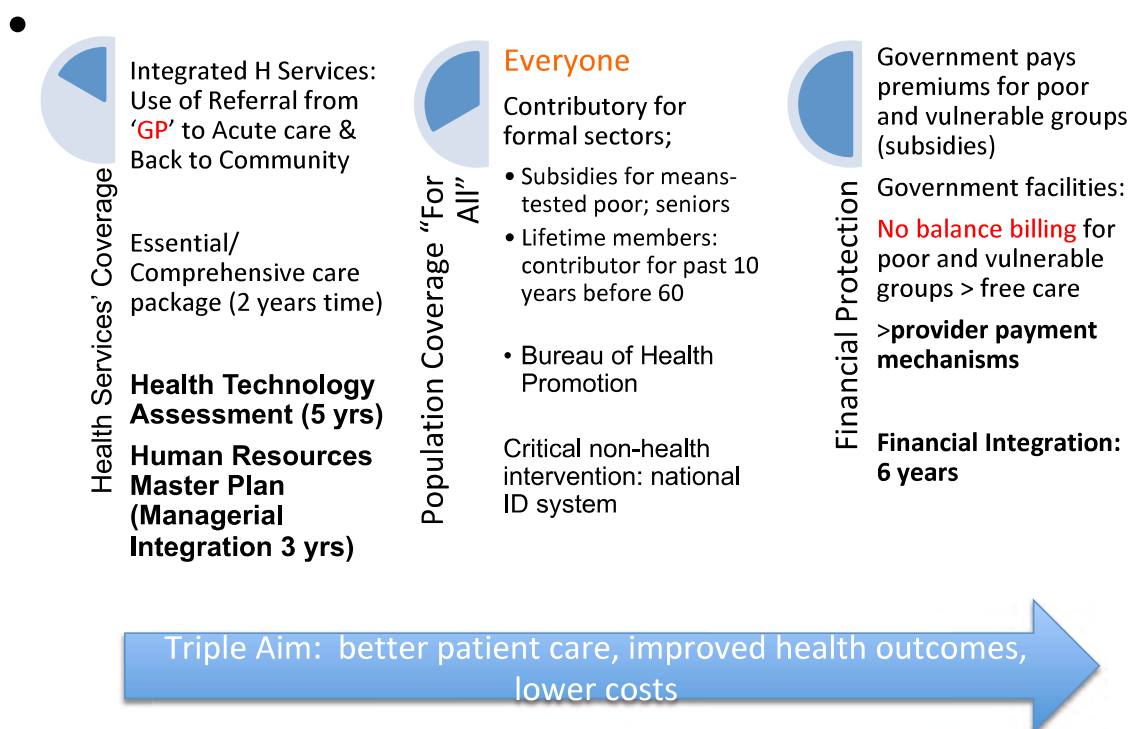
For Implementation – 1 Jan 2020

10 Year Timeline > 6th year review

Status: UHC coverage index(WB): 55%

In 58 Implementation sites (out of 81
provinces and 146 cities in the country)

Philippines' UHC Journey



Query: Will these provisions and implementation plans for the new UHC Act make for an improved health system, able to respond to shocks?

- What has the Covid19 pandemic situation and response shown?
- What synapses were activated or developed?

Filter Epidemiology data by Region: (All) ▼

by Province / HUC / ICC: (All) ▼

As of February 15, 2022

HUC - "Highly Urbanized City"
ICC - "Independent Component City"

Nationwide Cases Data

Total Cases

3,641,940

+2,010 added on 02/15

Active Cases

72,305

Recovered

3,514,489

Died

55,146



[View Detailed Case Information](#)

Confirmed cases are those that tested RT-PCR positive by a DOH-RITM certified lab.



National COVID-19 Vaccination Dashboard

Coverage date: March 1, 2021 to February 09, 2022. Data as of February 09, 2022. Data is refreshed daily at 12:00 PM.

Total Doses Administered

128,700,168

3,502 doses administered on Feb 9

First Dose

60,674,767 (+3,502 doses administered on Feb 9)

Complete Dose

60,013,407 (+ doses administered on Feb 9)

Booster Dose

8,011,994 (+ doses administered on Feb 9)

584

TOTAL DOSES ADMINISTERED

What synapses were activated? What worked?

- Health emergency funding mechanism (Bayanihan1- P387B); some flexibility with reallocation at the local level
- (procurement and reporting issues)
- Private sector were on the frontlines of Covid19 outbreak (as those initially affected were going to private facilities, government facilities organised some 3 weeks after; spearheaded vaccine orders but had to 'piggy back' government orders for regulatory clearance)
- → (regulatory partnership)
- Heightened critical role of local governments (to their constituencies and nationally)
- International partners (e.g. ADB, Japan)

finally, some progress in Public Private Partnerships (Public-Public)

Table: List of Pipeline Public Private Health Infrastructure Projects

	Implementing Agency	Investment (Php)	J-Yen	(USD)	Status
Philippine General Hospital - Diliman	University of the Philippines	21.3 billion	47.9 trillion	414.92 million	before ICC for approval
Baguio General Hospital and Medical Centre, Renal Centre	LGU & DOH	470 million	1 billion	8.0 million	
Cagayan Valley Medical Centre - Homoedialysis Centre	LGU & DOH	330 million	742 million	6.4 million	
Philippine General Hospital (PGH), Manila Cancer Centre	PGH	4.6 Billion	10.3 billion	89.6 million	before ICC for approval
Mariveles Mental Health and Wellness Center	LGU & DOH				
Makati Life Medical Center	Prv-Pub(LGU) - Govt b	5 billion	11 billion	97.2 million	157

Public-Private profile of Philippine health system (indicative)

Beds(2019): **Public** 55,469 **Private** 57,352 1:975 pop'n standard
Gap: 110,000 beds

Doctors (MD; 2017) 66,000
Public: 50% Private: 50%
(Statista: 28,820)

Nurses (2017)
Public 39% Private 61%
(Statista- 01/22: 88,520 nurses)

Primary Health Care

Pinistar.com

February 6, 2022 | 11:26am



Health workers conduct house-to-house antigen testing for residents of West Rembo in Makati City on Tuesday, Jan. 18, 2022. The activity is part of COVID-19 response program of the office of the Vice President Leni Robredo. DOH Epidemiology Bureau director Dr. Alethea de Guzman, said 15 areas in Metro Manila already have cases of the highly transmissible Omicron coronavirus variant.

3,000 private pharmacies (2017)

Rural Health Units 2,593 1:42.4k
(std.-1:20k)

Barangay Health Stations 22,612 1:4.9k
(1:5k)

Midwives 16,948 1:5.9k (1:5k)

Financial Protection

Health care spending(HCE) as % GDP - 4.7% 2019 5.6% 2020

HCE: Php 909.5 M (2019) Php 1.0 T (2020) 10.4% increase

First time in 2020, 3rd party-payors exceeded out of pocket payments by households (45.7% vs. 44.7%), voluntary health care payment schemes: 9.6%

Development Cooperation

Approach to development as 'technical'; selling a 'solution'; 'buy-in' mentality fostered (be more collaborative)

Local engagement at health systems level

Assess your strength; work on capacity and capability-building

What has the Covid19 pandemic situation and management shown?

In a low-trust environment, local governments and private sector led the way; with engaged citizens

Highlighted provider payment mechanism issues

Knowledge mediators for information tracking, modelling and systems → health knowledge economy

Money and its allocation per se is not the problem (absorptive capacity, competences)

Conclusion



A long slippery path... but health is in everyone's mind; A good time for Churchill's 'not letting a good crisis go to waste'

Every administration change (election) a sharp curve

Uphill climb in bringing key partners on board

Balance possible with good coordination (on the ground; less noise at the top)

Leadership > Partnerships: knowledge economy; regulatory; pp-p/e > well-designed Incentives > information systems

Thank you! Arigato!

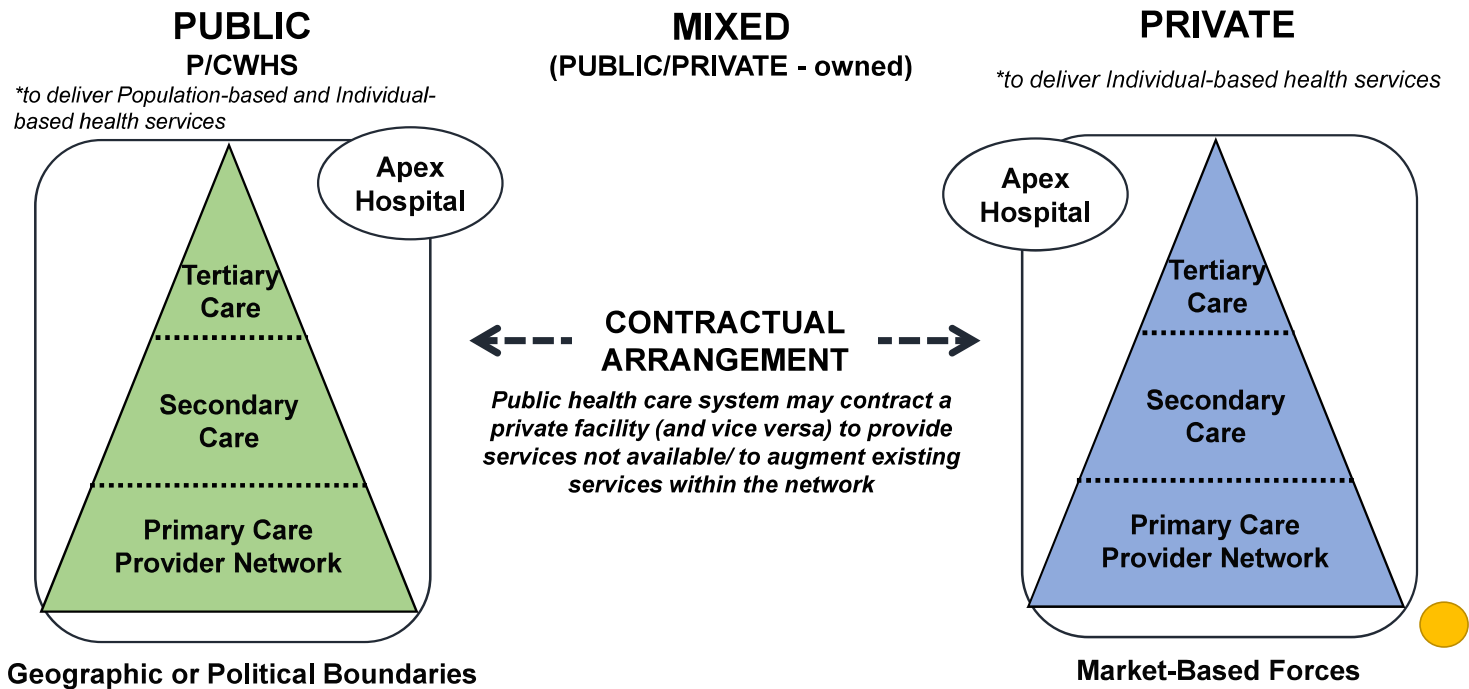
- A train is better than a single UHC bus! Come on board! (not a *shinkansen*... yet)



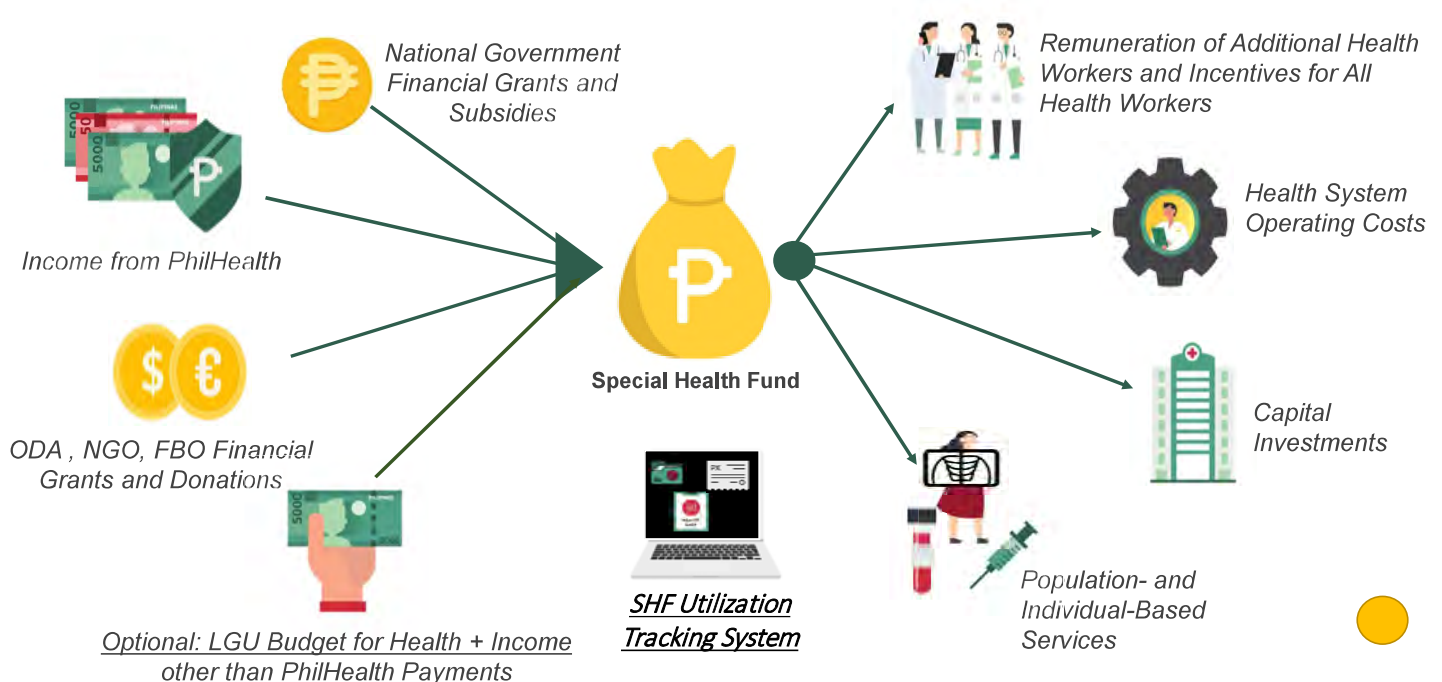
mcbautista@ateneo.edu;
maria_head@teamsnz.co.nz

Photo credit: Helen Belleti

Health Care Provider Networks (Rule IV)



Special Health Fund (Rule V)



Criteria for Identifying Individual-based and Population-based Primary Care Services

Rivalry

"Will there be rivalry among recipients when this service is rendered?"

INDIVIDUAL-BASED	POPULATION-BASED
<ul style="list-style-type: none">• Rival• One person's use of a health service diminishes other people's use• These health services may only be provided to one person at a time to ensure that full benefits of the good are imparted to the receiver	<ul style="list-style-type: none">• Non-rival• One person's use of a health service does not prevent others from accessing and benefiting from it• Full benefits of these health services are enjoyed by more than one person up to a maximum area of effect and that the administration of these services are not compromised

Criteria for Identifying Individual-based and Population-based Primary Care Services

Excludability

"Is this service and its benefit(s) only accessible by one person when rendered?"

INDIVIDUAL-BASED	POPULATION-BASED
<ul style="list-style-type: none">• Excludable• Only persons who avail of these services may access and benefit from individual-based health services	<ul style="list-style-type: none">• Non-excludable• The benefits from population-based services may also be accessed and enjoyed by people not paying for these services.

Criteria for Identifying Individual-based and Population-based Primary Care Services

Externality

"Are there external effects beyond one individual when this service is rendered?"

INDIVIDUAL-BASED	POPULATION-BASED
<ul style="list-style-type: none"> No external effects Little to no effect of health service provided beyond the one person directly availing 	<ul style="list-style-type: none"> Have external effects Effect of health service provided extends beyond the well-being of one person, indirectly affecting the rest of the population who neither pays for nor is compensated for the effect of the intervention

National Health Insurance Program



Simplification of NHIP membership:

- Direct contributors** – those who have the capacity to pay premiums
- Indirect contributors** – those whose premiums are subsidized by the National Government



Pooling funds to PhilHealth for all individual-based health services

Lao PDR's progress towards UHC

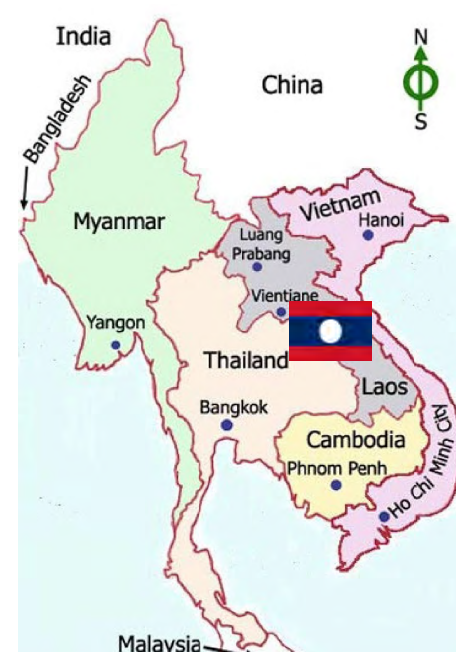
Emiko Masaki,
Senior health economist, World Bank
February 22, 2022

1

Country Overview

	Selected Key Indicators	2015	2020	2025 Target
Population/ economy	Total Population (in million)	6.74	7.27	
	Poverty rate* 2013; 2019	24.6	18.3	
	GNI per capita, Atlas method (current US\$)	1,980	2,520	
	GDP growth (annual %)	7.3	0.5	
	Per capita economic growth (annual %)	5.7	-1.0	
Health and Nutrition Outcomes	Infant Mortality Rate (per 1000 live births)	42	35	20
	Under 5 mortality (per 1000 live births)	54	44	30
	Maternal Mortality Ratio (MMR; maternal deaths per 100,000 live births), 2017	209	185	110
	Prevalence of Stunting, height for age (% of children under 5), 2017	35.5	33.1	27
Access to Healthcare	Children fully immunized (%)	43	62	n/a
	Births attended by skilled health staff (%), 2012 and 2017	40.1	64.4	n/a
Healthcare capacity	Hospital Beds (per 1000 people)*	1.26	1.35	n/a
	Physician density (per 1000 people)*	0.56	0.62	n/a

Source: WDI, WHO database, and *National Health Statistic Report 2020



2

Related act for achieving UHC

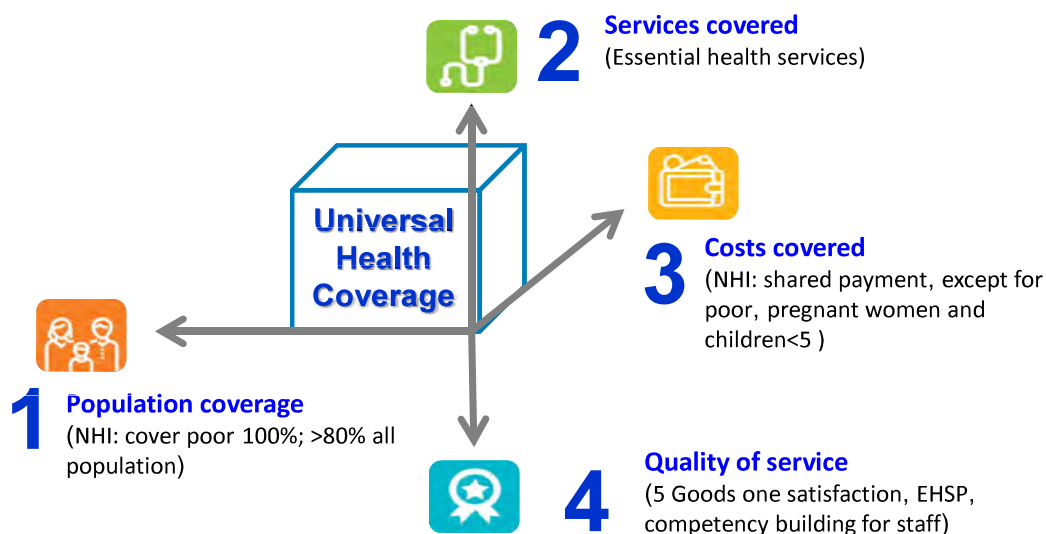
The government of Lao (GOL) has committed to achieve UHC by 2025 by expanding population and service coverage and improving financial protection.

Lao PDR is in the implementation of Phase 3 of the Health Sector Reform Strategy which aims to achieve UHC with an adequate package of quality health services and appropriate financial protection

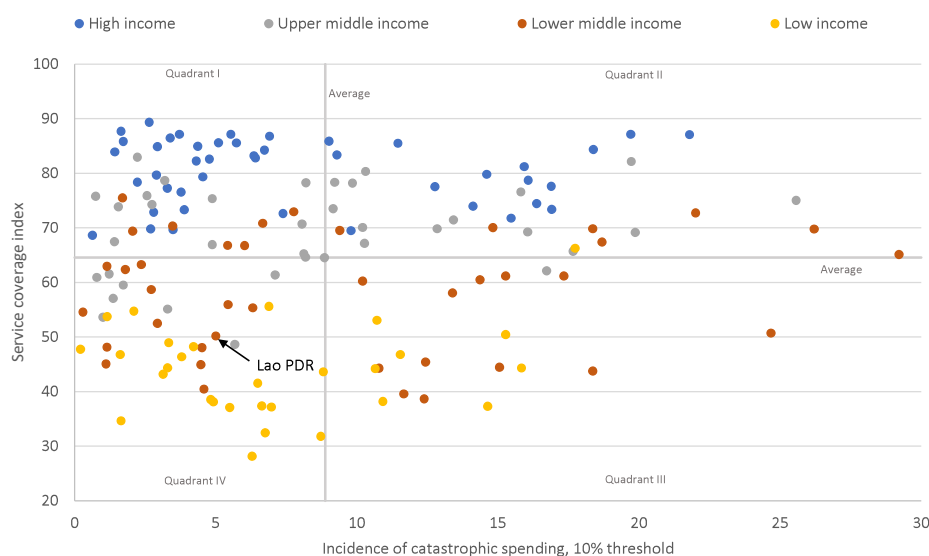
The 9th Health Sector Development Plan 2021–2025 strives to accelerate the health sector reform for UHC, in particular the development of human resources, improvement of governance and financing, and integration into one comprehensive health information system.



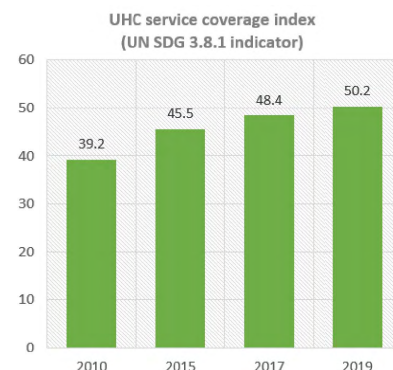
Achieving Universal Health Coverage in Lao PDR



Universal Health Coverage Indicators for Lao PDR



Source: WHO, Universal Health Coverage. Indicators

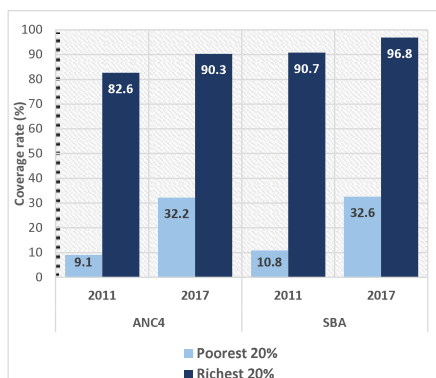


5

Overall health service coverage has increased but...

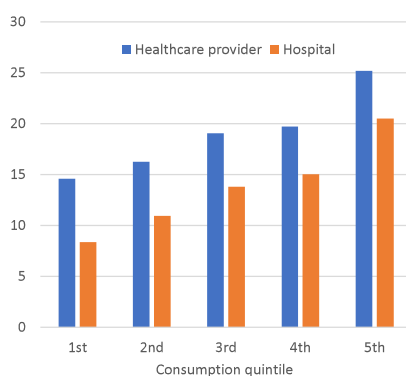
- Health service utilization is significantly higher among richest households compared to the poorest
- Poor households are less likely to seek medical care from hospitals while households from higher income groups tend to seek medical care from central, provincial hospitals, private healthcare providers, or from overseas.

Health Service Coverage, 2011 and 2017



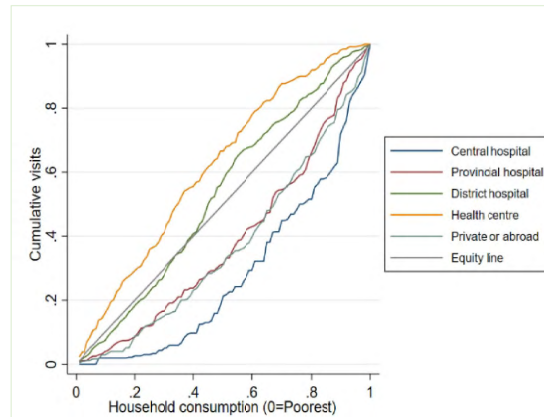
Source: LSIS, 2011 and LSIS2, 2017

Proportion of Individuals who sought health care, 2018-2019



Source: World Bank (2020). LECS6 2018-19.

Type of health care providers by household consumption level, 2018-2019

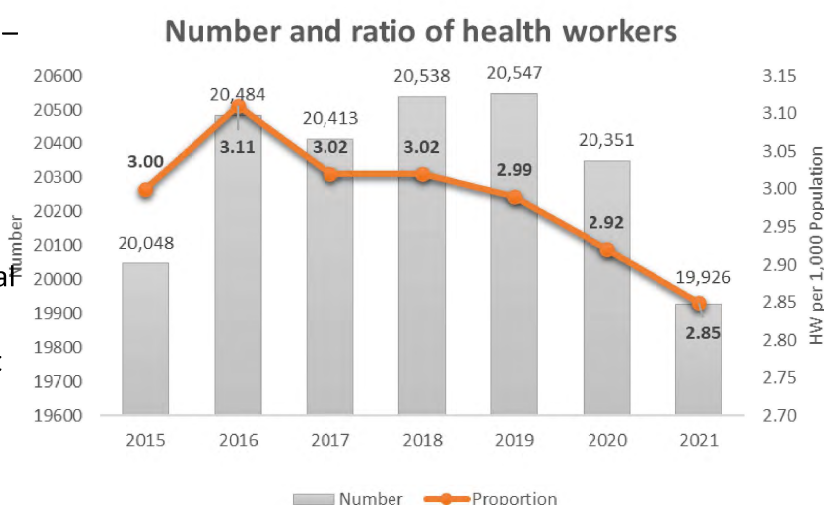


Source: World Bank (2020). LECS6 2018-19.

6

Human Resources for Health

- Shortage of qualified health workers is a major bottleneck for quality service delivery – 1.4 qualified HWs per 1,000 Population.
- The density of health workers per 1,000 population has a downward trend
- Maldistribution of qualified health workers exacerbates inaccessibility to quality health services among vulnerable population in rural areas
- Improper skill mix of health worker cadres at health center level – one-third of the health centers are without medical staff to provide basic primary health care services.



Source: Department of Health Personnel, 2021

Note: Contractual and volunteer health workers covering around 25% (or higher in rural settings) of the total health workforce are not presented in the figure

7

Health Service Delivery Challenges

- Severe gaps exist in service availability and readiness across health facilities in Lao PDR, including the lack of basic amenities, limited diagnostic capacity, and lack or limited availability of essential medicines.
- Laboratory capacities for diagnostic tests are limited and is a critical bottleneck for the effective COVID-19 response.
- The shortage and inadequacy of human resources for health contribute to the low quality and low utilization of health services. Despite increased efforts since 2014, frontline health facilities lack qualified health personnel.
- Maldistribution of staff between provinces and types of health facilities and inadequate clinical skills of health providers remain major challenges for improving access to and quality of health and nutrition services

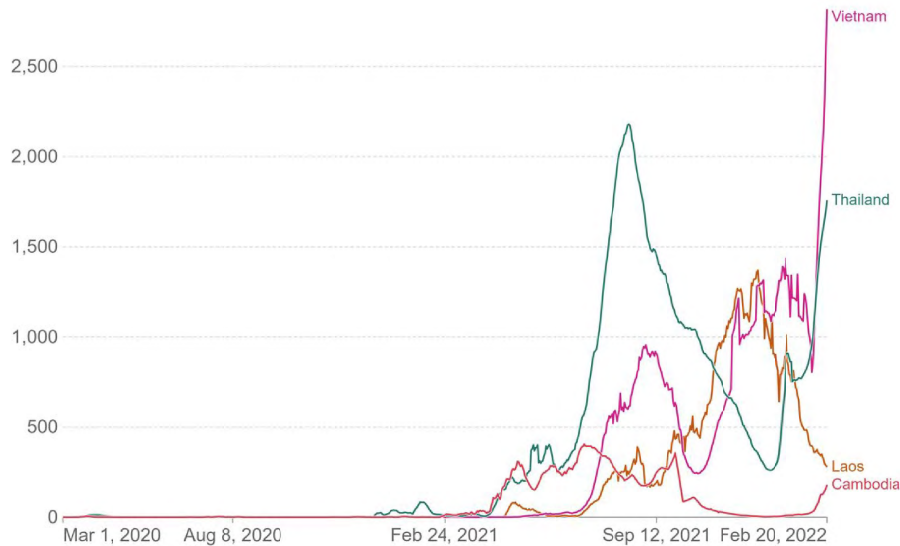
8

COVID-19 case has peaked in December 2021 and is declining. But it had a major impact on economy and health

Weekly confirmed COVID-19 cases per million people

Weekly confirmed cases refer to the cumulative number of confirmed cases over the previous week.

Our World
in Data

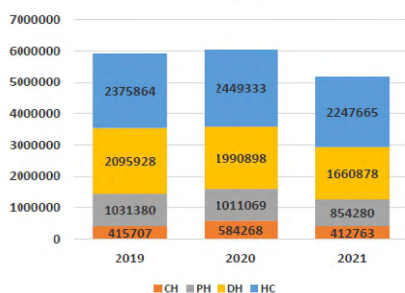


9

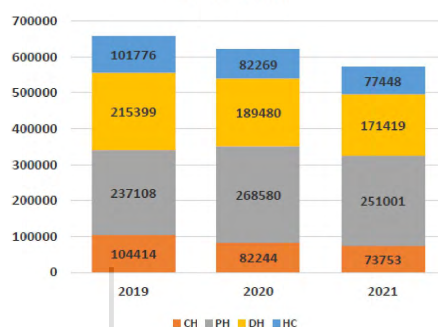
Impact of COVID-19 on essential service delivery

- COVID-19 outbreak has affected essential service delivery showing a declining trend in OPD and IPD visits, immunizations compared to the preceding years
- While deliveries by SBA and facility-based deliveries have increased.

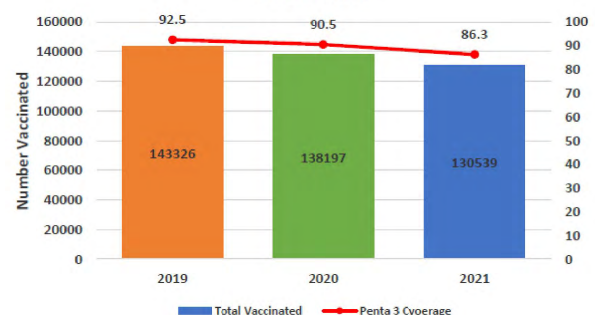
OPD by Type of Health Facility
2019 - 2021



IPD by Type of Health Facility
2019 - 2021



Penta 3
2019 - 2021

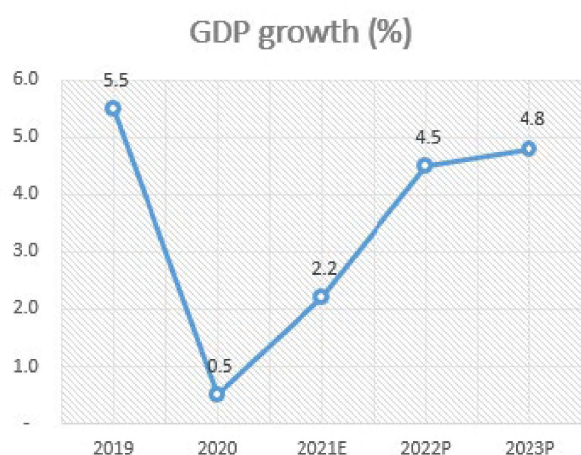


Source: DHI2, data presented by WHO at informal partners' meeting, 27 January 2022
Note: Setthathirath Hospital did not report from Jun-Dec 2021, Mahosot Hospital, MCH Hospital and 103 Hospital did not report in Dec 2021, Army Hospital in Vientiane did not report in Nov, Dec 2021

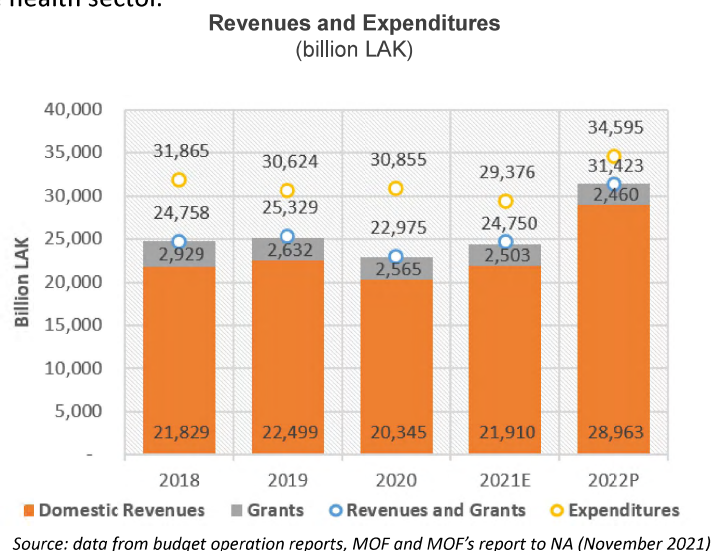
Source: DHI2, data presented by WHO at informal partners' meeting, 27 January 2022
Note: 103 Army Hospital did not report in Jul and Dec 2021, MCH Hospital did not report in Dec 2021

Impact of COVID-19 on Economy

- The COVID-19 pandemic has had a major economic and fiscal impact through economic disruptions and nationwide lockdown measures and affected public financing for the health sector.



Source: World Bank, EAP Economic Update, January (2022)

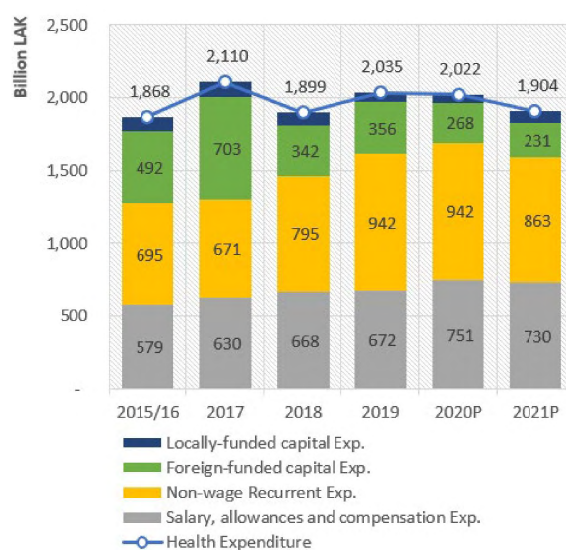


Source: data from budget operation reports, MOF and MOF's report to NA (November 2021)

11

Health budget declining despite growing needs for COVID-19 response

- The government health spending (as a share of GDP) has declined from 1.7% in 2016 to 1% in 2020, and expected to further decline in 2022
- The health budget for 2021 is projected to decline by 4.5% from the 2020 budget plan
- The 2021 budget for recurrent expenditure has declined by 5.9% from the 2020 budget
- These budgetary declines would have considerable impacts on the sector's performance, especially on service delivery including essential health services such as routine immunization at a local facility level

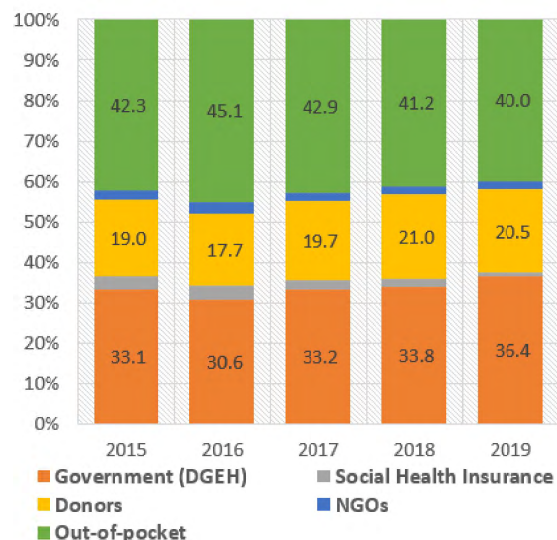
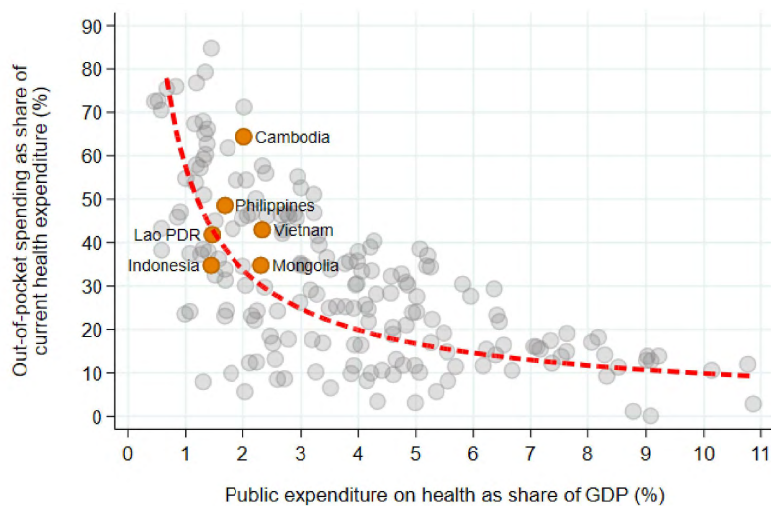


Source: the State Budget Implementation (2015/16, 2017, 2018, and 2019) and the State Budget Plan (2020, and 2021)

Note: the data on the foreign-funded capital expenditure is from MOH

12

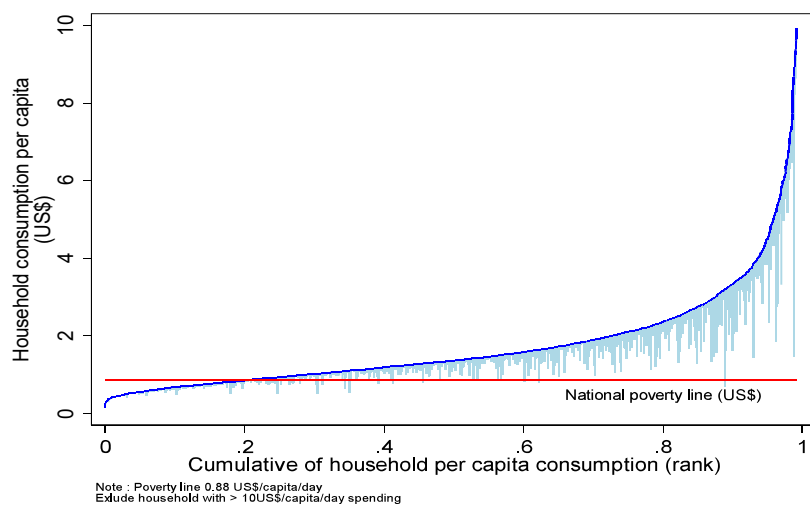
Health expenditure remains mostly reliant on OOP and external financing



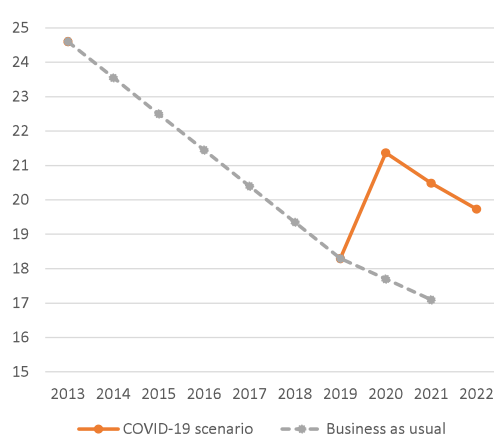
13

Enhanced financial protection is needed to address catastrophic and impoverishing health spending

Financial hardship: the impoverishment incidence using national poverty line



Projected poverty rates based on May 2020 growth projection (%)



14

Progress towards UHC in the era of COVID-19

- Achieving UHC in Lao PDR requires building a resilient health system with strong focus on primary health care.
- Ensure access to quality essential services and enhance protection for the poor in the era of COVID-19
- Sustainable investment in primary health care-oriented health system with equity consideration is essential to address inequality and equity gaps.
- Given the tight fiscal environment, public spending on health is expected to face constraints. Spending better is even more critical to ensure available health resources are used to deliver the results
- While development assistance is and will be declining, the large injection of external funds, grants and loans, for COVID-19 response needs to be spent wisely, not only for the immediate response but for the medium and longer time system strengthening.
- Coordinated responses aligned behind the health sector reform strategy and the national sector development plan is essential for the transition phase.



UHC in Mongolia

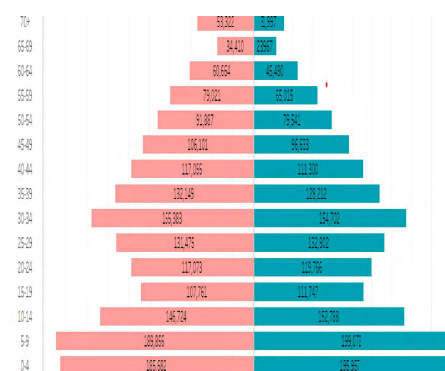
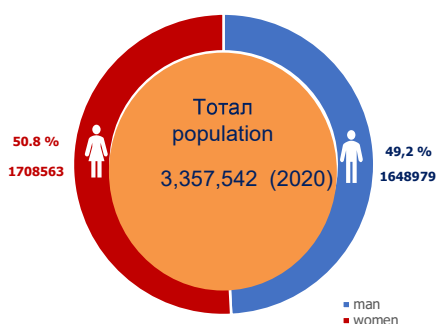
Universal Health Coverage research conference (online)

February 22, 2022

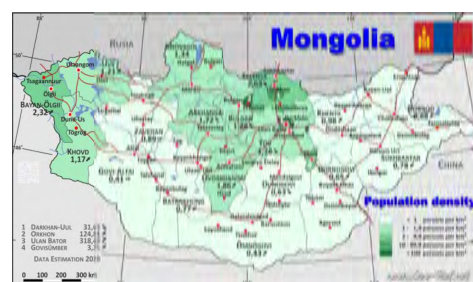
Oyuntsetseg Purev
MOH, Mongolia



BACKGROUND



Population density



- GBR – 23.45
- TFR-2.9
- Death rate per 1 000 population -5.1

Adult literacy rate – 97.8

Population density – 2.1

Gender inequality index -0.286



LAW ENVIRONMENT

THE CONSTITUTION OF MONGOLIA

6/the right to the protection of health and medical care. The procedure and conditions of free medical aid shall be determined by law.

THE HEALTH LAW

The state shall implement the following policies on population health:

- 4.1.1. To take the health of the population under special state attention and patronage;
- 4.1.2 provide equal and accessible health care services to the population without discrimination;
- 4.1.3. Treat health organizations equally regardless of the form of ownership;
- 4.1.4. The state shall be responsible for payment for certain types of health care and services provided to citizens in accordance with the Constitution of Mongolia.

THE HEALTH INSURANCE LAW

.....to create a fund for every citizen of Mongolia to be insured in accordance with the law, to create a fund to share financial risks with the insured, to allocate and spend the fund's funds.....



UHC/COVID -19



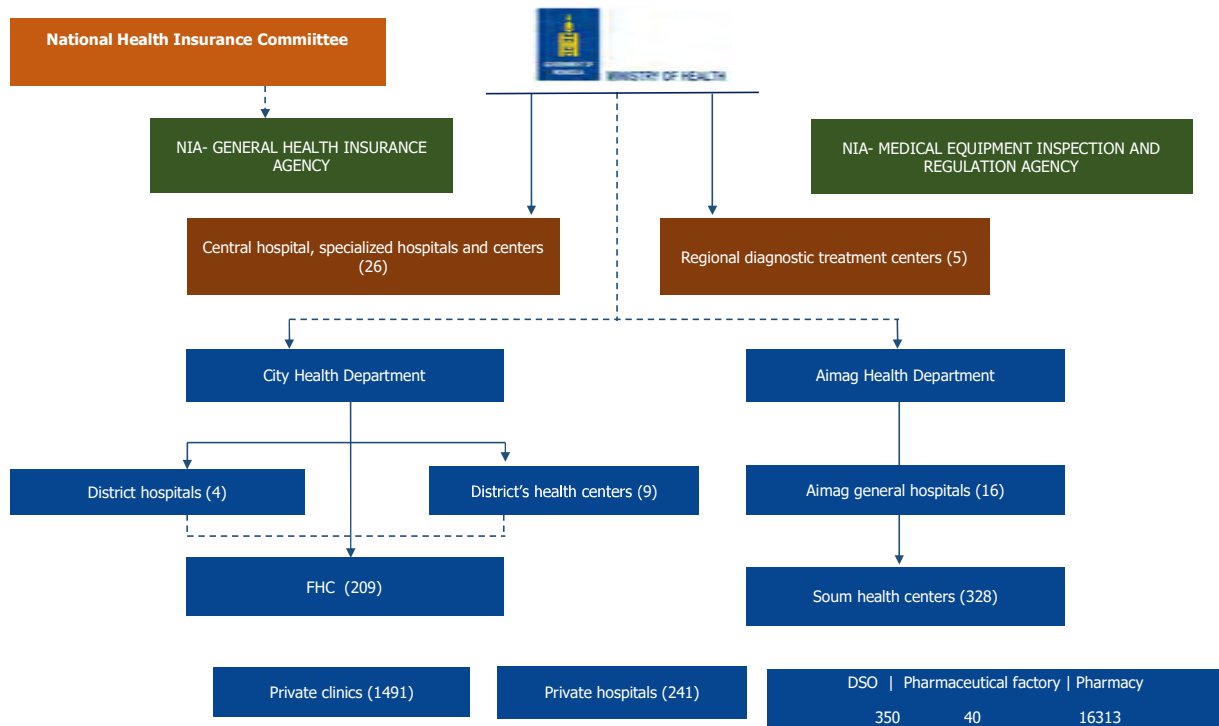
law on prevention fighting and reduction of the social economic disease of CORONAVIRUS infection /COVID-19/

April 29, 2020

- To prevent and fight the epidemic of coronavirus infection (COVID-19)
- To protect public health, to impose certain restrictions on human rights,
- To make relevant decisions, and to regulate relations related to minimizing the negative impact on the economy and resolving organizational issues by the Government through special procedures.

-
- **MEASURES FROM GOVERNMENT AND OTHER ORGANIZATIONS**
 - **RIGHTS AND OBLIGATIONS OF CITIZENS AND LEGAL ENTITIES**
 - **MISCELLANEOUS:** Donations
Mobilization of property
Liability for violators

ORGANIZATION STRUCTURE

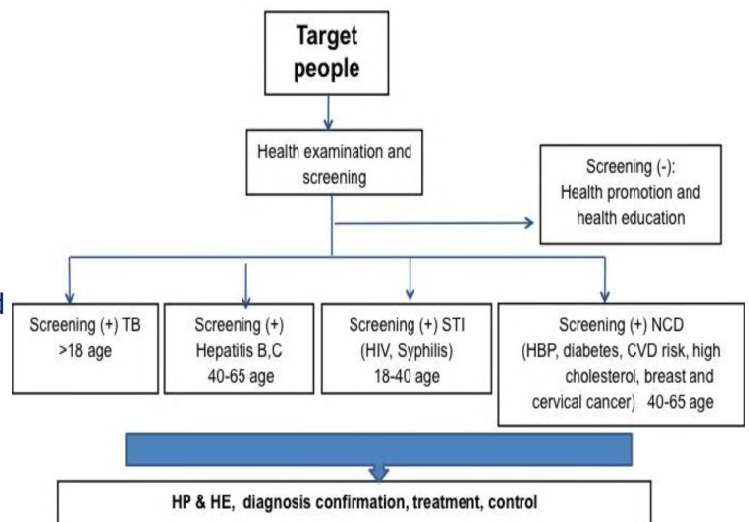


IMPLEMENTATION TARGETED ACTIVITIES



From 2016-2020 the government operated and called Expanding use of mobile health technology in PHC towards UHC in Mongolia.
Now being implemented in 21 provinces across Mongolia

Health screening among adults



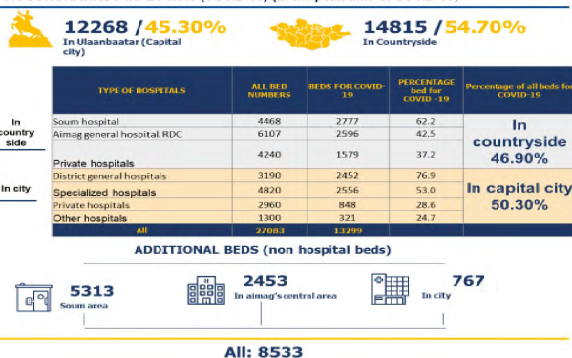
UHC & COVID -19



Mongolia is responding to the crises by raising the general government spending and taking steps to increase health funding from various sources including national, local budgets, and emergency funds.

- Inpatient care: different tariff rate applies by severity of cases
- Home monitoring and treatment by family health centers
- Vaccination
- Specimen collection for surveillance:
- PCR test

NUMBER AND TYPES OF HOSPITAL BEDS TO PROVIDE MEDICAL CARE AND SERVICES FOR CORONAVIRUS INFECTION (COVID-19) (at the peak time of COVID-19)

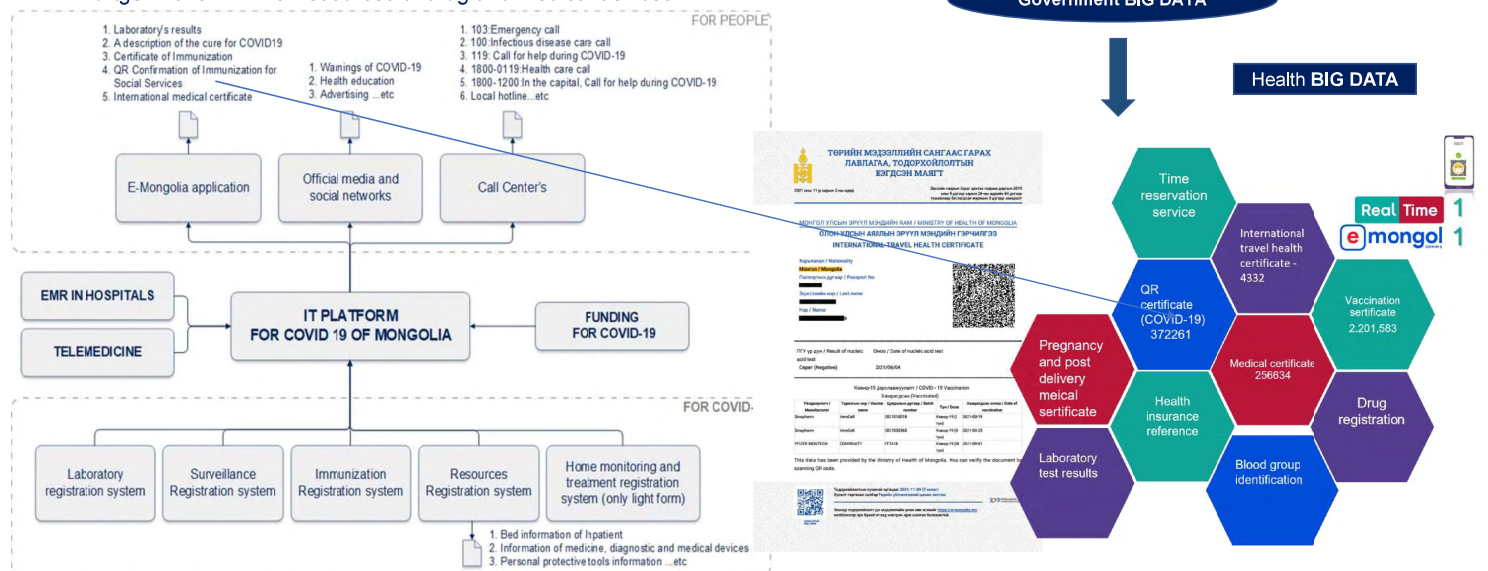


Service type	Health care facility	Severity	Tariff
Home treatment	PHC provider (soum and family health centers)	No symptoms, mild	160.0
In patient care	Temporary hospital and isolation facility with treatment capacity	No symptoms, mild case without possibility to stay/isolate at home	780.0
	Soum and village health center	Mild	
	Specialized hospitals including province and district general hospitals, private hospitals	Mild Moderate Severe Critical	980,000 2.160.0 4.200.0 7.465.0

- Mobile vaccination point
- Mobile specimen collection point
- Decentralization of Surveillance unit
- Established PCR lab in countryside
- Increased investment – Vaccine storage, ECMO, Mini oxygen plants in countryside and etc.



HEALTH INFORMATION SYSTEM

- Tandalt.gov.mn: for surveillance reporting and recording
- Eruul.gov.mn: for laboratory test result registry and reporting (people can go to this site and get their lab. result)
- Health.gov.mn: vaccination registration and reporting
- Emongolia: for citizens to get vaccine certificate and result of COVID lab. test
- H-Infor 3.0: for registration of COVID cases
- Burtgel.mohs.mn – for resources of drug and medical devices



UHC INDICATORS

UHC Overall Progress		
UHC index⁶ – coverage of essential health services (SDG 3.8.1) 0–100 scale (Target: 100)		
63 <i>Mongolia</i>	40 <i>Region (lowest)</i>	≥ 80 <i>Region (highest)</i>
Financial risk protection:⁷ proportion of population with out-of-pocket health spending exceeding 25% of household's budget or income (SDG 3.8.2)		
1.7% <i>Mongolia</i>	0.0% <i>Region (lowest)</i>	5.0% <i>Region (highest)</i>
Performance scorecard of 13 UHC index – coverage of essential health services indicators, in relation to a target of 100%		
3 tracer indicators > 80	3 tracer indicators 60–80	5 tracer indicators < 60
<i>Reproductive, maternal, newborn and child health</i>		
2	2	0
<i>Infectious diseases</i>		
0	0	3
<i>Noncommunicable diseases</i>		
0	1	2
<i>Service capacity and access</i>		
1	0	0

SDG Overall Progress		
 		
Performance scorecard of 23 SDG health indicators , in relation to a target of 100% (as relative proximity to SDG targets)		
10 indicators > 70%	2 indicators 40–70%	5 indicators < 40%
<i>Reproductive, maternal, newborn and child health</i>		
7	1	0
<i>Infectious diseases</i>		
1	1	0
<i>Noncommunicable diseases</i>		
1	0	2
<i>Urban and environmental health</i>		
1	0	2
<i>Health system resources and capacity</i>		
1	0	0

Information source: WHO, UHC and SDG Country Profile 2018 Mongolia

UHC INDICATORS

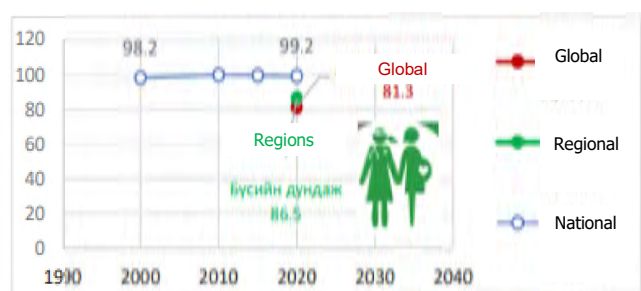
Life expectancy 1995-2020



Maternal mortality ratio, 1990- 2020



Proportion of births attended by skilled health personnel

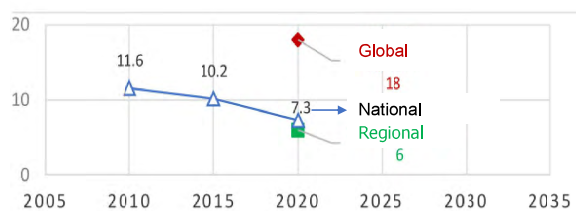


Adolescent birth rate (per 1000 girls 15-19 aged)

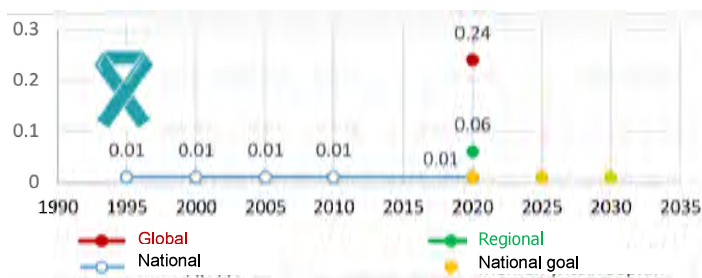


UHC INDICATORS

Neonatal mortality rate 1995-2020



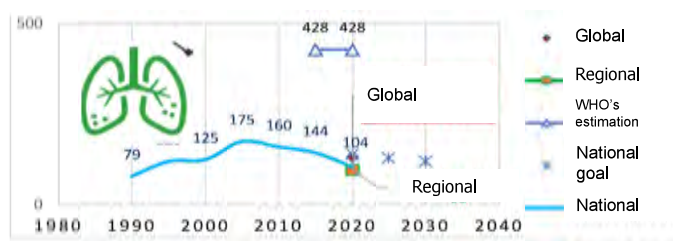
Number of new HIV infections per 1 000 uninfected population



Under 5 mortality rate 1995-2020



Tuberculosis incidence per 100 000 population

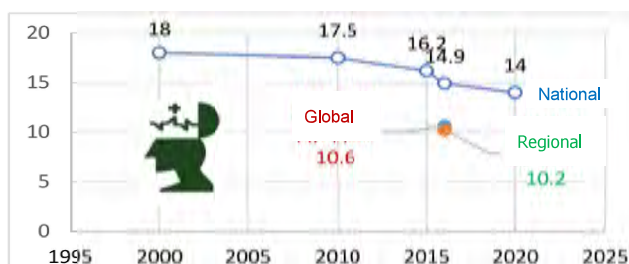


UHC INDICATORS

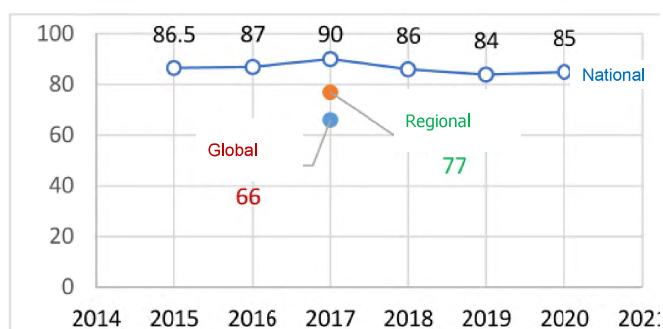
Death rate due to road traffic injuries /per 10 000 population/



Suicide mortality rate, per 10,000 population



Percentage of coverage of essential health care



CHALLENGES

1. Knowledge about how to implement UHC at country level is generally poor specially at policy making level.
2. Equity is in every policy document, actions to reduce inequity are poorly described, some time none of actions are included. Measurement/monitoring is weak.
3. Need to review legislations to select appropriate type of high level inter-sectoral coordinating committee on health.
4. Ensure sustainability mechanisms of various projects being implemented.

LESSONS LEARNT

1. Financing levers are used for UHC advance such as health insurance funding for 4 services to be provided at the PHC level, and preventive screening service packages. However, need to improve monitoring of performance FHC and SHC
2. Need to ensure sustainability of projects which have focused to reduce inequity through supporting low-income groups (need to solve financing and implementation mechanisms; ownership by project implementing organizations through including tasks and responsibilities in the job description of staff etc).
3. Inter-sectoral council on health is cancelled due to its duplicated roles with other committees such as parliament sub-committee on SDG. Need to review related regulations to set-up and make the committee functional

**THANK YOU FOR YOUR
ATTENTION**

厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「2030 年までの Universal Health Coverage 達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究」
令和 3 年度 分担研究報告書

「途上国における UHC の要素である医療の質・安全の現状」

研究分担者 種田憲一郎 国立保健医療科学院 国際協力研究部
研究協力者 佐藤結香 株式会社ティーエーネットワーク
宮本勝行 株式会社フジタプランニング

研究要旨

【目的】提供される医療の質・患者安全が担保されていることは、真の UHC を達成するための必須の要素である。医療事故のほとんどはシステムの課題であり、患者安全の状況を知ることは、医療機関及び国全体の医療システム・医療の提供体制の課題を知る端緒となる。そこで本分担研究では、途上国における患者安全に関わる医療事故の具体的な事例、医療関係の訴訟・苦情の数、患者安全または医療の質向上に関わる取組みの有無、そして具体的な対応策となり得る 5S・KAIZEN の取組みの有無について、情報収集することを目的とする。

【方法】インターネット上における公開情報の検索、現地関係者からの情報収集などによってある程度の情報収集が可能と考えられた WHO/WPRO の 4 か国を含む、13 か国の状況について調査を行う（ブラジル、ジンバブエ、フィリピン、モンゴル、ウガンダ、エジプト、ガーナ、タンザニア、フィジー、ホンジュラス、マラウイ、ラオス、リベリア）。

【結果】患者安全または医療の質向上に関わる取組みは、13 か国の全ての国々で、何らかの活動が行われていた。一方で具体的な医療事故の事例は 9 か国（69.2%）、医療関係の訴訟または苦情の数については 3 か国（23.1%）のみで情報が得られた。そして、5S・KAIZEN 活動の取組みは 11 か国（84.6%）で行われていた。

【結論】限られた方法による情報収集ではあるが、調査対象とした 13 の全ての国において、何らかの患者安全または医療の質向上に関わる取組みが行われており、このことから医療の質・患者安全の課題が少なくとも認識されていることが示唆される。一方で、医療事故の具体的な事例が公開されていない国々や、医療に関わる訴訟や苦情の数などが把握されていない国々があることは、課題の詳細や全容を把握することの難しさも示唆されていると考えられる。継続した情報収集によって、各国の患者安全への取組みの状況を把握し、医療システムの課題について検討する端緒とし、日本の取組み・経験から貢献し得ることについて理解を深めることが必要である。

A. 研究目的

「持続可能な開発目標 (SDGs)」では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)

「全ての人が基礎的保健医療サービスに必要な時に経済的不安なく受けられる」状況を目指し、「基礎的保健医療サービス (母子保健, 感染症, 生活習慣病, 人材・病床) の提供」と、「家計の支出 (所得) に占める壊滅的な健康関連支出 (家計の 25% 以上の支出)」でモニタリングされている。WHO 西太平洋事務局 (WPRO) 加盟国では、2/3 以上の国々で「基礎的保健医療サービスの提供」を表す UHC スコアが 80 未満であり、国により分野ごとの進捗状況も異なる。また、WHO では UHC を以下のように定義している: “Universal coverage (UC), or universal health coverage (UHC), is defined as ensuring that all people can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship.” そして、“QUALITY AS A FUNDAMENTAL FEATURE OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE” (図) としている。即ち、提供される

医療の質 (患者安全を含む) が担保されていることは、真の UHC を達成するための必須の要素である。患者安全が担保されていなければ、危険な医療を提供されることとなり、患者を傷つける、死に至らしめること



となる。その患者安全が担保されていれ

ば避けられたはずの死亡の割合は、入院患者においては平均で約 1 割、途上国においてはさらに高い割合であるとも指摘されている (<https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>)。

本研究では、2030 年までにアジア地域の UHC 達成に向けて、基礎的医療保健サービスの提供体制や、国民皆保険に関連した保健財政の課題や改善策、および日本からの提案の可能性を検討し、日本が主催する保健関連の国際会議の議題案やその際に活用可能な情報を提示する。

このとき患者安全のほとんどの原因は、そこに直接関わった個々人の医療者の問題ではなく、ほとんどがその医療・保健サービスが提供されるシステムの課題であることを考慮する。即ち、患者安全の状況を知ることは、医療機関及び国全体の医療システム・医療の提供体制の課題を知る端緒となる。また医療の質・患者安全の取り組みに貢献し得る取り組みとして、日本から海外に発信し貢献し得る 5S (整理、せいとん、清掃、清潔、しつけ)、KAIZEN (カイゼン) などの取り組みがある (図)。そこで、本分担研究では、コロナ禍でも調査可能な途上国における患者安全に関わる医療事故の事例、そして、5S・KAIZEN の取り組みの有無について、情報収集することを目的とする。

5S-KAIZEN-TQM

- a philosophy and a way of organizing and managing the workspace and work flow with the intent to improve efficiency by eliminating waste, improving flow and reducing process unreasonableness.

- | | |
|----------------|-------------|
| 1. 整理 Seiri | Sort |
| 2. せいとん Seiton | Set |
| 3. 清掃 Seiso | Shine |
| 4. 清潔 Seiketsu | Standardize |
| 5. しつけ Sitsuke | Sustain |

<https://www.jica.go.jp/activities/issues/health/5S-KAIZEN-TQM-02/about.html>

B. 研究方法

【調査方法と調査項目】

インターネット上における公開情報の検索、現地関係者からの情報収集など、コロナ禍でも可能な範囲で、以下の調査項目について情報収集を行う：

1. 具体的な医療事故の事例収集
 - －新聞記事から
 - －医療関係者の経験から
 - －患者・家族の経験から
 - －その他
2. 医療関係訴訟の数または医療に関わる苦情の数等
 - －国レベル、地域レベルまたは医療機関レベルでのデータ（データ収集）の有無
3. 5S や KAIZEN の取組みの有無
 - －医療機関において
 - －医療機関以外の現地の企業において（日系企業含む）
4. 患者安全または医療の質向上に関わる取組みの有無

【対象国】

コロナ禍でも情報収集がある程度可能と考えられた WHO/WPRO の4か国を含む、以下の13か国の状況について調査を行う：

- ① ブラジル連邦共和国
- ② ジンバブエ共和国
- ③ フィリピン共和国
- ④ モンゴル国
- ⑤ ウガンダ共和国
- ⑥ エジプト・アラブ共和国
- ⑦ ガーナ共和国
- ⑧ タンザニア共和国
- ⑨ フィジー共和国
- ⑩ ホンジュラス共和国
- ⑪ マラウイ共和国
- ⑫ ラオス人民民主共和国
- ⑬ リベリア共和国

<倫理的配慮>

ほとんどの情報収集はインターネット上で公開されている情報であり、様々なネットワークを介して得られた情報については、個人が特定されないような形で情報収集を行う。とくに海外での情報であるため、個人を特定すること不可能な形で、個人情報保護されている。

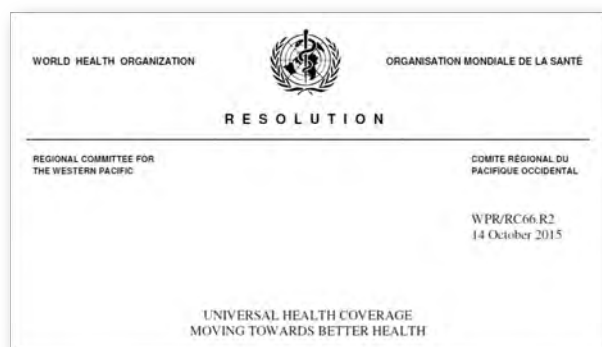
C. 研究結果（表、別添資料）

- 具体的な医療事故の事例収集
 - －13か国のうち9か国（69.2%）について、何らかの事例について情報収集することができた。
- 医療関係訴訟の数または医療に関わる苦情の数等
 - －13か国のうち3か国（23.1%）のみについて、情報収集することができた。
- 5S活動とKAIZEN活動の取組みの有無
 - －13か国のうち11か国（84.6%）について、何らかの活動が行われていた。
- 患者安全または医療の質向上に関わる取組みの有無
 - －13か国の全ての国々で、何らかの活動が行われていた。

調査項目 国名	具体的な医療 事故の事例収 集	医療関係訴訟/ 医療に関わる 苦情の数	5S 活動と KAIZEN 活 動 の取り組み の有無	患者安全または 医療の質向上に関 わる取組みの有無
① ブラジル 連邦共和 国	○	○	○	○
② ジンバブ エ共和国	○	×	○	○
③ <u>フィリピ ン共和国</u>	○	×	○	○
④ <u>モンゴル 国</u>	○	○	×	○
⑤ ウガンダ 共和国	○	×	○	○
⑥ エジプ ト・アラ ブ共和国	○	×	○	○
⑦ ガーナ共 和国	○	×	○	○
⑧ タンザニ ア共和国	○	×	○	○
⑨ <u>フィジー 共和国</u>	○	×	○	○
⑩ ホンジュ ラス共和 国	×	×	×	○
⑪ マラウイ 共和国	×	○	○	○
⑫ <u>ラオス人 民民主共 和国</u>	×	×	○	○
⑬ リベリア 共和国	×	×	○	○

D. 考察

調査対象の全ての国々において、何らかの患者安全または医療の質向上に関わる取組みが行われており、このことは医療の質・患者安全の課題が少なくとも認識されていることが示唆される。実際、医療事故のほとんどは、事故に直接的に関わった医療者個人の課題ではなく、チームの課題を含む、組織として課題である。即ち、人材育成のシステム、情報システムの課題、組織管理のシステムの課題、などである。さらに個々の組織の課題の背景には、国のシステムとしての課題が存在する。一方で、医療事故の具体的な事例が公開されていない国々や、医療に関わる訴訟や苦情の数などが把握されていない国々があることは、課題の詳細や全容を把握することの難しさも



UHC Attributes by WHO/WPRO

Health System Attributes	Action domains for UHC
QUALITY	1.1 Regulations and regulatory environment
	1.2 Effective, responsive individual and population-based services
	1.3 Individual, family and community engagement
EFFICIENCY	2.1 System design to meet population needs
	2.2 Incentives for appropriate provision and use of services
	2.3 Managerial efficiency and effectiveness
EQUITY	3.1 Financial protection
	3.2 Service coverage and access
	3.3 Non-discrimination
ACCOUNTABILITY	4.1 Government leadership and rule of law for health
	4.2 Partnerships for public policy
	4.3 Transparency, monitoring and evaluation (M&E)
SUSTAINABILITY AND RESILIENCE	5.1 Public health preparedness
	5.2 Community capacity
	5.3 Health system adaptability and sustainability

示唆されていると考えられる。

UHC の達成のためには、提供される医療の質が担保され、安全であることが必要

である。WHO 西太平洋地域事務局(WPRO)では、UHC を実現するための Health System Attributesとして、まずQualityを掲げている(図、表)。

しかしながら、日本を含む先進国においても患者安全を達成することは容易ではない。このためグローバルな患者安全(医療安全)の取組みの一つとして、世界各国の保健大臣が中心となって、WHOなどの国際機関とも協力し、「Annual Global Ministerial Summit on Patient Safety」が例年開催されている。2016年にはロンドン(イギリス)、2017年にはボン(ドイツ)、そして2018年には日本が主催国として「第3回閣僚級世界患者安全サミット」を東京で開催した(<https://www.mhlw.go.jp/psgms2018/>)。このとき、日本が患者安全に貢献し得る活動として取り組んできている「改善 KAIZEN」の取組みについても紹介するレポートを作成した(図)



(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204015.pdf>)。

また、第74回World Health Assembly(2021年5月)においては、Global action on patient safetyが採択され、2021年から2030年までに、日本を含む全てのWHO加盟国が取り組むべき活動が示された：

- Vision

A world in which no one is harmed in health care and every patient receives safe and respectful care, every time, everywhere

- Mission

Drive forward policies, strategies and actions based on science, patient experience, system design and partnerships to eliminate all sources of avoidable risk and harm to patients and health workers

- Goal

Achieve the maximum possible reduction in avoidable harm due to unsafe health care globally

- Guiding principles

- 1) Engage patients and families as partners in Safe Care
- 2) Achieve results through collaborative working
- 3) Analyze and share data to generate learning
- 4) Translate evidence into actionable and measurable Improvement
- 5) Base policies and action on the nature of the care setting
- 6) Use both scientific expertise and patient experience to improve safety
- 7) Instill a safety culture in the design and delivery of health care

また、日本が JICA の取組みなどを介して途上国において推進する 5S-KAIZEN-TQM 手法は従来からの医療の質・患者安全の向上のみならず、コロナ禍における院内感染対策の取組みにも貢献し得る活動であることも示唆されている（<https://www.youtube.com/watch?v=sv3JtUe62SQ&t=0s>）。

具体的には、適切な清掃用具を各部署の感染リスクに応じて使い分けをすること、医療廃棄物の適切な分別・管理、などである。5S-KAIZEN-TQM は、コロナ禍における院内感染対策においても、今ある資源で、状況の変化に応じて、効率的効果的に保健医療サービスを提供できる手法としても提案されている。

継続した情報収集によって、各国の患者安全への取り組みの状況を把握し、医療システムの課題について検討する端緒とし、日本の取組み・経験から貢献し得ることについて理解を深めることが必要である。

（研究の限界）

コロナ禍で、限られた方法による情報収集であるため、十分に情報収集できていない可能性もある。

E. 結論

限られた方法による情報収集ではあるが、調査対象とした 13 の全ての国において、何らかの患者安全または医療の質向上に関わる取組みが行われており、このことは医療の質・患者安全の課題が少なくとも認識されていることが示唆された。

継続した情報収集によって、各国の患者安全への取り組みの状況を把握し、医療システムの課題について検討する端緒とし、日本の取組み・経験から貢献し得ることについて理解を深めることが必要である。

F. 引用文献

本文中参照

G. 研究発表（学会発表、論文発表）

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

2030 年までの Universal Health Coverage 達成に
向けたアジア各国の進捗状況と課題に関する研究

分担研究報告書・資料

種田憲一郎

国立保健医療科学院

令和 4 年 3 月

(2022 年)

目次

1. 目的	1
2. 調査対象国	1
3. 調査方法	1
4. 調査結果	2
4.1. ブラジル連邦共和国	2
4.1.1. 一般情報	2
4.1.2. 日本との外交・経済関係	2
4.1.3. 保健指標の概況	3
4.1.4. ブラジルにおける調査結果	3
4.2. ジンバブエ共和国	11
4.2.1. 一般情報	11
4.2.2. 日本との外交・経済関係	11
4.2.3. 保健指標の概況	12
4.2.4. ジンバブエにおける調査結果	12
4.3. フィリピン共和国	17
4.3.1. 一般情報	17
4.3.2. 日本との外交・経済関係	17
4.3.3. 保健指標の概況	18
4.3.4. フィリピンにおける調査結果	18
4.4. モンゴル国	23
4.4.1. 一般情報	23
4.4.2. 日本との外交・経済関係	23
4.4.3. 保健指標の概況	24
4.4.4. モンゴルにおける調査結果	24
4.5. ウガンダ共和国	27
4.5.1. 一般情報	27
4.5.2. 国の概況 ¹	27
4.5.3. 日本との外交・経済関係	27
4.5.4. 保健概況	27
4.6. エジプト・アラブ共和国	31
4.6.1. 一般情報	31
4.6.2. 国の概況 ¹	31
4.6.3. 日本との外交・経済関係	31
4.6.4. 保健概況	32

4. 7.	ガーナ共和国	39
4. 7. 1.	一般情報	39
4. 7. 2.	国の概況 ¹	39
4. 7. 3.	日本との外交・経済関係	39
4. 7. 4.	保健概況	39
4. 8.	タンザニア共和国	44
4. 8. 1.	一般情報	44
4. 8. 2.	国の概況 ¹	44
4. 8. 3.	日本との外交・経済関係	44
4. 8. 4.	保健指標の概況	44
4. 9.	フィジー共和国	49
4. 9. 1.	一般情報	49
4. 9. 2.	国の概況 ¹	49
4. 9. 3.	日本との外交・経済関係	49
4. 9. 4.	保健概況	49
4. 10.	ホンジュラス共和国	54
4. 10. 1.	一般情報	54
4. 10. 2.	国の概況	54
4. 10. 3.	日本との外交・経済関係	54
4. 10. 4.	保健概況	55
4. 11.	マラウイ共和国	58
4. 11. 1.	一般情報	58
4. 11. 2.	一般概況 ¹	58
4. 11. 3.	日本との外交・経済関係	58
4. 11. 4.	保健概況	58
4. 12.	ラオス人民民主共和国	62
4. 12. 1.	一般情報	62
4. 12. 2.	国の概況 ¹	62
4. 12. 3.	日本との外交・経済関係	62
4. 12. 4.	保健指標の概況	62
4. 13.	リベリア共和国	66
4. 13. 1.	一般情報	66
4. 13. 2.	国の概況 ¹	66
4. 13. 3.	日本との外交・経済関係	66
4. 13. 4.	保健指標の概況	67

1. 目的

途上国における患者安全のニーズを知る。

2. 調査対象国

以下 13 か国を対象とし、調査を実施した。

- (1) ブラジル連邦共和国
- (2) ジンバブエ共和国
- (3) フィリピン共和国
- (4) モンゴル国
- (5) ウガンダ共和国
- (6) エジプト・アラブ共和国
- (7) ガーナ共和国
- (8) タンザニア共和国
- (9) フィジー共和国
- (10) ホンジュラス共和国
- (11) マラウイ共和国
- (12) ラオス人民民主共和国
- (13) リベリア共和国

3. 調査方法

下記調査項目については、現地在住の医療従事者への聞き取り、現地新聞等の情報収集、ウェブサイトでの情報収集による調査を実施した。

- (1) 具体的な医療事故の事例収集
- (2) 医療関係訴訟の数
- (3) 5S 活動と KAIZEN 活動の取り組みの有無
- (4) 患者安全または医療の質向上に関わる取り組みの有無

4. 調査結果

4.1. ブラジル連邦共和国

ブラジル連邦共和国（以下、ブラジル）の一般情報、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標の概況¹をそれぞれ以下に示す。

4.1.1. 一般情報

ブラジルは、南米大陸の中央から大西洋側に位置している²。面積は約 851.2 万平方キロメートルで、日本の約 22.5 倍の広さがあり、国土は南米大陸の半分を占めている。豊かな土地、水、鉱物資源や石油等の資源を有し、種々の面で恵まれた状況にある²。

人口は約 2 億 1255 万人（2020 年）³だが、その 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。その結果、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といった問題に加えて、都市部と地方部における所得格差（豊かな南東部に對し、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が喫緊の課題として挙げられる。



図 1 ブラジル地図

世界銀行によると、2020 年の GDP は 1.445 兆米ドル⁴であり、コロナ禍の影響を受けて、実質 GDP 成長率はマイナス 4.1%（2020 年）⁵であった。一方で、2021 年第 3 四半期（2021 年 7 月～9 月）の実質 GDP 成長率は、前年同期比 4.0%、前期比マイナス 0.1%となった⁶。また、一人当たり GNI は 7,850 米ドル（2020 年）⁸であるものの、国民の 4.6%（2020 年）⁵は、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。

4.1.2. 日本との外交・経済関係

日本とブラジルの二国間関係においては、1895 年 11 月、修好通商航海条約調印をもって

¹ 外務省, SDG グローバル指標(SDG Indicators), <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/goal3.html>(Access date: 28th December 2021)

² 外務省, ブラジル連邦共和国, <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/brazil/data.html#section1> (Access date: 28th December 2021)

³ The World Bank, Population, total – Brazil, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=BR> (Access date: 28th December 2021)

⁴ The World Bank, GDP (current US\$) – Brazil, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=BR> (Access date: 28th December 2021)

⁵ The World Bank, Country Profile, https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=BRA (Access date: 28th December 2021)

⁶ JETRO, ジェトロ「ビジネス短信」添付資料「表 四半期別と通年の実質 GDP 成長率〔前年（同期）比〕」, https://www.jetro.go.jp/view_interface.php?blockId=32838479(Access date: 28th December 2021)

⁷ JETRO, ビジネス短信, <https://www.jetro.go.jp/biznews/2021/12/5b92faca5451fe64.html> (Access date: 28th December 2021)

⁸ The World Bank, GNI per capita, Atlas method (current US\$) – Brazil, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCA.PCD?locations=BR> (Access date: 28th December 2021)

外交関係が樹立し、1908年には、笠戸丸によるブラジル移住が開始した。2008年はブラジル移住100周年にあたり、「日本ブラジル交流年」として祝賀会を開催した。また、海外で最大の日系社会（約200万人）を持ち、活発な要人往来といった伝統的に強い友好関係を築いている。また、2014年以降、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ており、政治、経済、人的交流のみならず治安、防災、刑事司法、環境、教育等、幅広い分野で二国間協力が進展している。

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（実績ベース）は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。

4.1.3. 保健指標の概況

代表的な保健指標について、ブラジルの状況⁹を下表に示す。

表 1 保健指標のデータ（ブラジル）

項目	データ
妊産婦死亡率	59人／出生10万人（2018年）
専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	99.1%（2017年）
5歳未満児死亡率	13.9人／出生1,000人（2019年）
新生児死亡率	7.9人／出生1,000人（2019年）

出典：調査員が作成。

4.1.4. ブラジルにおける調査結果

2019年、ブラジルでは合計459,076件の医療関連訴訟が起こされている。このデータは、2020年全国司法書士会（Conselho Nacional de Justiça em 2020）の「Relatório Justiça em Números」によるもので、ここ数十年、ブラジルでは医師に対する訴訟の件数が大幅に増加している。加えて、新型コロナウイルスによるパンデミックの発生と、その後の医療制度の崩壊により、医療従事者の法的状況は悪化している¹⁰。

一方、ブラジルの医療過誤の専門家は、「被害の出現は必ずしも専門家（医師等）の不正行為によるものではなく、病院の構造の悪さ、医療用品の不足、さらには患者側の不適切な協力など、いくつかの要因がこの結果につながる可能性があると考えている。その一例が、2021年1月に起きたマナウスでの危機的状況だと説明する。当時、アマゾナス州の州都の医療制度が崩壊し、病院での酸素補給が不足したため、何人もの患者の症状が悪化し死に至るケースがあった。このケースでは、病院の構造の欠如と被害の因果関係は明らかであり、専門家（医師）の不正行為ではない」と指摘する¹⁰。

ブラジルにおける調査では、独立行政法人国際協力機構（JICA）の研修に参加経験のある

⁹ The World Bank, World Bank Open Data, <https://data.worldbank.org/> (Access date: 28th December 2021)

¹⁰ FBH, Brasil registra quase 500 mil judicializações na saúde segundo CNJ; Erro médico aumenta no país, <https://www.fbh.com.br/brasil-registra-quase-500-mil-judicializacoes-na-saude-segundo-cnj-erro-medico-aumenta-no-pais/> (Access date: 3rd January 2022)

医療関係者の協力を得て、現地新聞やウェブサイトでの情報収集を行った。

調査を進めていくと、後述する ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária: 国家衛生監督庁) の他に、ISMP Brasil (Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos) という組織が頻りに挙げられた。ISMP Brasil は、2009 年にベロオリゾンテ市 (ミナスジェライス州) に設立され、患者の安全性、特に医療の様々なレベルにおける医薬品の使用を促進した経験を持つ専門家が自発的に活動している非政府、独立、非営利団体であり、ブラジルにおける医薬品使用の安全性を促進するための取り組みを行っている¹¹。下記に調査結果を報告する。

(1) 具体的な医療事故の事例収集

具体的な医療事故の事例を下表に示す。事例 1 は研修員からの聞き取り結果、事例 2 はウェブサイト¹²に掲載されていた情報である。

表 2 事例集 (ブラジル)

No.	内容
事例 1	<ul style="list-style-type: none"> - 2 年前 (2019 年頃) の夜間、研修医が病棟で激痛を訴える入院患者に神経筋遮断薬 (シサトラクリウム) を処方した。この病院は、夜間、経費削減のため薬剤師が不在である。薬局の調剤技師は、調剤する前に看護師に対して「本当にこれでよいのか」と疑問を投げた。初め看護師はその問いかけを疑問に思ったが、看護師自身も処方箋の内容に疑問を持ち、研修医に確認した。研修医は「投与すべきであり、処方箋は正しい」と言い張った。 - 投与後、患者は十分な人工呼吸が行われなかったために心停止に陥った。もし、ICU チームが到着して、適切な人工呼吸を行い、患者を助けるための処置が間に合わなければ、このミスは患者の死に繋がるものであった。
事例 2	<ul style="list-style-type: none"> - サンパウロ州内陸部のフランカ市にある市立救急病院の Dr. Janjão の医療チームは、急性化膿性虫垂炎により敗血症ショックを起こした青年の家族に対し、2 年間の社会奉仕活動と最低賃金 (15 ドル分) の支払いを言い渡された。 - 事件が起きたのは 2007 年である。23 歳の青年は、「腹痛、悪寒、吐き気、嘔吐、発熱」を訴えて救急外来を受診した。1 人目と 2 人目の医師は、吐き気や痛みを抑える薬だけを処方した。3 人目の医師は、尿検査を依頼したが (実際に行われたかは不明)、痛み止めを処方して患者を帰した。4 人目と 5 人目の医師は、新たに血算検査を求めた。6 回目の来院時には、「歩行困難、発熱、下腹部の痛み」で来院した。痛み止めと解熱剤を処方されて帰されたが、医師 (6 人目) は彼が尿路感染症ではないかと推察した。翌日、青年は再び病院に行き、検査を受けて退院した。8 人目の専門家 (医師) が分析した結果、「ビリルビン上昇、虫垂の穿孔、炎症、感染を示唆している」とのことであった。医師 (7 人目) は、それまでの腎臓結石や尿路感染症という診断に疑問を持ち、患者が呈し

¹¹ ISMP Brasil, Quem Somos, <https://www.ismp-brasil.org/site/quem-somos/> (Access date: 3rd January 2022)

¹² JP, Equipe médica é condenada por negligência em caso de morte de paciente com apendicite, <https://jovempan.com.br/noticias/brasil/equipe-medica-e-condenada-por-negligencia-em-caso-de-morte-de-paciente-com-apendicite.html> (Access date: 3rd January 2022)

No.	内容
	<p>た痛みや嘔吐に対して生理食塩水などを処方した。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 一向に改善しないため、青年の家族は医師を自宅に呼び診察を試みたら。その後、低血圧、発熱及び「腹部が張っており（硬く）、びまん性の痛みがある」とのことで、患者は救急外来の Dr. Janjão のもとに戻ってきた。その後、青年は頻脈で入院したが、医師は薬の反応の一つだと考え、サンタ・カサの循環器科に紹介した。 - その後、青年は腹部由来の敗血症性ショックと診断された。当直の外科医が呼ばれ、青年は手術を受けたが、心肺停止に陥り死亡した。外科医によると、「この患者は病院に行った最初の日に手術を受けるべきだった」とのことである。青年は5日間で8人の専門家（医師）に診てもらったが、彼らは青年の健康状態を診ることを怠っていた。8回の治療と退院を繰り返した後に家族が青年に付き添うために専門家を自宅に呼び、病状の重さを確認した。 - 青年を担当した医師らは、検査では「大きな変化が見られなかったこと、過去の通院歴を知ることができなかったこと、いくつかの検査の時点で青年は無症状であったこと、青年が ER での他の通院歴を報告しなかったこと、抗生物質の使用が感染像を覆い隠してしまったこと」を主張した。一部の専門家（医師）は、「Regional Council of Medicine から罰を受けた」と指摘する者もいた。また、一人の医師は、1ヶ月の間、自身の職業の行使を禁止されている。なお、訴訟によると、サンパウロ州 CRM 会議所は、本件における医師の行為を審査し、「異なる行為、留保された通知における内密な検閲、公式出版における公的な検閲、不完全で読み難い医療記録で処罰した」としている。 - また、本事件の報告者であるセルジオ・コエリョ判事によると、「被害者に対するケアが不十分で医師の過失があり、それが被害者の死につながった」とのことである。判事は、急性虫垂炎による炎症を発見するには主に臨床検査が必要ですがそれが行われていなかったこと、医師は「抗生物質などの緩和薬を処方するにとどまり、それも含めて被害者の症状を覆い隠す役割を果たしていたのではないか」と強調している。

出典：調査員が作成。

(2) 医療関係訴訟の数

ウェブサイトで得た資料¹³には、医療過誤に関連する訴訟数だけでなく、ブラジル国内の訴訟数が記載されており、医療関連に関する件数を抽出することが困難であった。

一方で、「4.1.4. ブラジルにおける調査結果」に記載の通り、2020 年全国司法書士会 (Conselho Nacional de Justiça em 2020) の「Relatório Justiça em Números」によると、2019 年には合計 459,076 件の医療関連訴訟が起こされており、ここ数十年、ブラジルでは医師に対する訴訟の件数が大幅に増加している。医療関連訴訟に関しては、ウェブサイトから情報が得られた。記事「Um diagnóstico do erro médico」¹⁴を翻訳し下記にまとめた。

¹³ Conselho Nacional de Justiça, <https://www.cnj.jus.br/> (Access date: 11th January 2022)

¹⁴ Pesquisa FAPESP, Um diagnóstico do erro médico, <https://revistapesquisa.fapesp.br/um-diagnostico-do-erro-medico/> (Access date: 28th December 2021)

【状況】

- サンパウロ大学医学部の研究者である心理学者の Mendonça 氏、Gallagher 氏、Reinaldo Oliveira 氏らは、2019 年 9 月、学術誌「HEC Forum」の記事で「ブラジルでは To err is human: Building a safer health system というテーマが、医師の研修中にほとんど議論されておらず、予期せぬ結果に続く苦悩を克服するための心理的サポートをほとんどあてにしていない」と指摘している。ミナスジェライス医科大学の教授で IESS 研究のコーディネーターであるレナト・クート医師は、「最大の間違いは、航空業界で行われているように、想定外の事態の原因を特定し、それを迅速に修正し、作業プロセスを継続的に改善しないことである」と言う。
- リオデジャネイロのオズワルドクルス財団（Fiocruz）の研究員であり弁護士のイザベル・ブラガ氏は、「ブラジルでは、エラーを仕事のプロセスの一部として理解するのではなく、隠す傾向がまだある」と指摘する。同氏は、2011 年 1 月から 2016 年 12 月までのサンパウロ州における医療ミスに関する 34 件の訴訟の判決を分析し、一審における医師の有罪率は 73%であることを明らかにした。最もミスが多かった診療科は、救急診療科で 10 件、産科で 8 件、外科で 7 件（一般外科 5 件、形成外科 1 件、泌尿器科 1 件）であった。また、同氏は、出生時の損傷が法的請求の主な理由（17.6%）であることを指摘している。
- また、他州の調査でも似た状況である。アルゼンチン・ブエノスアイレスの Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales で公衆衛生学の博士号を取得しているブラジル人弁護士兼医師のダニエル・カルロス・ネット氏は、2015 年 1 月から 2018 年 4 月までにロンドニア州で審理された 58 件の訴訟において、医療ミスの主因は過失である（58.6%）ことを突き止めた。なお、これらの結果を発表した 2019 年 5 月の電子ジャーナル「Acervo Saúde」の論文では、過失を「不作為、無気力、惰性、受動性」と定義している。

【対応】

- 何らかの医療過誤を起こした医療従事者／関係者は、3 つの領域で訴えられる可能性がある。
 - 1) 民事司法で、患者や家族が立証した上で、医療従事者や施設、国に対して、過誤の補償として金銭的な補償を求めることができるものである。
 - 2) 刑事司法で、身体的損傷、殺人、救護省略など、患者の身体的完全性に損害を与えるミスが対象となる。
 - 3) 行政的なもので、地域や連邦政府の医学評議会など、医学倫理綱領に反する違反行為を裁くことに限定され、その罰則は警告から医療従事者の権利剥奪までとされている。
- サンパウロ州医学評議会（Cremesp）は、過去 3 年間に医療過誤を動機・理由とする倫理的訴訟を 702 件提起した。この間、463 人の医師が有罪となり、そのほとんどが機密警告を受け、13 人が業務停止という処分を受けている。

【被害者の声】

- サンパウロ大学の Mendonça 氏は、医療過誤の被害に遭った 12 人にインタビューを行った。「被害者は賠償金以上に、医師からの謝罪と、過ちを繰り返さないために診療を考えさせるような処分を望んでいた」と指摘している。

【対策】

- 医療過誤対策では、医療チームの行動を改善し、いわゆるグッドクリニカルプラクティスを強化し、国内外の認証機関の認定を得るための活動を展開している。2017 年、ベロオリゾンテの市保健事務局チームは、市内の 7 大公立病院における、「患者の安全性の評価」を開始した。
- ある病院では 85%、別の病院では 24% の水準で医療の質を示した。最もレベルの低い医療センターでは、バーコード付きのプレスレットによる患者の識別が必ずしもうまく運用されておらず、投薬や医療行為に付随して使用されていなかった。同様に、書類の確認、患者の身元確認、絶食確認、手術する部位や手足の確認、血液の供給（輸血）確認、使用する材料の確認など、手術用チェックリストの運用も予想を下回るものだった。

(3) 5S 活動と KAIZEN 活動の取り組みの有無

ブラジルにおいては、「Lean Health Care」という言葉を使って、5S 及び KAIZEN 活動が取り組まれている。サンタクルス病院¹⁵をはじめとし、Woman's Hospital CAISM/UNICAMP の薬局等にて広く実施されている。

医療のみならず工業分野においても、ブラジル国内では 5S 活動と KAIZEN 活動の認知度は高い。実施・取り組み状況の一例をまとめたものを表 3 に示す^{16, 17, 18, 19}。

表 3 5S 活動と KAIZEN 活動の取り組み状況（ブラジル）

実施病院	概要
Hospital Japonês Santa Cruz (サンタクルス日本病院)	- 1939 年、ブラジル・サンパウロ市に日本病院として建設された。長く日本人移住者と地域住民の医療機関として親しまれている。 - 同病院で働く職員は、2016 年、日系社会研修「5S-kaizen による看

¹⁵ JICA, サンタクルス病院における新型コロナウイルスの院内感染防止を FU 協力で支援, <https://www.jica.go.jp/brazil/office/information/event/20200803.html>(Access date: 28th December 2021)

¹⁶ 外務省, 2020 年版開発協力白書 日本の国際協力, https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/hakusyo/20_hakusho/honbun/b1/feature1.html(Access date: 10th January 2022)

¹⁷ JICA, 5S METHODOLOGY, https://www.jica.go.jp/brazil/office/information/event/ku57pq00002btrjj-att/170328_14.pdf(Access date: 10th January 2022)

¹⁸ JOURNAL OF LEAN SYSTEM, ANALYSIS OF 5S PROGRAM APPLICATION IN THE HEMODIALYSIS SECTOR IN AN EAST CENTER OF MINAS GERAIS HOSPITAL, <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/lean/article/view/3548>(Access date: 28th December 2021)

¹⁹ BJD, IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA 5S EM UNIDADE DE HOSPITAL DE ENSINO / IMPLEMENTATION OF THE 5S PROGRAM IN A TEACHING HOSPITAL UNIT, <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/18898>(Access date: 28th December 2021)

実施病院	概要
	<p>護師の管理能力向上」および「カイゼンと 5S」に参加し、感染予防から見た 5S および医療機材の 5S カイゼンを習得した。</p> <ul style="list-style-type: none"> - 同病院では、帰国研修員が中心となり、5S および Kaizen の知識を活用しながら、院内外関係者向けのガイドラインの作成、ICU と一般病床を担当する看護師を区分するゾーニング計画の策定、感染の疑いのある患者とそれ以外の患者の動線を区分し接触を避ける取組などを行っている。
Woman's Hospital CAISM/UNICAMP	<ul style="list-style-type: none"> - 2020 年、2021 年に、日系社会研修「5S-KAIZEN を通じた病院における安全とサービスの質向上」コースに参加した研修員（薬剤師）が在籍している。 - 研修で学んだ知識と技術を活用し、薬局にて 5S 活動から取り組んでいる。 - 将来的に院内全体への 5S 活動及び Kaizen 活動の普及を目指している。
A 病院 (ミナスジェライス州東部に位置する都市の病院)	<ul style="list-style-type: none"> - 血液透析部門における 5S 活動に関する論文がある（職員が各 S についてどの程度のレベルであるか等を調査している） - 5S ツールを活用し、各 S 活動に取り組んでいる。
B 病院 (パラナ州西部に位置する公立教育病院)	<ul style="list-style-type: none"> - 5S ツール導入に関する論文があり、それによれば、2019 年 4 月後半から臨床・内科・外科病棟に 5S ツールの導入を開始した。 - 5S ツールの導入により、破損や使用されなくなった機器等が部門から撤去された。目に見えてきれいになり、整理され、機能的になり、医療チームの仕事にプラスの影響を与えた、とのことであった。

出典：調査員が作成。

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取り組みの有無

研修員からの聞き取りでは、所属施設において、患者安全のためのプロトコールが多く導入されている。また研修員より情報提供があったブラジル保健省のウェブサイトによると、「国家患者安全プログラムの Programa Nacional de Segurança do Paciente は、医療サービスにおけるインシデント（患者に不必要な損害をもたらす、またはもたらした可能性のある出来事や状況）の発生を予防・低減するための一連の方策を提案している」とのことであった。例えば、患者のベッドからの転落、薬の誤飲、手術中の失敗などである。

これらの問題は、患者の健康を害する可能性があるため、ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária: 国家衛生監督庁) に報告する必要がある。ANVISA は、ブラジル保健省の情報受領担当機関であり、ANVISA は 2013 年 7 月 25 日付 RDC 決議第 36 号に基づき、事業所の品質向上を目的とした措置を提案することができるようになった。

ポータルサイト「Práticas de Segurança do Paciente」²⁰では、病院経営に優れたブラジルの病院で開発された患者安全の取り組みが掲載されている。特定の病院における取り

²⁰ <https://proqualis.net/experi%C3%AAs-ancias-brasileiras-0> (Access date: 28th December 2021)

組みの実施状況、実施したステップ、使用したツール、実施前後に存在した情報、経験のベースとなった文献、授業／講義／研修、取り組みを先行したリーダーへのインタビューなどが紹介されている。これは、病院経営に優れた病院の経験を普及させることで、ブラジル国内の他の病院が安全性を向上させるためのケアプラクティスを効果的に実施することに貢献できる。

表 4 患者安全の取り組み例

実施施設	取り組みの概要
国立外傷整形外科研究所 (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia)	患者識別
心臓病院 (Hospital do Coração)	静脈カテーテル関連感染症の予防
ポルト・アレグレ病院 (Hospital de Clínicas de Porto Alegre)	機械的人工呼吸に伴う肺炎の予防
サマリタノ・サンパウロ病院 (Hospital Samaritano São Paulo)	転倒の予防
イスラエル・アルベルト・アインシュタイン病院 (Hospital Israelita Albert Einstein)	圧迫病変の予防
モインホス・ベント病院 (Hospital Moinhos de Vento)	静脈血栓塞栓症の予防
ヘモリオ (Hemorio)	輸血の安全性
アレマン・オズワルド・クルス病院 (Hospital Alemão Oswaldo Cruz)	安全な手術
マイン・デウス病院 (Hospital Mãe de Deus)	手指の衛生管理

出典：調査員が作成。

また、ブラジルの全ての病院では、患者安全センターが設置されており、院内で起きたエラーや事故に関するすべての通知を一元管理している。エラーや事故が発生した場合、関係する職員はその事例を報告するよう進められている。報告を行った後に、分析が行われ、事故の根本的な原因を探り、解決策や再発防止策を見出す試みが行われる。事故は、重大性に応じて有害事象として分類され、ANVISA に報告される。研修員が報告したケースでは、システム上で全ての神経筋遮断薬を処方できないようにし、ICU と手術室での使用に限定すべきだという結論が出された。結果的に同じミスは二度と起こらないシステムへと変わった。

図 2 は患者安全プロトコルを示している。ブラジルのリオデジャネイロ州政府では、医療施設における手指衛生の実践、安全な手術、医薬品の処方・使用・投与における安全性、患者の識別、保健所という環境でのコミュニケーション、転倒防止、褥瘡、ポイントオブケア間の患者の移動、および機器や材料の安全な使用について、戦略として一連のプロトコル

ルの開発および実施を定義している²¹。

また、ブラジル国内の教育機関の医学・保健学コースでは、医療の質や患者の安全への取り組みについての講義が行われている。

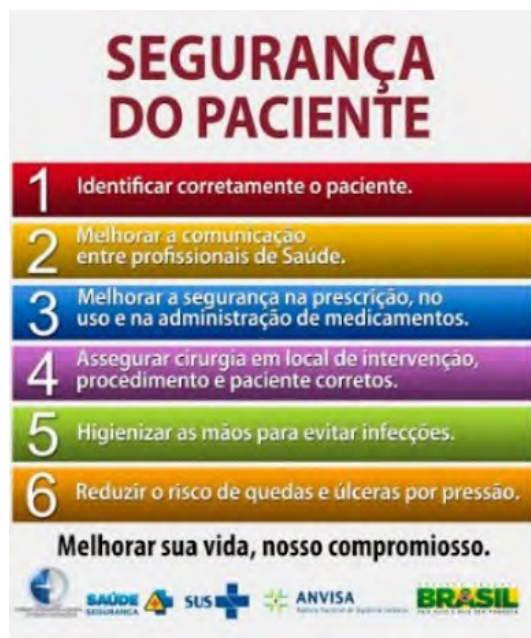


図 2 患者安全プロトコール

²¹ Governo Do Estado RioDe Janeiro, Protocolos de Segurança do Paciente<https://www.saude.rj.gov.br/vigilancia-sanitaria/se-guranca-do-paciente/protocolos-de-seguranca-do-paciente>(Access date: 28th December 2021)

4.2. ジンバブエ共和国

ジンバブエ共和国（以下、ジンバブエ）の一般情報、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標の概況¹をそれぞれ以下に示す。

4.2.1. 一般情報

ジンバブエは、南部アフリカ地域の中心に位置し、面積は約 36.6 万平方キロメートルである²²。ジンバブエはかつて、「アフリカの穀物庫」と呼ばれるほど農業が発達し、豊富な鉱物資源にも恵まれ、農業、製造業、鉱業がバランスよく発達した豊かな国だったが、1990 年代後半以降、脆弱なガバナンスと経済政策の失敗により、インフレ、失業、貧困等が続いた。加えて、2008 年の大統領選挙を巡る混乱と過度の紙幣発行によるハイパーインフレーションにより、国内経済は極度に混乱した。

2009 年 1 月から複数外貨制を導入し、主として米ドル、南アフリカ・ランドを使用し、旧ジンバブエ・ドルの流通は事実上停止となった。2014 年 1 月より、日本円、中国元、豪ドル、インド・ルピーを新たに法定通貨として導入し、2016 年 11 月、米ドル現金の不足を補うため米ドルと同価で国内のみに流通する bonds 紙幣を導入した。その後、2019 年 6 月よりジンバブエ・ドルを再導入し、2020 年 3 月、新型コロナ対策の一環として米ドルを再導入している²²。2012 年以降は、慢性的な貿易



図 3 ジンバブエ地図

赤字、巨額の対外債務や公務員給与で逼迫する財政等により、経済成長が鈍化し、貨幣制度政策の突然の変更等、上述した状況の影響を受けて、国内から海外への頭脳流出が相次いでいる。

世界銀行によると、人口は約 1,486 万人（2020 年）²³、GDP は 180.51 億米ドル（2020 年）²⁴である。また、一人当たり GNI は 1,140 米ドル（2020 年）²⁵と低く、人間開発指数（Human Development Index）においては、0.571（2019 年）で世界 150 位となっている²⁶。

4.2.2. 日本との外交・経済関係

ジンバブエに対する日本の援助実績は、2018 年度までの累計で、有償資金協力が 381.00 億円（2018 年度なし）、無償資金協力が 593.63 億円（2018 年度は 29.63 億円）、技術協力実績は 196.98 億円（2018 年度 2.37 億円）となっている。日本とジンバブエは、1988 年 7 月

²² 外務省、ジンバブエ共和国（Republic of Zimbabwe），<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/zimbabwe/data.html#section1>, (Access date: 28th December 2021)

²³ The World Bank, Population, total – Zimbabwe, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=ZW>(Access date: 28th December 2021)

²⁴ The World Bank, GDP (current US\$) – Zimbabwe, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=ZW> (Access date: 28th December 2021)

²⁵ The World Bank, GNI per capita, Atlas method (current US\$) – Zimbabwe, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD?locations=ZW>(Access date: 28th December 2021)

²⁶ UNDP, Latest Human Development Index Ranking, <http://hdr.undp.org/en/content/latest-human-development-index-ranking> (Access date: 28th December 2021)

に青年海外協力隊派遣取極を締結している。

4.2.3. 保健指標の概況

代表的な保健指標について、ジンバブエの状況²⁷を下表に示す。

表 5 保健指標のデータ（ジンバブエ）

項目	データ
妊産婦死亡率	458 人／出生 10 万人（2017 年）
専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	86%（2019 年）
5 歳未満児死亡率	54.6 人／出生 1,000 人（2019 年）
新生児死亡率	25.9 人／出生 1,000 人（2019 年）

出典：調査員が作成。

保健・児童ケア省（Ministry of Health and Child Care、以下、保健省）、「国家保健戦略 2016-2020」において、保健医療システムの強化を通じて、ジンバブエ国民の質の高い医療保健サービスへのアクセスの向上を目標に掲げている。また、国家開発戦略（2021～2025）を策プライマリ・ヘルスケアへのアクセス強化及び保健医療システムにおける患者負担の軽減と合理化並びに保健医療サービスの向上を目指すこととしている。

4.2.4. ジンバブエにおける調査結果

ジンバブエにおける調査では、ジンバブエに関する報告書や現地新聞、ウェブサイトや日本人関係者への聞き取り、等で情報収集を行った。結果を下記に示す。

(1) 具体的な医療事故の事例収集

事例 1²⁸は、ウェブサイト「AllAfrica」の 2020 年 8 月 19 日付の記事「Zimbabwe: Family Sues Doctors for Negligence」を、事例 2²⁹は、ウェブサイト「BBC」の 2019 年 11 月 29 日付の記事「Zimbabwe health crisis: 'My cousin died as the doctors are all on strike」を、それぞれ翻訳し、必要箇所を抽出・表現の編集を行い記載した。

表 6 事例集（ジンバブエ）

²⁷ The World Bank, World Bank Open Data, <https://data.worldbank.org/> (Access date: 28th December 2021)

²⁸ AllAfrica, Zimbabwe: Family Sues Doctors for Negligence, <https://allafrica.com/stories/202008190378.html> (Access date: 10th January 2022)

²⁹ BBC, Zimbabwe health crisis: 'My cousin died as the doctors are all on strike', <https://www.bbc.com/news/world-africa-50575858> (Access date: 10th January 2022)

No.	内容
事例 1	<ul style="list-style-type: none"> - 3 年前に手術中に脳損傷で死亡した男性の家族は、過失が彼らの稼ぎ手の死をもたらしたと主張して、二人の医師に 354,000 米ドル以上の補償と損害賠償を要求する訴訟を起こす。 - Linda Chakavanda 氏と 2 人の子どもたちは、手術を行った麻酔医と泌尿器科医を相手に、高等裁判所に訴訟を起こした。2 人（手術を行った麻酔医と泌尿器科医）は 2017 年 5 月 6 日、West End 病院で故 Christopher Chakavanda 氏に付き添った。Christopher Chakavanda 氏は手術中に脳損傷で亡くなっている。高等裁判所に提出された請求書では、Chakavanda 氏の家族は、サポートの喪失、感情的な悲しみとトラウマなどを理由に、354,000 米ドルの損害賠償を請求している。 - Chakavanda 夫人は主張の中で、「夫は 2017 年 5 月、動悸、血圧上昇、頭痛の訴えに対応していた医師マタルセから泌尿器科専門医を紹介された」と述べている。彼女は「泌尿器科医が左副腎摘出術を行う」と言っていた。泌尿器科医は左副腎摘出術を行うことになっていたが、このような専門的な手術を行うためには、麻酔医をはじめとする専門家が必要であった。泌尿器科医は、Chakavanda 氏が手術に同意した後、麻酔医を含む 5 人の専門家でチームを編成した。Chakavanda 夫人は、「2 人の医師が術前の評価、計画、手術の準備を十分に行わず、手術を怠慢に行った」、「夫のバイタルが悪化し始めたとき、そのことが手術チームに伝えられなかった」と主張している。また、「麻酔医は、起こりうる問題に対処するためのバックアッププランを持っておらず、患者に十分な準備しておらず、紹介医に相談していなかった」と主張している。さらに、家族は、「医師が手術時に ICU のベッドを確保するなどの安全対策を含む、患者の共同管理計画を立てていなかった」と主張している。「その結果、故人を ICU に入れることができたのは、処置後約 3 時間後だった」、「被告の過失の結果、故人は手術台の上で心停止を起こした。」という。 - 5 月 21 日に Chakavanda 氏の脳死が確認されるまで、回復を早めるために昏睡状態を誘発する試みが行われ、5 日間の酸素吸入が行われました。死因は、手術中に発生した低酸素性脳障害であることが確認された。Chakavanda 夫人は、昨年 11 月にジンバブエ医療歯科医師評議会から、夫は医療処置中に死亡したとの勧告を受け、訴訟原因となるすべての事実を知った。これは、2017 年 5 月 21 日まで昏睡状態にあったとする 2 人の医師の見解とは異なっている。
事例 2	<ul style="list-style-type: none"> - ジンバブエ最大の病院の駐車場での光景は、心が痛むものだった。全国的な医師のストライキで麻痺している Parirenyatwa 病院の遺体安置所から遺体を回収するために、人々は地面に座り込んで待っていた。匿名を条件に語った 2 人の女性によると、彼女たちのいとは前日に腎不全で亡くなっていた。「彼女は週末に入院したが、心臓と腎臓が肥大していた。頭からつま先まで腫れ上がっていた」と一人がその時の様子を話してくれた。「しかし、医師の診察を受けたという記録はない。酸素吸入器をつけられた。彼女は 2 日間透析を待っていた。しかし、透析を受けるためには医師のサインが必要だった。 - 「政治に関しては、健康問題を脇に置く必要があり、病人の世話をすべきだ」。彼女

No.	内容
	<p>の連れは、ストライキ中に3人の親戚を失ったと語った。9月の義母、先週の叔父、そして今度は彼女のいとこだ。「人命救助が最優先されるべきである。私たちの近所では、たくさんの葬式が記録されている。いつも同じような話で、『病気になって、死んでしまった』と。壊滅的な状況だ。」と彼女は言う。</p> <ul style="list-style-type: none"> - ジュニアドクターが出勤しなくなった9月初旬以降、公立病院から追い出された人や命を落とした人が何人いるのか、公式な数字はない。しかし、これらの逸話はジンバブエの公的医療制度が直面している危機を垣間見ることができる。Parirenyatwa 病院の若い妊婦は、左目の上に大きな傷があり、夫からひどい暴行を受け、赤ん坊が動くのを感じることができなくなったと語った。彼女は公立病院から追い出され、首都ハラレの中央病院で運試しをしていた。そこで軍医が数人見つかるかもしれないと聞いていたからだ。 - 「仕事に行く余裕がない。」医師たちはこれをストライキとは呼ばず、「仕事に行く余裕がない」という「Incapacitation (インキャパシテーション)」と呼んでいる。彼らは、ジンバブエの経済が崩壊する中、3桁のインフレに対応するために給与の引き上げを要求している。ストライキ中の医師のほとんどは、月に100ドル(77ポンド)以下の給料しかもらっておらず、食事や食料品を買うにも、仕事に行くにも十分ではない。 - ストライキが始まって間もなく、組合長のPeter Magombeyi 博士が不可解な状況で5日間にわたって拉致された。これは、今年に入ってから政府に批判的な立場にある人々が拉致される事件の一つである。当局はこれらの事件への関与を否定しているが、拉致された医師は、殴られたり脅されたりした後解放されている。その後、448人の医師がストライキや労働裁判所の判決に違反したとして解雇され、さらに150人が懲戒処分を受けている。さらに150人の医師が懲戒審問を受けている。ジュニアドクターの代わりに救急医療を担当していたシニアドクターも聴診器やメスを捨てた。彼らは政府に対し、解雇された医師の復職と賃金要求の実現を求めている。ストライキは医療システムを麻痺させ、自治体の診療所の看護師たちも生活賃金を求めて出勤していない。

出典：調査員が作成。

(2) 医療関係訴訟の数

インターネットによる調査では、アクセス可能な情報に限界があるため、医療関係訴訟数を得ることができなかった。

(3) 5S活動とKAIZEN活動の取り組みの有無

2016年より、JICAの個別派遣専門家(「5S-KAIZEN-TQM手法による医療サービス質向上」と「日本型品質管理手法による医療セクターにかかる質向上」)がジンバブエで活動をしている。パイロット病院では5S活動及びKaizen活動が取り組まれている。しかしながら、貨幣制度政策の突然の変更や急激なインフレの影響で医療従事の給与の実質的な減額、これによる公的セクターから民間へ、さらには海外への頭脳流出が相次ぎ、個別派遣専門家がこれまで構築してきた5S実施体制や院内教育、院内モニタリングシステムの機能が低下している。表5に取り組み状況をまとめる。

表 7 5S 活動と KAIZEN 活動の取組み状況（ジンバブエ）

病院	実施部署	概要
C 病院	1) 第 3 病棟 2) 小児科 3) ANC	- 院内 QA 活動は停滞気味 - スタッフの関心低下
D 病院	1) 外来 2) HIV 科（部門） 3) 分娩室	- スタッフのモチベーション低下 - QA/QI 活動は再開。
E 病院	1) 小児科 2) 母子保健科 3) 救急科	- 独自に活動推進中 - 小児科で KAIZEN ステップを試行中
F 病院	1) 外傷科 2) 外来 3) 婦人科	- パイロット部署から院全体への 5S 活動の 拡大中
G 病院	1) プライベート病棟 2) 母子保健科	- ジンバブエの中で、5S が進んでいたが、 トップの離職の影響で後退
H 病院	1) 外来 2) 男性外科病棟 3) 施設管理科（部門）	- スタッフのモチベーション低下
I 病院	1) 母子保健科 2) 薬剤科 3) 検査室	- 抵抗勢力の存在 - QIT による 5S 再起動中 - 大幅に進展中
J 病院	1) 放射線科 2) 検査室 3) 家庭児童保健科	- 院内研修実施の遅れ - QIT からの支援不足
K 病院	1) 外傷科 2) 母子保健科 3) ストア	- 院長のリーダーシップにより大幅に進展 中
L 病院	1) 全病棟	- 全部署へ 5S 研修が進行中 - コロナ禍により KAIZEN 中断
M 病院	1) 薬剤科 2) 婦人科 3) 検査室	- QIT 会議の不定期開催 - モチベーション低下

出典：調査員が作成。

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取り組みの有無

2010 年、保健省に、医療サービスの質の保証と向上に関する専門部局である Quality Assurance and Quality Improvement Department が設立された。また、図 4 に示す通り、

ジンバブエの一部の医療施設において、電子式患者満足度測定器や患者の権利憲章³⁰が掲示されていることを確認できたが、患者の責務や責任についての記述は確認できなかった。ジンバブエにおいては1996年に患者の権利憲章が定められている。しかしながら、保健省内で、利用者満足度について管理する担当部局、収集の方法、分析方法、分析結果に対するフィードバック、リアクションのいずれにおいてもシステムとして体系化されておらず課題になっている。



図 4 患者の権利憲章及び電子式患者満足度測定器

³⁰ Zimbabwe Digital Health Repository, Patient's Charter Zimbabwe 1996, <https://zdhr.uz.ac.zw/handle/123456789/1685/> (Access date: 28th December 2021)

4.3. フィリピン共和国

フィリピン共和国（以下、フィリピン）の一般情報、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標の概況¹をそれぞれ以下に示す。

4.3.1. 一般情報

フィリピンは、東南アジアに位置する島国で大小7,641の島々からなっている。面積は298,170平方キロメートルである³¹。主に3つに分かれており、メトロマニラ都市圏のあるルソン島、セブ島を含むビザヤ地方、そしてダバオ市のあるミンダナオ島である。大小さまざまな島で構成されているフィリピンには豊富な熱帯雨林が数多く残っており、その地形と特性を生かしココナッツ、バナナ、パイナップル、その他果実の栽培、収穫、加工などを得意としてきた。近年では、高い英語力を活かしたビジネス・プロセス・アウトソーシング（BPO）産業を含めたサービス業や、リゾート地を中心とした観光業も中心的な産業として大きく成長している³²。



図5 フィリピン地図

世界銀行によると、人口は約1億958万人（2020年）³³、GDPは3,614億米ドル（2020年）³⁴、一人当たりGNIは3,430米ドル（2020年）³⁵であり。また、2021年第2四半期（4～6月）の実質GDP成長率は前年同期比で11.8%、2020年第2四半期（4～6月）の成長率はマイナス17.0%であったため、その反動として成長率が大きくなった。成長率を産業別にみると、農林水産業は豚肉の減産を理由として、マイナス0.1%と若干減少した。鉱工業は20.8%、サービス業は9.6%となり、「新型コロナ禍」から回復がみられた³⁶。

4.3.2. 日本との外交・経済関係

フィリピンに対する日本の援助実績は、2018年度までの累計で、円借款が30,920億円（借款契約ベース、2018年度は2,696.72億円）、無償資金協力が3,021.45億円（交換公文ベース、うち2018年度は58.06億円）、技術協力実績は2,516.67億円（予算年度の経費実績ベース、2018年度は93.51億円）となっている。対フィリピン援助額は日本二国間ODAの累計で、対インド、対バングラデシュ、対ベトナム、対インドネシアに次いで第5位（2018

³¹ 外務省、フィリピン共和国（Republic of the Philippines）、<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/philippines/data.html> (Access date: 28th December 2021)

³² World Vision, 3分でわかるフィリピン ～フィリピンって、どんな国？～、https://www.worldvision.jp/news/works/asia/202009_philippines.html (Access date: 28th December 2021)

³³ The World Bank, Population, total – Philippines, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=PH> (Access date: 10th January 2022)

³⁴ The World Bank, GDP (current US\$) – Philippines, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=PH> (Access date: 10th January 2022)

³⁵ The World Bank, GNI per capita, Atlas method (current US\$) – Philippines <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD?locations=PH> (Access date: 10th January 2022)

³⁶ JETRO, ビジネス短信, <https://www.jetro.go.jp/biznews/2021/08/a4c09af310ebabab.html> (Access date: 10th January 2022)

年支出総額ベース、2018年の日本の支出総額ベースのODA実績は17,250百万ドル（DAC統計）であり、日本はフィリピンにとって最大の援助供与国である³¹。

4.3.3. 保健指標の概況

代表的な保健指標について、フィリピン³⁷の状況を下表に示す。

表 8 保健指標のデータ（フィリピン）

項目	データ
妊産婦死亡率	121 人／出生 10 万人（2017 年）
専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	84.4%（2017 年）
5 歳未満児死亡率	27.3 人／出生 1,000 人（2019 年）
新生児死亡率	13.3 人／出生 1,000 人（2019 年）

出典：調査員が作成。

フィリピンでは首都圏よりも地方において出生率が高く、家族計画と避妊指導の遅れが指摘されている。避妊の方法別で見ると、女性避妊手術、経口避妊薬、荻野（オギノ）法など女性主体の避妊方法が優勢であるのに対して、日本では主流となっている男性避妊具の使用率は極めて低いのが現状である³⁸。

4.3.4. フィリピンにおける調査結果

フィリピンにおける調査では、現地新聞、ウェブサイトや日本人関係者への聞き取り等で情報収集を行った。日本人関係者への聞き取りを通じて、現地で麻酔科の医師として勤務する方に聞いた話によると「現場では日本のような【患者第一】という考えはない。また、事故が起きても患者がその事実を知る術はなく、死亡事故が起きても患者家族は単に【死亡した】としか伝えられない。さらに医療従事者側も自身を守るため、外部に情報が漏れないようにする。フィリピンで実際に起きている医療事故や訴訟内容を知るのは難しい。」とのことであった。実際、その方も職場では、【医療事故】という言葉聞いたことはほとんどないとのことであった。その他の調査結果を下記に示す。

(1) 具体的な医療事故の事例収集

各事例は、ウェブサイトの「Fortun Narvasa & Salazar」及び「The LAWPHil Project」から過去に発生した医療事故・過誤に関する判決等をそれぞれ翻訳し、必要箇所を抽出・表現の編集を行い記載した。【記事】に記載の内容はウェブサイト「SunStar / CEBU」に掲載されていたものである³⁹。

表 9 事例集（フィリピン）

³⁷ The World Bank, World Bank Open Data, <https://data.worldbank.org/> (Access date: 28th December 2021)

³⁸ 在フィリピン日本国大使館、フィリピン 医療案内, https://www.ph.emb-japan.go.jp/itpr_ja/00_000993.html (Access date: 28th December 2021)

³⁹ SunStar / CEBU, Literatus: Medical errors in the Philippines, <https://www.sunstar.com.ph/article/1808499/cebu/lifestyle/literatus-medical-errors-in-the-philippines> (Access date: 10th January 2022)

No.	内容
事例 1	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Jarcia v. People of the Philippines</i> のケース^{40, 41}では、患者がタクシーにはねられ、病院に運ばれた。患者を担当した 2 人の医師は、X 線検査を指示したが、骨折は認められなかった。医師は患者の母親に、タクシーにはねられたのは足首だけだったため、上肢を検査する必要はないと伝えた。残念なことに、患者はその後、発熱、右足の腫れ、右足のずれを発症した。新たに X 線検査を行ったところ、脛骨中央部の骨折と、患者の骨の軸部に線状の毛髪様骨折が認められた。 - 2 人の医師は、このケースでは医師と患者の関係はないことを主張した。彼らは、看護師から患者の診察を依頼されたときは、昼食のために緊急治療室を通りかかっただけだ、と主張した。しかし、最高裁は、彼らが被害者を診察し、被害者の母親に保証を与えた時点で、当事者間には明確な医師と患者の関係が存在していたと述べ、医師の主張を退けた。したがって、2 人の医師は、同じ分野の医師が通常持っているのと同じ程度の注意、技能、勤勉さを行行使する義務を負っていた。
事例 2	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Rosit v. Davao Doctors Hospital</i> のケース^{40, 42}では、患者がオートバイの事故で顎を骨折した。手術の際、医師は患者の顎に金属板を金属ネジで固定し、下顎を固定する方法をとった。しかし、この手術には最小のネジが必要であることを医師は知っていたにもかかわらず、手元にあった大きなネジを切断したのみであった（大きなネジを切って使用した）。また、小さいネジはマニラで購入できることも知っていたが、患者には同じものを買う余裕がないだろうと考えた。 - 手術後、患者は口の開閉がうまくできなくなり、常に痛みを感じていた。レントゲンを撮ったところ、医師が入れた改造ネジが患者の臼歯部にまで達していることが判明した。このため、患者さんは別の医師による治療を受けなければならなくなった。この事件で、最高裁判所は、医師は少なくとも 3 種類の損害、すなわち、現実的損害、精神的損害、懲罰的損害を賠償する責任を負うと判示した。 - まず、患者は、医師の過失によって発生した明確な費用を証明することができたため、実損害を請求することができた。第二に、患者は、医師の過失の結果、不必要な肉体的苦痛を受けたため、同様に精神的損害を請求することができた。第三に、患者は、医師が手術に大きなネジを使用することの危険性を患者に知らせなかったことが、悪意ある、詐欺的な、無謀な、抑圧的な行為であったとして、懲罰的損害を受ける権利があった。
事例 3	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Noel Casumpang, Ruby Sanga-Miranda and San Juan Dedios Hospital vs Nelson Cortejo</i> のケース^{40, 43}の患者は 11 歳の少年であり、呼吸困難、胸痛、胃痛、発熱を訴えた。診察した医師は、気管支肺炎と診断した。しかし、患者の母親は、息子は高熱を出していたものの、風邪や咳はなかったため、医師の診断に疑問を呈した。翌日、患者の

⁴⁰ Fortun Narvasa & Salazar, Medical Malpractice: 4 Elements to Understand, <https://www.fnslaw.com.ph/medical-malpractice-4-elements-to-understand/> (Access date: 10th January 2022)

⁴¹ The LAWPHiL Project, G.R. No. 187926, https://lawphil.net/judjuris/juri2012/feb2012/gr_187926_2012.html (Access date: 10th January 2022)

⁴² The LAWPHiL Project, G.R. No. 210445, https://lawphil.net/judjuris/juri2015/dec2015/pdf/gr_210445_2015.pdf (Access date: 10th February 2022)

⁴³ The LAWPHiL Project, G.R. No. 171127, https://lawphil.net/judjuris/juri2015/mar2015/gr_171127_2015.html (Access date: 10th February 2022)

No.	内容
	<p>母親は、息子の痰に血が混じっていることを医師に告げた。しかし、医師はうなずいただけで、気管支肺炎のせいだと言って安心させた。</p> <ul style="list-style-type: none"> - その日の朝遅く、患者は血の混じった痰を吐いた。研修医の診察を受け、いくつかの検査が行われた。検査の結果、患者はデング出血熱にかかっていることが分かった。 - 最高裁は、医師には医療過誤の責任があると判断した。最高裁は、医師の過失が患者の死亡の近因であるか否かを判断する際、デング熱の性質に着目した。最高裁は、「正しくタイムリーな診断と適切な医学的管理を行えば、デング熱は生命を脅かす病気ではなく、容易に治癒することができる」という専門家の証言を検討した。実際、デング熱の死亡率は2%未満に低下するはずである。つまり、患者の死因は、デング熱の特徴的な症状があったにもかかわらず、医師が適時に診断しなかったことにある。結果、医師および病院の医療上の過失による患者の不当な死亡を理由として、総額 595,000 フィリピンペソの損害賠償を命じた。
事例 4	<ul style="list-style-type: none"> - Borromeo v. Family Care Hospital, Inc. のケース^{40,44}は、1999 年 7 月、患者は 2 日前から急性の痛みと発熱を訴えていた。医師は、患者が急性虫垂炎に罹患しているのではないかと疑った。いくつかの決定的でない検査の後、医師は探索的に開腹手術を行うことにした。手術の後、患者の血圧が急に下がった。さらに、患者は体のあちこちに点状出血を起こした。医師は、この患者が血液疾患である播種性血管内凝固症候群であることを疑った。残念ながら、患者を蘇生させる試みは失敗に終わった。 - 最高裁判所は、止血不能な出血の原因が病気である播種性血管内凝固症候群であるため、医療過誤はないと判断した。この場合、医師がその状況下で必要とされる、期待される基準を満たしていなかったという証拠はない。
記事	<ul style="list-style-type: none"> - 私は、出産したばかりの母親に高血圧症の薬が処方されているのを見たことがあるが、本人には高血圧症の既往はなかった。私がナースステーションで指摘したところ、その時点でカルテから削除されてしまった。これは、セブ市にある大きな私立教育病院での出来事である。おそらく、多くの患者がこのようなミスに遭遇しても、家族自身が医学的知識を十分に身につけていないため、報告されないままになっているのではないかと考える。家族の中には、比較的元気な患者が軽い病気で入院しているのを不思議に思っている方もいたようだ。 - フィリピン・ハート・センター (PHC) の 5 人の看護師が 2010 年に行った調査では、ある施設で発生した投薬ミスのうち、処方ミスが 90.8%を占めていることがわかった。この研究の要旨に、施設名は書かれていなかった。しかし、国内での施設間の制限という通常の方針を考慮すると、サンプルされた施設は PHC そのものである可能性がある。残念ながら、この研究は査読付きの雑誌には掲載されなかった。しかし、PHC がこの研究をウェブサイトに掲載したことは称賛に値する。結果は薬剤師のミスである調剤ミスが、投薬ミスの最大の原因 (92.5%) となった。その他のエラーの原因として、通常は看護師が担当する投薬管理 (85.4%) や、看護師の仕事でもあるオーダー処理などが挙

⁴⁴ The LAWPHiL Project, G.R. No. 191018, https://lawphil.net/judjuris/juri2016/jan2016/gr_191018_2016.html (Access date: 10th January 2022)

No.	内容
	げられる。しかし、投薬ミスは医療ミスの中でも氷山の一角に過ぎない。手術ミス、検査ミス、診断の誤りや遅れ、回避可能な治療の遅れなど、さまざまなケースがある。

出典：調査員が作成。

(2) 医療関係訴訟の数

インターネットによる調査では、アクセス可能な情報に限界があるため、医療関係訴訟数を得ることができなかった。また日本人関係者を通じて現地に確認を行ったが、「医療に関する訴訟は聞いたことがない。」との返答があり、訴訟数を確認することはできなかった。

(3) 5S 活動と KAIZEN 活動の取り組みの有無

JICA の技術協力プロジェクトや青年海外協力隊（現、JICA 海外協力隊）等では、5S 活動及び Kaizen 活動に関するプロジェクトが実施されている。

【JICA 海外協力隊の取り組み①】

フィリピンのレイテ州パロ町の保健局に派遣された隊員（看護師）のケースを挙げる⁴⁵。

- 彼女は、レイテ州保健局とその傘下にある州病院・保健施設も 5S 活動を促進するために派遣された。5S というワードがまだ浸透していないフィリピンで、5S 委員会の発足、ガイドライン・チェックリストの作成に取り組み、またゴミ分別用ラベルのデザインの検討、病棟の点滴棚のアレンジ等、委員会メンバーとともに院内の環境改善に向けて活動している。さらに他の病院にも 5S 活動を普及することを目的にセミナーを開催している。

【JICA 海外協力隊の取り組み②】

レイテ島のタクロバン市の医療施設に派遣された隊員（看護師）のケースを挙げる⁴⁶。

- 彼は Eastern Visayas Regional Medical Center に病院内での 5S 活動（整理・整頓・清掃・清潔・躰）強化を目的に 2016 年 10 月から派遣された。薬剤等の使用后、次の急変時に備えるための薬剤・アイテムの補充をすぐに行うことができていない、また急変した患者に使用する救急カートには不要な薬剤等が沢山入っている、逆に必要な薬剤等が配置されていない状況であった。そこで、救急センターで必要な薬剤等が無いことやすぐに使用できないことは患者の命に係わるため、優先度を考え救急センターでの 5S 活動から開始した。医師、看護師、薬剤師等の医療従事者と話し合い、救急カートに入れる薬剤やアイテムを配置することができた。その後は、コードブルーチームの立ち上げ、ISO 取得に向けた活動、感染対策・安全に繋がる 5S 活動を院内で行った。

⁴⁵ 独立行政法人国際協力機構、フィリピン、ボランティア活動報告、https://www.jica.go.jp/philippine/office/others/report/ku57pq00002pcrve-att/manila_043.pdf(Access date: 10th February 2022)

⁴⁶ 独立行政法人国際協力機構筑波センター、JICA ボランティア活動報告：茨城県日立市 金子昌裕、<https://www.jica.go.jp/tsukuba/topics/2018/ku57pq00000jhn52.html>(Access date: 10th February 2022)

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取り組みの有無

6月25日はフィリピンの患者安全デーである。フィリピンでは患者の安全性に対する意識が皆無に近く、実際、フィリピンでは患者の安全性についての研究文献はほとんどない⁴⁷。しかし、「(1)具体的な医療事故の事例収集」で述べた通り、PHCの看護師が2010年に行った調査は査読付きの雑誌には掲載されていないものの、ウェブサイトに掲載したことは称賛に値すると思料する。国内の医療機関が何とかしようという気持ちになるように、一般の人々の意識の中にも患者の安全性に関する意識を置かなければならない。

フィリピン保健省は、2008年、文書(A0 No. 2008-0023)を発行し、患者の安全を質の高い医療の重要な側面の一つとみなし、質の保証を制度化した。これに対応して、保健省(管轄)のすべての病院やその他の医療施設において、質の高い安全な医療サービスのための枠組みを提供するために、「患者安全プログラム」が実施された。保健省の患者安全プログラムは、医療施設における患者安全の制度化を強化し、「FOURmula One Plus for Health」の全体的な戦略との整合性を確保し、国家患者安全政策を改訂・強化して、国内の医療提供を改善する⁴⁸。

⁴⁷ SunStar / CEBU, Literatus: Medical errors in the Philippines, <https://www.sunstar.com.ph/article/1808499/cebu/lifestyle/literatus-medical-errors-in-the-philippines>(Access date: 10th January 2022)

⁴⁸ Republic of the Philippines Department of Health Office of the Secretary, National Policy on Patient Safety in Health Facilities, <https://dmas.doh.gov.ph:8083/Rest/GetFile?id=651501>(Access date: 10th January 2022)

4.4. モンゴル国

モンゴル国（以下、モンゴル）の一般情報、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標の概況 1 をそれぞれ以下に示す。

4.4.1. 一般情報

モンゴルは、東アジアの北部に位置し、面積は約 156 万 4,100 平方キロメートルで日本の約 4 倍の広さを持つ⁴⁹。モンゴルの主な産業は鉱業、牧畜業、流通業、軽工業であり、なかでも鉱業は GDP の 3 割、鉱工業生産の 7 割、輸出の 8 割を占める。主な鉱物資源として石炭、銅、ウラン、蛍石、さらにモリブデン、タングステン等のレアメタルがある^{エラー! ブックマークが定義されていません。}⁵⁰。

世界銀行によると、人口は約 327 万人（2020 年）⁵¹、GDP は 133 億米ドル（2020 年）⁵²、一人当たり GNI は 3,740 米ドル（2020 年）⁵³である。

2021 年 1 月～6 月は、特に資源の輸出、鉱工業生産が好調で、実質 GDP 成長率が前年同期比 6.3%、貿易総額は前年同期比 39.4%（うち輸出額は 45.4%増、輸入額は 32.6%増）となった。日本の対モンゴル輸出も 39.6%増であった。鉱工業生産は採鉱・採石業、特に石炭の生産額が引き続き増加し、前年同期比 38.7%増となった。新型コロナウィルスの感染防止策にともなう外出禁止令、国境検疫の強化などにより落ち込んだ前年と比べ、貿易および鉱工業生産が大きく増加し、コロナ以前の水準に回復している⁵⁴。



図 6 モンゴル地図

4.4.2. 日本との外交・経済関係

モンゴルに対する日本の援助実績（2019 年度まで）は、円借款が 1,579 億円、無償資金協力が 1,206 億円、技術協力実績は 520.97 億円である^{エラー! ブックマークが定義されていません。}。

モンゴルの外交方針の基本は、隣国である中国とロシアとのバランスの取れた外交関係を展開しながら、両隣国に過度に依存することなく「第三の隣国」との関係を発展させることであり、日本との関係は特に重視されており、様々なレベルでの交流を通じて、二国間関係を強化している^{エラー! ブックマークが定義されていません。}。

⁴⁹ 外務省、モンゴル国（Mongolia），<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/mongolia/data.html#section1> (Access date: 10th January 2022)

⁵⁰ JILAF、モンゴルの基本情報，https://www.jilaf.or.jp/country/asia_information/AsiaInfos/view/32 (Access date: 10th January 2022)

⁵¹ The World Bank, Population, total – Mongolia, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=MN> (Access date: 10th January 2022)

⁵² The World Bank, GDP (current US\$) – Mongolia, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=MN> (Access date: 10th January 2022)

⁵³ The World Bank, GNI per capita, Atlas method (current US\$) – Mongolia, <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD?locations=MN> (Access date: 10th January 2022)

⁵⁴ JETRO、モンゴル経済概況（2021 年 9 月），<https://www.jetro.go.jp/world/reports/2021/01/e93415d342ca8195.html> (Access date: 10th January 2022)

4.4.3. 保健指標の概況

代表的な保健指標について、モンゴルの状況を下表に示す。

表 10 保健指標のデータ（モンゴル）

項目	データ
妊産婦死亡率	45 人／出生 10 万人（2017 年）
専門技能者の立ち会いの下での出産の割合	99.3%（2018 年）
5 歳未満児死亡率	15.6 人／出生 1,000 人（2019 年）
新生児死亡率	8.1 人／出生 1,000 人（2019 年）

出典：調査員が作成。

モンゴル全体の基礎保健指標は改善しているものの、地方で働く医師をはじめとする医療従事者の質の低さ及び地方における医療機材設備の未整備等を背景とし、地方の一次及び二次医療サービスの向上が保健セクターの課題となっている。これに対しモンゴル政府は医療従事者の能力強化をはじめとする様々な政策的努力を進めているが、卒後研修体制や研修プログラムをはじめとする教育体制が十分に整備されていない。

「2012 年～2016 年におけるモンゴル国政府のアクションプラン」では、「健康で強いモンゴル市民」という目標の下、質の高い診断・治療を受けるための環境整備が明記されている。また、2016 年 2 月に承認された「モンゴル持続可能な開発ビジョン 2030」の重点項目である「持続可能な社会開発」における「効果的で質が高く、利用しやすいヘルスケア・システム」に向けた取り組みとして、診断サービスへのアクセス向上や NCDs 対策が示されている⁵⁵。

4.4.4. モンゴルにおける調査結果

モンゴルにおける調査では、モンゴルに関する報告書や現地新聞、ウェブサイト等で情報収集を行った。モンゴルでは、医師や医療従事者に対する法的措置の頻度が年々増加している。医療従事者が過失や医療過誤のクレームから守るためには、医療従事者の責任問題や保険について議論することが不可欠になってる⁵⁶。結果を下記に示す。

(1) 具体的な医療事故の事例収集

具体的な医療事故の事例を下表に示す。

⁵⁵ JICA, 日本モンゴル教育病院運営管理及び医療サービス提供の体制確立プロジェクト, <https://www.jica.go.jp/project/mongolia/017/index.html>(Access date: 10th January 2022)

⁵⁶ The UB POST, Probing the liability of medical professionals in Mongolia, Probing the liability of medical professionals in Mongolia (Access date: 10th January 2022)

表 11 事例集（モンゴル）

No.	内容
事例 1	首都圏のカン・ウル地区にある有名な私立病院で手術を受けた 27 歳の女性が、医師の過失により死亡した ⁵⁷ 。カン・ウル地区の有名な麻酔科医（以下、E 氏）は、患者に対して麻酔に関するアレルギーの検査を行わなかった。患者は手術中に心臓発作を起こし死亡した。法医学専門家によると、被害者の死因は薬物アレルギーによる過敏性ショックであった。ハヌウル地方裁判所で審理が行われ、E 氏は、患者に対する医療提供義務を適切に果たさず患者を死亡させたとして有罪が確定した。その後、2002 年刑法特別部第 106 条第 2 項により、E 氏は 3 年間、麻酔科医及び集中治療医として働く権利を剥奪され、2 年間の禁固刑を言い渡され、その後仮出所した。

出典：調査員が作成。

(2) 医療関係訴訟の数

モンゴル国立法人審査機関の裁判所病院には、2012 年から 2014 年にかけて、医療従事者に関連する 159 件の訴訟が寄せられた。そのうち 16 件に判決が下され、27 人の医療従事者が処罰された。訴訟が起こされた時期、訴えられた医療関係者の 51% は 41 歳から 50 歳であった。全体の不正行為やミスの半分は、金曜日の夜勤時、または朝勤者が夜勤者に切り替わる前に行われていた。罰せられた 16 件のうち 5 件 (31.3%) が傷害・外科関連、4 件 (25%) が医薬品関連、3 件 (18.7%) が産科・女性医療関連、2 件 (12.5%) が小児医療関連であった。これらの分野は、世界の医療分野で最もリスクが高いとされている^{エラー! ブックマークが定義されていません}。医療従事者を医療過誤のクレームから守るという点で、モンゴルでの取り組みは、保健・スポーツ省 (The Ministry of Health and Sports) が健康保険法を改正し、その大枠は閣議決定されたが、法案は採択されなかった。医療従事者への対策というよりは、医療従事者の再教育や専門的な能力の向上、ガイドや基準の更新などの対策が医療ミスを減らすことにつながると思われる^{エラー! ブックマークが定義されていません}。

ここ数年、モンゴル人が医療過誤に対して法的措置を取り、補償金を請求したケースが 100 件以上記録されている。請求された賠償金は、100 万から 1,000 万モンゴル・トグログである。罪を犯した医療関係者は、自分のポケットから賠償金を支払わなければならない、大きな経済的リスクを負うことになった^{エラー! ブックマークが定義されていません}。2012 年には、医療従事者全体の 4.5% が自発的に保険に加入し、2013 年には 5.48%、2014 年には 5.4% となっている。民間医療機関の数は増え続けており、新しい高額な技術や機器を導入している。これに関連して、医療過誤やエラーを引き起こす可能性も高くなると考えられる。モンゴルでは、医療ミスや医療過誤のクレームのうち、9.87% が裁判にかけられ、罰せられているが、これはイギリスの 2 倍、カナダの 9 倍の割合である。自発的に保険に加入する医療従事者が増えているにもかかわらず、その数はまだ少ない。40 歳以上の医療従事者が中心となって医療ミスを起こしているため、常に研修を実施して能力向上を図る必要がある^{エラー! ブックマークが定義されていません}。

⁵⁷ ZINDAA, Мэргэжлийн алдаа гаргаж, ХҮНИЙ АМЬ НАСАНД ХҮРСЭН ЭМЧИД ЯЛ оноолоо, <https://news.zindaa.mn/2lr0> (Access date: 10th March 2022)

(3) 5S 活動と KAIZEN 活動の取り組みの有無

モンゴルの医療施設における 5S 活動と KAIZEN 活動の取り組みについて、ウェブサイトによる調査では情報を得ることができなかった。一方、2015 年には国営住宅公社で「5S」をテーマとした企業内研修が実施されている⁵⁸。掲載記事によると、日本企業のマネジメントツールとして「5S」への関心が高まっているとのことである。

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取り組みの有無

コロナ禍においては、日本とモンゴルを繋ぎ「医療安全」に関する研修が行われている。この研修では、日本における国レベルから病院レベルでの医療安全の取り組みについて、具体的な事例をもとに解説が行われた。失敗から学び、改善を積み重ねてきた日本の医療安全に対する取り組みは、モンゴルの看護師たちにとっても有益な情報となった⁵⁹、とのことである。

また、JICA の「日本モンゴル教育病院運営管理及び医療サービス提供の体制確立プロジェクト」⁶⁰では、2021 年 10 月に、医療安全の強化と病院スタッフ一人一人の意識向上を図ることを目的として、根本原因分析（RCA）手法を用いたインシデント対策ワークショップを開催した⁶¹。このプロジェクトでは、コロナ禍で現地に行けない状況でも、現場の「ヒヤリハット・インシデント報告」をもとに、病院のリスク管理状況をオンラインで把握し管理体制の指導を行っている。モンゴルでは、インシデントが発生した際に、問題の原因を作った当事者を非難する傾向があり、そのような意識を変えていくことが重要な課題である。プロジェクトのワークショップを通じて互いの仕事を理解し、同じ事故を繰り返さないためのより良い方法を考え、そして患者ケアに関わる様々なスタッフの間で徐々に意識改革を図っている。

⁵⁸ JICA, 国営住宅公社で企業内研修を実施-モンゴル日本センター, <https://www.jica.go.jp/japancenter/article/2014/20150217.html> (Access date: 10th February2022)

⁵⁹ JICA, 日本とモンゴルを結び、医療安全に関する研修が実施されました, <https://www.jica.go.jp/project/mongolia/012/news/20201110.html> (Access date: 10th January 2022)

⁶⁰ JICA, 日本モンゴル教育病院運営管理及び医療サービス提供の体制確立プロジェクト, <https://www.jica.go.jp/project/mongolia/017/index.html> (Access date: 10th February2022)

⁶¹ JICA, RCA による医療安全の体制強化と意識向上, <https://www.jica.go.jp/project/mongolia/017/news/20211008.html> (Access date: 10th February2022)

4.5. ウガンダ共和国

4.5.1. 一般情報

ウガンダ共和国（以下、ウガンダ）の国の概況、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標をそれぞれ以下に示す。

4.5.2. 国の概況¹

ウガンダは、東アフリカに位置する内陸国である。国土面積は約 24.1 平方キロメートルで、日本の本州と同程度の国土を有する。

独立以来、クーデター等が繰り返されたが、1986 年のムセベニ大統領の政権発足以来、政情は安定し、2021 年の選挙でも再選し、長期政権を維持している。2016 年以降は隣接する南スーダン、コンゴ民主共和国の政情不安・治安悪化等に伴い、特に北西部・南西部に多くの難民が流入している。

2019 年の GDP は 351.7 億米ドルであり、経済成長率は 6.8%であった。2010 年より成長と雇用創出に重点を置いた 5 カ年国家開発計画（NDP）を策定し、2010/11 年度から実施した。

2020/21 年度から開始された、第三次 NDP（2020/21-2024/25）の実施期間中に中所得国入りを目指している。



図 7 ウガンダの地図

4.5.3. 日本との外交・経済関係

日本とウガンダの二国間関係においては、1962 年 10 月のウガンダ独立とともに承認、1973 年に在京ウガンダ大使館を開設、1997 年に在ウガンダ日本大使館を開設した。

ウガンダに対する日本の援助実績は、2018 年までの累積で、有償資金協力が約 663 億円、無償資金協力が約 666 億円、技術協力実績が約 336 億円となっている。

平成 29 年 7 月付の国別開発協力方針²では、経済成長を通じた貧困削減と地域格差是正の支援を大目標とし、4 つの重点分野として以下の 4 つを掲げている。

【国別開発協力方針における 4 つの重点分野】

- ① 経済成長を実現するための環境整備
- ② 農村開発を通じた所得向上
- ③ 生活環境整備（保健・給水）
- ④ 北部地域の社会的安定を掲げている。

4.5.4. 保健概況

代表的な保健指標について、ウガンダの状況を下表に示す。

表 12 保健指標のデータ（ウガンダ）

	項目	データ	年
1	人口	45,741,000	2020
2	平均寿命	63	2019
3	妊産婦死亡率（出生10万人あたり）	481	2016
4	専門技能者の立ち合いの下での出産の割合（%）	74.2	2016
5	5歳未満児死亡率（出生1,000人あたり）	33	2019
6	新生児死亡率（出生1,000人あたり）	20	2019
7	国家予算に対する保健予算の割合（%）	5.1	2016

（出典）

1 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>

2 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&start=1960&view=chart>

3 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT.NE>

4 国際連合児童基金（UNICEF）ウェブサイト：<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>

5 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>

6 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>

7 アフリカ連合ウェブサイト：<https://scorecard.africa/>

（1）具体的な医療事故の事例収集

● 新聞記事から

HIV 陽性の看護師が、自分の指に誤って針刺しを起こし、その針をそのまま子供に使用した（2014 年 5 月）³

● 医療関係者の経験から

点滴用のカニューレを固定するためのプラスターを看護師が切断しようとしたとき、誤って新生児の指を切断した。

輸血時、誤った血液が患者に投与された。

処方された経路と異なる経路（皮下での投与で処方されていたところ、静脈内での投与）でアドレナリンが投与された。

● 患者・家族の経験から

本調査にて患者やその家族等に医療事故の経験を聞くことはできなかった。

● その他

出産時、患者への説明なく陣痛促進剤の使用し、その後の誤った処置により臍帯脱出が起こった。その後、緊急帝王切開が行われるまで、40～50 分の時間を要し、新生児の脳に不可逆的な損傷を受けた（2004 年 10 月）⁴

（2）医療関係訴訟の件数または医療に関わる苦情件数等

● 国レベル、地域レベル

ウガンダの医師・歯科医師協会のウェブサイトには、Complaint Form が用意されており、苦情申し立てを行うことができるが、具体的な件数については情報が得られなかった。

- 医療機関レベルでのデータの有無と内容

現地、地域中核病院に勤務する医療関係者からの聞き取りによると、多くの場合、医療過誤は患者やその家族等からの報告がない限り、医療従事者によって隠蔽されているのが現状ということであった。

(3) 5S や KAIZEN の取組みの有無

- 医療機関において

2007年3月から実施された JICA アジア・アフリカ知識共創プログラム（AAKCP）の1つである「きれいな病院プログラム」に参加し、5S-KAIZEN-TQM 手法が導入された。その後、JICA 技術協力プロジェクト「保健インフラマネジメントを通じた保健サービス強化プロジェクト（2011年8月～2014年12月）」、「保健インフラマネジメントを通じた保健サービス強化プロジェクト・フェーズ2（2016年7月～2021年7月）」において、主に地域中核病院と一部の県病院、ヘルスセンターを対象として、5S-KAIZEN-TQM 手法（ウガンダでは 5S-CQI（Continuous Quality Improvement）-TQM と呼ばれる）を用いた保健サービス強化を目的とした支援が行われた。

保健省による 5S-CQI-TQM のガイドライン⁵が整備されており、国の方針として、5S-CQI-TQM 手法の普及を進めている。各レベル（国、地域中核、県レベル）で質向上に係る委員会を設置することとなっており、各委員会が管轄するレベルでの研修やモニタリング評価をすることとなっている。

- 医療機関以外の現地の企業において（日系企業含む）

インターネット上で、ウガンダの現地企業における 5S や KAIZEN の取り組み事例の収集を試みたが、関連情報はほとんど得られなかった。

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取組みの実施の有無と概要

- 国レベルまたは地域レベル

ウガンダ保健セクター開発計画（Health Sector Development Plan, 2020/21-2024/25）は、持続可能な開発目標（SDGs）およびその他の世界的かつ地域的な医療への取組みの実現に向けた Universal Health Coverage（UHC）の達成に寄与することを目的としている。その中核的価値観のひとつとして、患者中心や医療サービスの質の向上を掲げている。また、包括的保健サービス基準マニュアル（Comprehensive Health Service Standards Manual, 2021）⁶では、各レベルの医療施設基準が定められ、安全な治療を提供し、人々の健康、安全、幸福を積極的に促進、保護し、リスクを低減することを規定している。また、患者の権利と責任の憲章（Patient Rights and Responsibilities Charter）⁷が、2019年6月に発行されたが、患者安全に係る具体的なガイドラインやマニュアルは整備されていない。

そのため、2021年、JICA 技術協力プロジェクト「ウガンダ国 5S-CQI-TQM を通じた患者安全構築プロジェクト」が開始され、対象病院における患者安全の管理手順の確立、病院

安全レポートシステムの整備、関係者への患者安全に係る知見の共有を通じて、患者安全文化の醸成を図り、保健医療サービスの質の向上に寄与することを目指している。2021年5月時点の保健省担当者への聞き取りによると、インシデント報告に対する懲罰的な考え方が存在するため、マインドセットの変化が必要との回答があった。現時点では、未だインシデントレポート制度を取り入れている病院は少なく、医療安全に関する活動や管理については各病院の裁量に任されている。

● 医療機関レベル

医療機関レベルでは、カバレ地域中核病院がインシデントレポート制度を導入しており、ナグル地域中核病院では、24時間レポート（夜勤帯から日勤帯等への引継ぎ時に必要事項を伝えるために用いられている）を活用しているものの、患者安全に係る取組みは、各病院に任されているのが現状である。質向上については、上述の5S-CQI-TQMのガイドラインやマニュアルに基づいて、各病院に質向上チーム/質向上部門（Quality Improvement Team）が設置されている。また、カバレ地域中核病院のみ、病院長のイニシアティブで専属のスタッフを配置し、質向上部門として機能させている。

参考文献

1. 外務省. ウガンダ基礎データ. Published 2021.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/uganda/data.html#section1>
2. 外務省. 対ウガンダ共和国 国別開発協力方針.
3. BBC. Uganda HIV nurse Rosemary Namubiru jailed by Kampala court. <https://www.bbc.com/news/world-africa-27468741>. Published May 19, 2014.
4. The High Court of Uganda At Kampala. Watsemwa & Anor v Attorney general (Civil Suit 675 of 2006) [2015] UGHCCD 16 (20 February 2015). Published 2015.
<https://ulii.org/ug/judgment/hc-civil-division-uganda/2015/16-0>
5. Ministry of Health Uganda. *5S-Continuous Quality Improvement (KAIZEN)-Total Quality Management Implementation Guidelines in Uganda.*; 2019.
[https://www.health.go.ug/sites/default/files/5S-CQI-TQM Guidelines signed copy 2.pdf](https://www.health.go.ug/sites/default/files/5S-CQI-TQM%20Guidelines%20signed%20copy%202.pdf)
6. Ministry of Health Uganda. Final MoH Comprehensive Service Standard Mannual July 2021. Published 2021. <https://www.health.go.ug/cause/comprehensive-health-service-standards-manual-july-2021/>
7. Ministry of Health Uganda. Patients Rights and Responsibilities Charter 2019.

4.6. エジプト・アラブ共和国

4.6.1 一般情報

エジプト・アラブ共和国（以下、エジプト）の国の概況、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標をそれぞれ以下に示す。

4.6.2 国の概況¹

エジプトは、アフリカの北東部に位置し、北は地中海、東は紅海に面している。面積は約 100 万平方キロメートルで日本の約 2.7 倍の広さがある。アラブ及びアフリカにおける大国として、中東和平などの地域問題で積極的な役割を果たすと同時に、イスラム・非同盟諸国との連帯や欧米諸国との協調も重視するバランス外交を展開してきた。

ムバラク大統領の辞任に至った 2011 年 1 月の政変以降、悪化する経済・治安状況と相まって、テロやデモが散発し、多数の死傷者が発生する事件も起こっている。2014 年 5 月に実施された大統領選では、エルシーシ前国防相が当選。その後の 2018 年 3 月の大統領選でも再選された。

2011 年の GDP は、政変の影響もあり、観光産業と投資の落ち込みにより、大幅な貿易赤字が続いた。エジプト政府は補助金改革に着手し、湾岸諸国からの財政支援に加え、諸外国や国際企業などからの経済支援の表明を取り付けた。また、2016 年には国際通貨基金に対し、120 億ドルの融資を正式要請し、為替自由変動相場制への移行と燃料補助金改革を事実上の融資の条件として承認を取り付けた。2018 年の GDP は 2,860 億米ドルである。



図8 エジプトの地図

4.6.3 日本との外交・経済関係

日本とエジプトの二国間関係においては、1936 年にカイロに公使館を設置（1954 年に大使館に昇格）して以来、良好な関係を維持している。両国間の首脳や閣僚レベルの要人往来も頻繁に行われており、2016 年にエルシーシ大統領が訪日した際は、アラブ諸国の首脳として、また、アフリカの元首として、初めて国会で演説を行った。エルシーシ大統領が訪日中に日・エジプト共同声明および「エジプト・日本教育パートナーシップ」を含む付属 3 文書（教育、電力、保健）が発出された。

エジプトに対する日本の援助実績は、2017 年までの累積で、有償資金協力が約 7,901 億円、無償資金協力が約 1,578 億円、技術協力実績が約 818 億円となっている。2020 年 9 月付の国別開発協力方針 2 では、持続的かつ包括的な経済・社会発展のための協力および地域・国際社会の安定と発展の促進を大目標とし、以下の 3 つの重点分野を掲げている。

【国別開発協力方針における重点分野】

- ① 持続的経済成長の促進
- ② 社会的包摂の促
- ③ 教育・人材育成と地域協力

4.6.4 保健概況

代表的な保健指標について、エジプトの状況を下表に示す。

表 13 保健指標のデータ（エジプト）

	項目	データ	年
1	人口	102,334,400	2020
2	平均寿命	72	2019
3	妊産婦死亡率（出生10万人あたり）	15	2015
4	専門技能者の立ち合いの下での出産の割合（%）	N/A	-
5	5歳未満児死亡率（出生1,000人あたり）	17	2019
6	新生児死亡率（出生1,000人あたり）	11	2019
7	国家予算に対する保健予算の割合（%）	4.2	2016

（出典）

- 1 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>
- 2 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&start=1960&view=chart>
- 3 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT.NE>
- 4 国際連合児童基金（UNICEF）ウェブサイト：<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>
- 5 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>
- 6 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>
- 7 アフリカ連合ウェブサイト：<https://scorecard.africa/>

（1）具体的な医療事故の事例収集

● 新聞記事から

2018年12月から2021年12月までの3年間で31件の医療事故に係る新聞記事が出された。31件中、8件が麻酔過剰投与によるもの、3件がカニューラの不適切な挿入、4件が診療の遅れ・不十分さ、3件が手術における異物残存、5件が手術における臓器損傷、4件が手術箇所の取り違えと不適切な処置、2件が医療機器の不正使用、1件が投薬ミス、1件が不衛生な環境による感染であった（図9）。

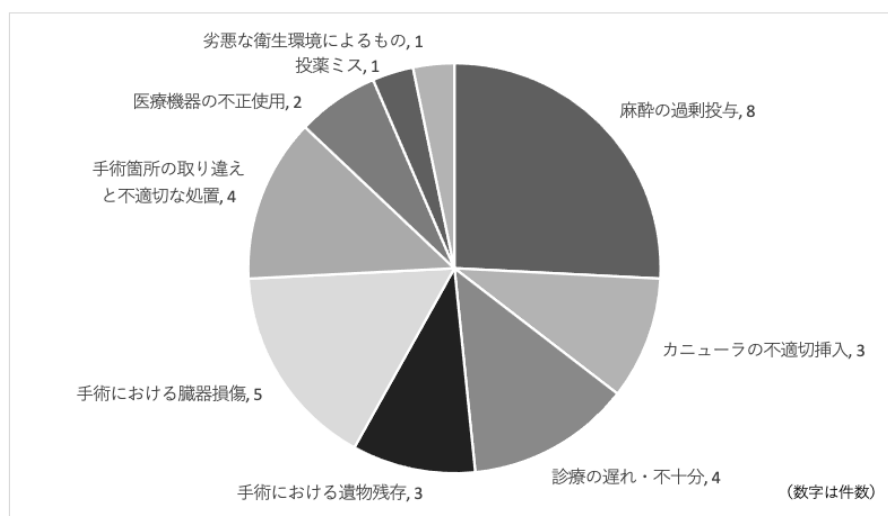


図9 オンライン新聞記事（調査期間：2018年12月～2021年12月）で報道された医療事故の件数と内訳

(合計 31 件)

31 件中明確な健康被害について記載があったものは 28 件あり、うち 14 件が死亡または死産、4 件が四肢の切断または不全、8 件が患者の容態の悪化、1 件が火傷、1 件が失明に至った (図 10)。³⁻³³

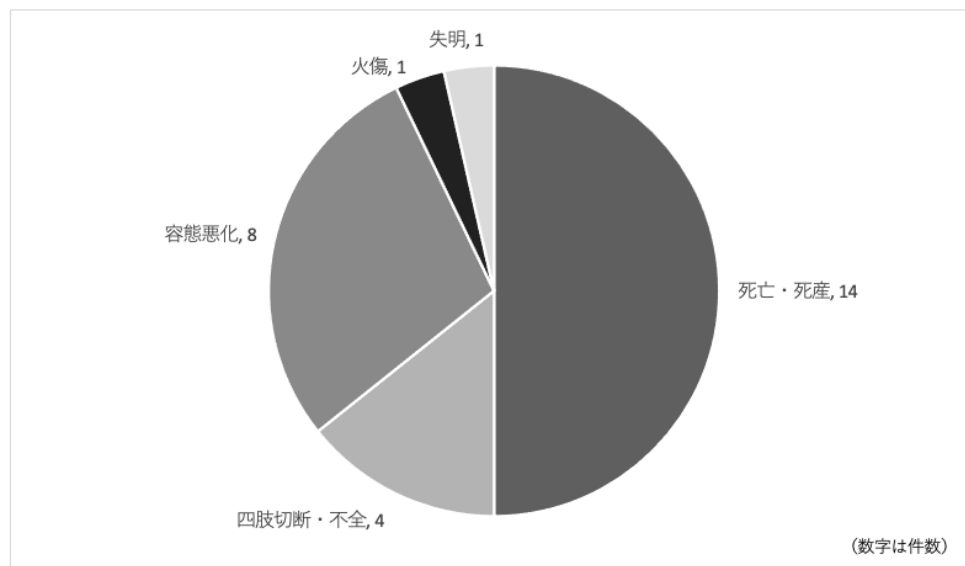


図 10 健康被害の件数と内訳 (合計 28 件)

- 医療関係者の経験から

本調査にて医療関係者に所属機関における医療事故の経験を聞くことはできなかった。

- 患者・家族の経験から

本調査にて患者やその家族等に医療事故の経験を聞くことはできなかった。

- その他

特定の件の大学病院を中心に、集中治療室や救急救命部などの特定の診療科、看護師などの特定の職種を対象を絞った医療事故に係る論文が公表されており、医療事故の内訳が報告されているものもある。³⁴⁻⁴⁷ 国全体の医療事故の件数を分析した論文は、投薬ミスによるものに限られるが、Zahraa Hassan Abdelrahman Shehata 他による” Descriptive analysis of medication errors reported to the Egyptian national online reporting system during six months” が 2014 年 6 月から 12 月にかけてエジプト投薬ミス報告システムに報告されたレポート内容を分析している。同論文によれば、6 ヶ月の対象期間内において約 12,000 件の有効なレポートが報告されたとされている。投薬ミスの起きた部門としては、病棟が 66%と大半を占め、続いて ICU が 23%、外来が 11%であった。投薬ミスの種類としては、誤容量投薬が最も多く全体の 20%を占め、薬物相互作用、投薬頻度の誤り、誤った薬物の投与と続く。

(2) 医療関係訴訟の件数または医療に関わる苦情件数等

- 国レベル、地域レベル

本調査で、インターネットによって英語またはアラビア語の新聞記事や関連論文からエジプト全土または特定の地域における医療関係訴訟件数または医療に係る苦情件数の情報収集を試みたが、関連情報が得られなかった。

- 医療機関レベルでのデータの有無と内容

医療機関により、患者や患者家族のための意見箱の設置、外来患者や患者家族から病院サービスを外来患者やその家族から評価してもらうための聞き取りなどを実施している。

(3) 5S や KAIZEN の取組みの有無

- 医療機関において

エジプトの医療機関における 5S や KAIZEN の取り組みは、2006 年より JICA の支援の下、スエズ運河大学やファイユーム大学が実施してきた、他アフリカ諸国向けの病院管理に関する第三国研修から始まり、本研修事業に 5S や KAIZEN に関する指導項目が含まれていた。本研修事業を通して 2006 年から 2019 年にかけてアフリカ 23 か国の研修員合計 251 名に対して、研修が実施された。

エジプト国内の医療機関における 5S や KAIZEN の取り組みは、エジプト政府が日本政府に対し、病院サービスの質改善のために 5S-KAIZEN-TQM 手法を活用した質管理体制強化に係る技術協力を要請したことに始まる。これを受けて JICA は 2019 年、エジプト全土の公的医療施設 50 か所を対象に「病院の質向上プロジェクト」を開始した⁴⁸。本プロジェクトは、質改善活動の中心的手法として 5S-KAIZEN-TQM 手法を採用して普及を推進し、2022 年 1 月時点で対象 50 病院の大半で 5S 活動が実施され、そのうちいくつかの病院においては KAIZEN 活動も間もなく開始される段階にある。また、対象病院以外の医療機関においても、対象病院における 5S 活動を参考に独自に活動を開始した病院も複数存在する。

その他、JICA 課題別研修のひとつとして「カイゼンを通じた保健医療サービスの質向上」を世界各国から招聘された行政官や医療従事者に対して毎年実施している。本コースでは 5S-KAIZEN-TQM 手法を集中的に学ぶ内容となっており、エジプトからも医療機関における質改善を先導できる人材が同研修に毎年招聘され、能力強化がされている。

- 医療機関以外の現地の企業において（日系企業含む）

カイロに工場を有する日系企業の担当者によれば、エジプトに進出している日系製造業者の多くでは、その生産現場において 5S、KAIZEN 等の日本式の質改善手法を取り入れているとのことであったが、日系企業以外では 5S、KAIZEN の取り組みは確認できなかった。

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取組みの実施の有無と概要

- 国レベルまたは地域レベル

公的医療保険（UHI）制度下における保険医療機関の認定要件として、エジプト病院認証

機関 General Authority for Healthcare Accreditation and Regulation (GAHAR)の基準「GAHAR Standard」の認証取得が求められている。この国家基準は、病院の健全な経営、サービスの質向上、患者安全の確保などを担保することを目的に設定されている。また、保健省は、上述の JICA プロジェクトの支援の下、病院における質・患者安全に係るガイドの作成をすすめている。

● 医療機関レベル

UHI 制度は、エジプトを 6 つの地域に分けて段階的に導入されている。制度が導入された地域の病院は、保健医療機関として必須となる GAHAR Standard の取得を目指して、患者安全・質改善活動を進めている。JICA プロジェクトは、UHI 制度導入地域の病院を含む 50 カ所の公的病院を対象に、安全文化の醸成、インシデント・レポート・システムの確立、レポートの分析結果の活用、5S-KAIZEN-TQM 手法による質改善活動を支援している。

参考文献

(以下、新聞記事 (3～33) の英文タイトルは、google translate を使用してアラビア語から翻訳した。)

1. 外務省. エジプト基礎データ. Published 2019.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/egypt/data.html#section1>
2. 外務省. 対エジプト・アラブ共和国 国別開発協力方針. Published 2020.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/100153340.pdf>
3. youm7. “Basant” lost her life during childbirth due to an overdose of anesthetic in Ain Shams. February 28, 2020.
4. youm7. Hanan’ s story: She left her home to give birth and returned to her family in a shroud. January 30, 2020.
5. elbalad. As a result of a medical error and an incident of negligence in Qena Hospital.. the 22-year-old: they amputated my right foot and destroyed my life. August 10, 2021.
6. akhbar elyom. Medical negligence causes the death of a fetus before birth in a private hospital in Dakahlia.
<https://m.akhbarelyom.com/news/newdetails/3569323/1/-/أم-تفقد-أول-نتيجة-الإهمال-الطبي.. الجنين-لها-بعد-انتظار-الطبيب-7-ساعات>. Published November 13, 2021.
7. almasry alyoum. Administrative Prosecution refers 5 Ashmoun Hospital officials to trial for medical negligence. December 25, 2018.
8. elwatannews. A doctor was imprisoned for 3 years for causing the death of a mother during childbirth in Dakahlia. March 3, 2021.
9. youm7. A report against a doctor who left a towel inside a woman’ s stomach after a caesarean section in the Eastern Province. August 26, 2021.
10. youm7. The Governor of the Eastern Province refers a gynecologist to investigate because he left an operation towel in a sick stomach. September 14,

- 2019.
11. aawsat. The doctor forgot a gauze in her stomach” ... Egyptians support an actress who was subjected to a “medical error. June 9, 2021.
 12. alyoum almasry. Imprisonment of a doctor in Beni Suef for two years and a bail of 5 thousand pounds: It caused the death of Sabreen. <https://www.almasryalyoum.com/news/details/1375058>. Published March 3, 2019.
 13. alanba. “Al-Anbaa” reveals the medical report of Yasmine Abdelaziz. July 20, 2021.
 14. vetogate. The doctor cut the intestines during childbirth .. a new victim of medical negligence in Osim. <https://www.vetogate.com/4413025>. Published August 28, 2021.
 15. Ahlmasrnes.com. The story of a young man who paid his life for medical negligence in Damietta.. He entered the hospital because of his teeth and came out dead. October 7, 2021.
 16. youm7. A woman between life and death..Liposuction turns into a surgical tragedy. July 8, 2021.
 17. Sky News Arabia. Leaving “towels” in his stomach .. a medical error that costs an Egyptian his life. September 12, 2021.
 18. youm7. The Supreme Administration isolates two doctors for performing the wrong surgery on a woman. <https://www.youm7.com/story/2020/8/29/-الإدارية-العليا-تعزل-4951319/طبيبين-لإجرائهما-جراحة-خاطئة-لسيدة>. Published August 29, 2020.
 19. elwatannews. A private hospital in Menoufia performs an “appendage” operation for a patient instead of varicose veins. August 20, 2021.
 20. shorouk news. Imprisonment of a veterinarian who gave a wrong injection to a girl and caused her death in Gharbia. September 25, 2021.
 21. elwatannews. Referral of a medical negligence incident at Quesna Central Hospital to the Public Prosecution. February 11, 2020.
 22. elwatannews. Permanent disability in a student’ s foot as a result of a medical error: “The operation tools were not clean. July 19, 2021.
 23. elwatannews. Referral of 3 employees of Port Fouad General Hospital to trial due to medical negligence. January 26, 2019.
 24. youm7. Referral of two doctors at Zagazig University Hospital for felonies due to negligence and burning a patient’ s foot. May 31, 2021.
 25. elwatannews. Two years in prison and a fine of 100,000 pounds for 16 doctors for causing a girl’ s blindness. May 30, 2021.
 26. elwatannews. A worker accuses a hospital of neglect in Qanater: “My son is in a coma,” fighting death. <https://www.elwatannews.com/news/details/5729872>. Published October 5, 2021.
 27. youm7. A citizen in Sharqia writes a report against a private hospital for a

- medical error during the treatment of his son. January 11, 2020.
28. elwatannews. After a coma for 17 days, a child dies of an overdose of “ping” in Sohag. June 7, 2021.
 29. elwatannews. An overdose of anaesthesia.. a woman dies while giving birth to her first child in New Valley. An overdose of anaesthesia.. a woman dies while giving birth to her first child in New. Published June 25, 2021.
 30. cairo24. Her child is fine.. A woman dies during childbirth due to an overdose of anesthetic in Matrouh. 2021.
 31. youm7. The prosecution is investigating a woman’ s complaint accusing doctors at Tanta University Hospital of medical negligence. <https://www.youm7.com/story/2021/9/23/-أطباء-تتهم-سيدة-شكوى-النيابة-تحقق-فى-شكوى-سيدة-تتهم-أطباء-5470510/بمستشفى-طنطا-الجامعى>. Published September 23, 2021.
 32. youm7. A child’ s arm was amputated due to medical negligence at Al-Hayat Hospital in Menoufia. August 22, 2019.
 33. youm7. “The child Farah does not know joy” .. The father reveals the tragedy of his daughter after the amputation of the “palm of her hand” as a result of medical negligence in Qena. May 20, 2019.
 34. N. S. Bazan, E. A. Darweesh, A. El-Shrif. MEDICATION ERRORS IN EGYPTIAN CRITICALLY ILL PATIENTS WITH RENAL INSUFFICIENCY: AN ASSESSMENT OF THE NEED FOR OPTIMIZING CLINICAL PHARMACY SERVICE. *Int J Pharm Sci Res.* 2018;53:3523-3529. doi:10.13040/IJPSR.0975-8232.9(8).3523-29
 35. Eldesouky R. Medical Errors Among Nurses in The University Hospital of Benha, Egypt: Forms, Underlying Factors and Reporting. *Biomed J Sci Tech Res.* 2018;7(4). doi:10.26717/BJSTR.2018.07.001533
 36. Ahmed HAM, Aziz EA, Fathy Y. Perception of Patient Safety, Quality Improvement and Nursing Errors Issues among Undergraduate Nursing Students in Faculty of Nursing, Alexandria University, Egypt. *IOSR J Nurs Heal Sci.* 2017;06(03):83-95. doi:10.9790/1959-0603018395
 37. Abdelwahed Shams-Eldin A. Patient Safety Assessment at Primary Health Care Centers in Cairo, Egypt. *J Fam Med Heal Care.* 2016;2(4):132. doi:10.11648/j.jfmhc.20160204.26
 38. Ghaleb S, Kharoshah M, Barakat H, Amin Allah H, Elroby F. Malpractice as a Leading Cause to Maternal Mortality in Egypt: A Postmortem Statistical Study. *Indian J Forensic Med Toxicol.* 2021;15(2):856-864.
 39. RETROSPECTIVE ANALYTICAL STUDY OF MEDICAL MALPRACTICE CASES AT QALYUBIA GOVERNORATE. *Egypt J Forensic Sci Appl Toxicol.* 2018;18(1):79-92. doi:10.21608/ejfsat.2018.28296
 40. ELMeneza S, AbuShady M. Anonymous reporting of medical errors from The Egyptian Neonatal Safety Training Network. *Pediatr Neonatol.* 2020;61(1):31-35. doi:10.1016/j.pedneo.2019.05.008

41. Abuelsoud N. Studying the Medication Prescribing Errors in the Egyptian Community Pharmacies. *Asian J Pharm.* 2018;12(1).
doi:http://dx.doi.org/10.22377/ajp.v12i01.1914
42. Thomas B, Paudyal V, MacLure K, et al. Medication errors in hospitals in the Middle East: a systematic review of prevalence, nature, severity and contributory factors. *Eur J Clin Pharmacol.* 2019;75(9):1269-1282.
doi:10.1007/s00228-019-02689-y
43. Mwaheb MA. Screening of Alleged Medical Malpractice in Egypt (Fayoum Governorate). *J Forensic Res.* 2016;07(05). doi:10.4172/2157-7145.1000341
44. El-Shazly A, Al-Azzouny M, Soliman D, Abed N, Attia S. Medical errors in neonatal intensive care unit at Benha University Hospital, Egypt. *East Mediterr Heal J.* 2017;23(1):31-39. doi:10.26719/2017.23.1.31
45. Elbaih A, Ismail M, Elgwad E, Hassan F, Helmy A. Detection of medical errors in management of traumatic hypovolemic shocked adult patients presented to emergency department in Suez Canal university hospital, Ismailia, Egypt. *Int Surg J.* Published online 2016:882-886. doi:10.18203/2349-2902.isj20161162
46. Kebede S, Abebe Y, Wolde M, Bekele B, Mantopoulos J, Bradley EH. Educating leaders in hospital management: a new model in Sub-Saharan Africa. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care.* 2010;22(1):39-43.
doi:10.1093/intqhc/mzp051
47. El-Shabrawy EM, Anwar M, Mostafa Mohamed Z. Assessment of Patient Safety Culture among Health Care Workers in Beni-Suef University Hospital, Egypt. *Egypt J Community Med.* 2017;35(3):11-19.
48. EH-QIPS (JICA). (Facebook) The Project for Quality Improvement of Hospitals - EH-QIPS.

4.7. ガーナ共和国

4.7.1. 一般情報

ガーナ共和国（以下、ガーナ）の国の概況、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標をそれぞれ以下に示す。

4.7.2. 国の概況¹

西アフリカに位置するガーナは、北にブルキナファソ、東にトーゴ、西にコートジボワール、南はギニア湾に面する沿岸国である。国土面積は約 24 万平方キロメートルで日本の国土の約 3 分の 2 の広さである。

1981 年のローリングス政権発足以降、1990 年代に民主化が進み、1992 年と 1996 年に複数政党制の下で平和裡に大統領選挙が行われた。ローリングス大統領は憲法の三選禁止規定を遵守し、2000 年の大統領選には出馬せず、2001 年より新政権が誕生した。これによりガーナ史上初めて、与野党間の政権交代が平和裡に実現した。現在は、2021 年 1 月より、アクフォ＝アド大統領が 2 期目を務めている。

ガーナはアフリカ連合および西アフリカ諸国経済共同体の主要メンバーとして、アフリカ地域全体の平和と安定にも積極的に貢献している。

2019 年の GDP は約 669.8 億米ドルで経済成長率は 6.5%、1 人あたり GNI は 1,190 米ドルとなり、世界銀行の分類で中所得国となっている。ガーナ経済は農業・鉱業等に依存する典型的な一次産品依存型であり、主要産業である農業が GDP の約 20%、雇用の約半数を占める。



図 11 ガーナの地図

4.7.3. 日本との外交・経済関係

日本とガーナの二国間関係においては、1957 年ガーナ独立と同時に同国を承認、1959 年にガーナ大使館を開設、1960 年に在京ガーナ大使館を開設した。

ガーナに対する日本の援助実績は、2018 年までの累積で、円借款が約 1,363 億円、無償資金協力が約 1,179 億円、技術協力実績が約 606 億円となっている。2019 年 9 月付の国別開発協力方針 2 では、持続的かつ安定的な経済成長の促進を大目標とし、以下の 4 つの重点分野を掲げている。

【国別開発協力方針における重点分野】

- ① インフラ開発
- ② 農業を含む産業基盤強化
- ③ 保健
- ④ 人材育成

4.7.4. 保健概況

代表的な保健指標について、ガーナの状況を下表に示す

表 14 保健指標のデータ（ガーナ）

	項目	データ	年
1	人口	31,072,940	2020
2	平均寿命	64	2019
3	妊産婦死亡率（出生10万人あたり）	334	2017
4	専門技能者の立ち合いの下での出産の割合（％）	78.9	2018
5	5歳未満児死亡率（出生1,000人あたり）	34	2019
6	新生児死亡率（出生1,000人あたり）	23	2019
7	国家予算に対する保健予算の割合（％）	6.5	2016

（出典）

- 1 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>
- 2 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&start=1960&view=chart>
- 3 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT.NE>
- 4 国際連合児童基金（UNICEF）ウェブサイト：<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>
- 5 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>
- 6 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>
- 7 アフリカ連合ウェブサイト：<https://scorecard.africa/>

（1）具体的な医療事故の事例収集

- 新聞記事から
 - ・ 患者・家族が救急車利用料を支払えないために搬送できず患者が亡くなった事例³
 - ・ 患者・家族が酸素投与にかかる医療費を支払えないために患者が亡くなった事例⁴
 - ・ 医療サービスの質の低さについて患者・家族から SNS で訴えられた事例⁵
 - ・ 医療（判断）ミスによる妊婦の死亡と出生児の外傷（後遺症あり）の事例⁶
- 医療関係者の経験から
 - ・ 子宮全摘出術後の腹腔内ガーゼ残留の事例⁷
 - ・ リッジ州立病院において、2010 年 1 月～2014 年 12 月の期間、合計 847,056 件の処方箋のうち、処方ミス 448 件、薬物有害事象 41 件が観察された⁸
 - ・ 誤った下肢への外科的手術の実施の事例⁹

● 患者・家族の経験から

本調査にて患者やその家族等に医療事故の経験を聞くことはできなかった。

（2）医療関係訴訟の件数または医療に関わる苦情件数等

● 国レベル、地域レベル

Ghana Health Service の職員への聞き取りからは、苦情件数などに関する情報は得られなかった。

● 医療機関レベルでのデータの有無と内容

10ヶ所の医療施設における院内感染の発生率は約10%と報告されている¹⁰

教育病院のひとつである Korle Bu Teaching Hospital において、2003 年から 2012 年の間で発生した布性異物遺残による医原性偽性腫瘍（Gossypiboma）は、2.5 人（主要外科手術 10,000 件あたり）と報告されている¹¹

(3) 5S や KAIZEN の取組みの有無

- 医療機関において
 - ・ 「ガーナ国地域と保健施設をつなぐ母子継続ケア強化プロジェクト（2017-2020）」によって 5S-KAIZEN-TQM 手法が導入され、3ヶ所の医療施設（1 州立病院、2 郡病院）が 5S-KAIZEN 活動に取り組まれている。また、「ガーナ国 5S-KAIZEN-TQM に焦点を当てた母子保健医療サービスの質の改善プロジェクト」が 2022 年 4 月に開始予定である。
 - ・ 海外協力隊によるヘルスセンター（Jirapa Urban Health Center）での 5S 活動（2017）¹²
- 医療機関以外の現地の企業において（日系企業含む）
 - ① JICA による取り組み（技術協力プロジェクト）
 - 技術協力プロジェクト「Project for Formulating a Strategic Model for Quality / Productivity Improvement through Strengthening BDS for MSEs (2012-2015)」¹³と、「ガーナ国国家カイゼンプロジェクト（National KAIZEN Project in Republic of Ghana）（2015-2019）」¹⁴によって JICA はガーナの中小企業産業を支援し、組織診断とカイゼン手法を普及した。その結果、後者のプロジェクト終了時点において、カイゼン手法の導入が全州で実施され、700 以上の中小企業がカイゼン手法を実践し、それらの企業のうち約 70%カイゼン手法の実践によって質や生産性を向上させた¹⁴⁻¹⁶
 - 「ガーナ国カイゼンを用いた企業振興プロジェクト」
 - ② 一般企業による取り組み
 - ・ Ghana Enterprises Agency¹⁷は、中小企業へのカイゼン手法の実践支援を提供している
 - ・ カイゼンを実施している現地企業（日系企業を含む）：TOYOTA Ghana

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取組みの実施の有無と概要

- 国レベルまたは地域レベル
 - ① 政策文書において患者安全の必要性に言及している。
 - Ghana National Healthcare Quality Strategy（2017-2021）の 7 つの戦略的目標（Strategic objectives）のひとつに患者安全の向上があげられている¹⁸
 - Policy and Strategy for Patient Safety in the Health Sector が、2015 年 11 月に作成されたが、内容を更新する必要があるとされており、未だ正式承認に至って

いない。

- ② 保健省は、医療安全に関する全国カンファレンスとして、National Patient Safety and Healthcare Quality Conference を 2019 年から毎年開催している。¹⁹
 - 第 1 回目（2019 年 9 月）、第 2 回目（2020 年）、第 3 回目（2021 年 9 月）
 - テーマ：“No quality, no coverage: Safe maternal and newborn care now”

● 医療機関レベル

16 ヶ所の医療施設（2 教育病院、1 州病院、13 県または郡病院）において、有害事象の記録や患者ケアのための特定のプロトコルなどのシステムを有していることが確認できたという報告¹⁰

参考文献

1. 外務省. ガーナ基礎データ. Published 2021.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ghana/data.html#section1>
2. 外務省. 対ガーナ共和国 国別開発協力方針. Published online 2019.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000072359.pdf>
3. pulse.co.g. Our ambulance crises could be more than we think (Pulse Contributor).<https://www.pulse.com.gh/news/local/our-ambulance-crises-could-be-more-than-we-think-pulse-contributor/48728fw>. Published January 10, 2022.
4. africanews. Ghana: baby dies as doctor cuts oxygen supply over non-payment of bills.<https://www.africanews.com/2018/04/11/ghana-baby-dies-as-doctor-cuts-oxygen-supply-over-non-payment-of-bills/>. Published April 11, 2018.
5. GRAPHIC ONLINE. Korle Bu’ s poor quality of service; Management initiates investigations.[graphic.com.gh/news/general-news/korle-bu-s-poor-quality-of-service-management-initiates-investigations.html](http://www.graphic.com.gh/news/general-news/korle-bu-s-poor-quality-of-service-management-initiates-investigations.html). Published May 21, 2020.
6. GRAPHIC ONLINE. 37 Military Hospital to pay GH¢1.075m over patient’ s death.<https://www.graphic.com.gh/news/general-news/37-military-hospital-to-pay-gh-1-075m-over-patient-s-death.html>. Published July 22, 2021.
7. Dakubo J, Clegg-Lamptey J, Hodasi W, Obaka H, Toboh H, Asempa W. An intra-abdominal gossypiboma. *Ghana Med J.* 2009;43(1):43-45.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19652755>
8. Cofie NSA, Anum P, Afriyie DK, Amponsah SK. A five-year retrospective assessment of prescription errors and adverse drug events at a regional hospital in Accra, Ghana. *Sci African.* 2021;13:e00849.
doi:10.1016/j.sciaf.2021.e00849
9. Akuoko K. Medical Mistakes in Ghana: Running Our Hospitals Better and Safer.
www.ghanaquality.org/Ghana_Healthcare_Issues.pdf

10. Otchi E, Bannerman C, Larney S, Amoo K, Odame E. Patient safety situational analysis in Ghana. *J Patient Saf Risk Manag.* 2018;23(6):257-263.
doi:10.1177/2516043518806366
11. Dakubo J, Naaeder S. GOSSYPIDOMA: A PREVENTABLE CONTINUING SURGICAL ERROR. *Postgrad Med J Ghana.* 2013;2(2):77-82.
12. Japan International Cooperation Agency. 5Sプロジェクトスタート！－グループ対抗！5S workshop－.
https://www.jica.go.jp/ghana/office/activities/volunteer/report/20171231_01.html
13. Project completion Report: Project for Formulating a Strategic Model for Quality/Productivity Improvement through Strengthening BDS for MSEs in Ghana. Published online 2015.
14. Japan International Cooperation Agency. *Project Completion Report, National KAIZEN Project in Republic of Ghana.*; 2019.
15. Ackah CG, Atta-Ankomah R, Appiah Kubi J. Management Practices and Performance Improvement in Manufacturing Enterprises: The Case of Kaizen Adoption in Ghana. In: *Workers, Managers, Productivity.* Springer Singapore; 2020:269-292.
doi:10.1007/978-981-15-0364-1_12
16. Atta-Ankomah R, Appiah Kubi J, Ackah CG. The Effect of Kaizen on Performance: Evidence from Manufacturing Enterprises in Ghana. *Eur J Dev Res.* Published online September 15, 2021. doi:10.1057/s41287-021-00459-0
17. Ghana Enterprises Agency. <https://gea.gov.gh/>
18. Ministry of Health G. *Ghana National Health Quality Strategy (2017-2021).*; 2016. <https://www.moh.gov.gh/wp-content/uploads/2017/06/National20Quality20Strategy20Ghana.pdf>
19. GRAPHIC ONLINE. World Patient Safety Day commemorated in Accra.<https://www.graphic.com.gh/news/general-news/world-patient-safety-day-commemorated-in-accra.html>. Published September 18, 2021.

4.8. タンザニア共和国

4.8.1. 一般情報

タンザニア共和国（以下、タンザニア）の国の概況、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標をそれぞれ以下に示す。

4.8.2. 国の概況¹

タンザニアは、東アフリカに位置し、ケニア、ウガンダ、ルワンダ、ブルンジ、ザンビア、マラウイ、モザンビークと国境を接する沿岸国で、国土面積は、約 94.5 平方キロメートルで、日本の国土面積の約 2.5 倍の広さである。

本土のタンガニーカ共和国とザンジバル島が合邦してできた連合共和国で、ザンジバル島には、連合共和国政府とは別の独自の司法・立法・行政自治権があり、独自の大統領も選出されている。

1961 年、イギリスからの独立後、社会主義経済政策を推進していたが、1980 年代に経済が危機的狀態に陥ったことから、世界銀行や国際通貨基金の支援を得て、社会主義経済から市場経済へと転換した。

1990 年代にも経済が停滞したものの、2000 年頃より経済成長を続けている。2019 年の GDP は約 632 億米ドルで、経済成長率は 5.8%であった。



図 12 タンザニアの地図

4.8.3. 日本との外交・経済関係

日本とタンザニアの二国間関係においては、1961 年タンガニーカ共和国独立と同時に承認、1966 年在タンザニア大使館を開設、1970 年に在日タンザニア大使館を開設した。

タンザニアに対する日本の援助実績は、2018 年までの累積で、有償資金協力が約 801 億円、無償資金協力が約 1,804 億円、技術協力実績が約 939 億円となっている。平成 29 年 9 月付の国別開発協力方針²では、包括的で持続可能な経済成長と貧困削減に向けた経済・社会開発の促進を大目標とし、以下の 3 つの重点分野を掲げている。

【国別開発協力方針の重点分野】

- ① 経済成長の牽引セクターの育成
- ② 経済・社会開発を支えるインフラ開発
- ③ ガバナンス・行政サービス

4.8.4. 保健指標の概況

代表的な保健指標について、タンザニアの状況を下表に示す。

表 15 保健指標のデータ（タンザニア）

	項目	データ	年
1	人口	59,734,210	2020
2	平均寿命	65	2019
3	妊産婦死亡率（出生10万人あたり）	642	2016
4	専門技能者の立ち合いの下での出産の割合（%）	63.5	2016
5	5歳未満児死亡率（出生1,000人あたり）	36	2019
6	新生児死亡率（出生1,000人あたり）	20	2019
7	国家予算に対する保健予算の割合（%）	9.5	2016

（出典）

1 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>

2 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&start=1960&view=chart>

3 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT.NE>

4 国際連合児童基金（UNICEF）ウェブサイト：<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>

5 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>

6 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>

7 アフリカ連合ウェブサイト：<https://scorecard.africa/>

（1）具体的な医療事故の事例収集

● 新聞記事から

本調査において、インターネットのオンライン新聞（Citizen、Daily News）で調査したが、医療事故に関する報道は見つからなかった。

● 医療関係者の経験から

小児科 HIV/AIDS クリニックの外来患者に対する投与ミスが、処方箋 34 枚に 1 枚の頻度で発生していた。³

● 患者・家族の経験から

本調査では、患者やその家族等に医療事故の経験を聞くことはできなかった。

● その他

医療サービス提供者 430 名を対象とした職場事故に関する調査結果から、針刺し事故（52.9%）が最も多く、次いで患者からの血液飛散（21.7%）、化学薬品による火傷（10.6%）、滑りやすい床（5.9%）が発生していた。⁴

医薬品の安全性監視に関するシステムは未整備で、医薬品有害事象の報告はされていない。⁵

3 次医療施設（1 ヶ所）における院内感染調査の結果、412 名の入院患者のうち 61 名（14.8%）が病院関連感染（Hospital Acquired Infection）に起因していた。⁶

（2）医療関係訴訟の件数または医療に関わる苦情件数等

- 国レベル、地域レベル
- 保健省治療サービス局職員への聞き取りを実施したが、医療関係訴訟に関する情報、苦情件数などは収集できなかった。

- 医療機関レベルでのデータの有無と内容

保健省治療サービス局職員への聞き取りを実施したが、医療関係訴訟に関する情報、苦情件数などは収集できなかった。

(3) 5S や KAIZEN の取組みの有無

- 医療機関において
 - ・ 2007 年の JICA 知識共創プログラム「きれいな病院プロジェクト」の対象国のひとつとして、5S-KAIZEN-TQM 手法が導入されて以降、「保健人材開発強化プロジェクト（2010-2014）」⁷や「地域中核病院マネジメント強化プロジェクト（2015-2020）」⁸など多くの技術協力プロジェクトがされてきた。その結果、8つの国立病院（3次医療施設）、28の州立病院（2次医療施設）で5S活動やKAIZEN活動が実施されている。また、施設数は不明であるが県病院やヘルスセンターなど多くの1次医療施設において本手法が実践されている。上記プロジェクトの支援により、5S-KAIZEN-TQM 手法の実践のための国家ガイドライン⁹や好事例集¹⁰が策定された。
 - ・ 2ヶ所の保健人材養成校（CEDHA、Iringa PHCI：正式名称は以下に示す）において、現任教育のコースである「病院管理基礎研修（Basic Hospital Management Training）」において、医療の質改善のための手法として5S-KAIZEN-TQM 手法を指導し、国レベルで継続的な人材育成を図っている。¹¹
 - CEDHA: Centre for Educational Development in Health Arusha
 - Iringa PHCI: Iringa Primary Health Care Institute
- 医療施設における5S-KAIZEN-TQM 手法を普及や実施支援に関して、2007年以降、多くの海外協力隊が派遣された。

- 医療機関以外の現地の企業において（日系企業含む）

① JICA による取り組み（技術協力プロジェクト）

タンザニアの産業貿易省をカウンターパートとして実施された技術協力プロジェクト「品質・生産性向上（カイゼン）による製造業企業強化プロジェクト（2013-2016）」¹²を通して、産業貿易省下にカイゼンユニット（Tanzania KAIZEN Unit）を設立し、中小企業へのカイゼン手法の実践を支援した。製造業の質と生産性向上のための政策文書（Kaizen Strategy And Policy Actions For Promoting Kaizen Methodology In Tanzania (2016-2025)）¹³や枠組み（Framework for Quality and Productivity Improvement (KAIZEN) in Manufacturing sector (2020-2030)）¹⁴が策定された。

② 一般企業による取り組み

- ・ TOYOTA Tanzania
- ・ Small Industries Development Organization (SIDO)

- College of Business Education (CBE)
- Tanzania Electric Supply Company Limited (TANESCO)
- Tanzania Revenue Authority など

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取組みの実施の有無と概要

- 国レベルまたは地域レベル
 - 患者安全に特化した政策文書やガイドラインは策定されていないが、国家保健戦略 (Health sector Strategic Plan (2021-2026))¹⁵、質改善のための枠組み (The Tanzania Quality Improvement Framework in Health Care (2011-2016))¹⁶、5S-KAIZEN-TQM 手法の実践のための国家ガイドライン⁹で患者安全の強化の必要性について言及されている。
 - 医療事故情報を収集するメカニズムは整備されていないが、保健省は医療施設に対して医療事故情報を収集するよう促している。
- 医療機関レベル
 - 医療事故情報に関する記録ノートを病棟レベルで設置している病院が多いが、病院組織全体で医療事故情報を取りまとめ、発生した事故の検証や対策を協議するなどの積極的な医療安全対策は実施されていない。

参考文献

1. 外務省. タンザニアの基礎データ. Published 2021.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/tanzania/data.html#section1>
2. 外務省. 対タンザニア連合共和国 国別開発協力方針. Published online 2017.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000072421.pdf>
3. Naik NM, Mwanji RN, Mgawe M, et al. Pharmaceutical Dosing Errors at a Pediatric HIV Clinic in Mwanza, Tanzania. *Pediatr Infect Dis J*. 2017;36(10):973-975. doi:10.1097/INF.0000000000001639
4. Manyele S, Ngonyani H, Eliakimu E. The status of occupational safety among health service providers in hospitals in Tanzania. *Tanzan J Health Res*. 2008;10(3). doi:10.4314/thrb.v10i3.14356
5. Barry A, Olsson S, Minzi O, et al. Comparative Assessment of the National Pharmacovigilance Systems in East Africa: Ethiopia, Kenya, Rwanda and Tanzania. *Drug Saf*. 2020;43(4):339-350. doi:10.1007/s40264-019-00898-z
6. Gosling R, Mbatia R, Savage A, Mulligan J-A, Reyburn H. Prevalence of hospital-acquired infections in a tertiary referral hospital in northern Tanzania. *Ann Trop Med Parasitol*. 2003;97(1):69-73. doi:10.1179/000349803125002724
7. Japan International Cooperation Agency. 保健人材開発強化プロジェクト. Published 2010. <https://www.jica.go.jp/project/tanzania/006/outline/index.html>

8. Japan International Cooperation Agency. 地域中核病院マネジメント強化プロジェクト. Published 2014.
<https://www.jica.go.jp/project/tanzania/022/outline/index.html>
9. Ministry of Health Community Development Gender Elderly and Children - Tanzania. *Implementation Guideline on 5S-KAIZEN-TQM Approach in Tanzania “The Path to Total Quality Managed Hospital” 4th Edition.* (Ministry of Health Community Development Gender Elderly and Children - United Republic of Tanzania, ed.). ; 2019.
http://www.tzdpd.or.tz/fileadmin/documents/dpg_internal/dpg_working_groups_clusters/cluster_2/health/Key_Sector_Documents/Tanzania_Key_Health_Documents/Implementation_Guideline_5S-KAIZEN-TQM_printing_ver_.pdf
10. Ministry of Health Community Development Gender Elderly and Children - Tanzania. *Good Practice of 5S-KAIZEN Activities “The Path to Total Quality Managed-Hospital.”* ; 2019.
11. Japan International Cooperation Agency. RRHMP Newsletter (Vol. 7). Published 2019. https://www.jica.go.jp/project/tanzania/022/newsletter/ku57pq00003smtwm-att/newsletter_07.pdf
12. Japan International Cooperation Agency. 品質・生産性向上（カイゼン）による製造業企業強化プロジェクト. Published 2012.
<https://www.jica.go.jp/project/tanzania/019/outline/index.html>
13. Ministry of Industry Trade and Investment. *KAIZEN STRATEGY AND POLICY ACTIONS FOR PROMOTING KAIZEN METHODOLOGY IN TANZANIA: 2016 - 2025.* ; 2016.
14. Ministry of Industry and Trade Tanzania. *Framework for Quality and Productivity Improvement (KAIZEN) in Manufacturing Sector 2020N2030.* ; 2020.
15. Ministry of Health Community Development Gender Elderly and Children. *Health Sector Strategic Plan (2021-2026).* ; 2020. <https://mitu.or.tz/wp-content/uploads/2021/07/Tanzania-Health-Sector-Strategic-Plan-V-17-06-2021-Final-signed.pdf>
16. Children M of HCDGE and. *The Tanzania Quality Improvement Framework in Health Care 2011-2016.* ; 2011.

4.9. フィジー共和国

4.9.1. 一般情報

フィジー共和国（以下、フィジー）の国の概況、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標をそれぞれ以下に示す。

4.9.2. 国の概況¹

フィジーは、300以上の島からなる1万8,270平方メートルの国土を持つ南太平洋の島国である。人口は約89万人であり、主に先住民フィジー系と英国植民地時代に移住してきたインド系住民が大半を占める。政治面ではフィジー系の優遇政策がとられてきたこと等により、民族間の政治的対立が存在し、独立以来現在まで数度に亘りクーデターを経験している。

フィジーの首都スバには、PIF（太平洋諸島フォーラム）事務局、USP（南太平洋大学）など多くの地域協力機関及び国際機関のオフィスがあり、地域協力に向け中心的役割を果たしている。

主な産業は観光、砂糖、衣料であり、2011年度以降は年間2%～5%程度の経済成長を維持し、経済状況は概ね安定していた。2019年のGDPは54.96億ドル、実質成長率は-0.4%であった。2020年からは新型コロナウイルス感染症の影響により主要産業である観光業が深刻な被害を受けて、2020年度のGPDは大きく落ち込んだ。



図13 フィジーの地図

4.9.3. 日本との外交・経済関係

オーストラリアやニュージーランド、太平洋諸国との協力関係が強く、両国からの援助額は全体の60%以上を占める。日本による対フィジー平均援助額（2018～2019年度）は、9.4百万米ドルで3位と、フィジーにとっての主要援助国である。2018年度の援助実績としては、無償資金協力4.08億円、技術協力8.1億円で、同年までの累計援助額でも技術協力が297.44億円と無償資金協力の213.59億円を上回っている。

平成31年4月付の国別開発協力方針²では、包括的な経済・社会開発とバランスの取れた国造り支援を大目標とし、以下の3つの重点分野を掲げている。

【国別開発協力方針の重点分野】

- ① 経済発展に向けた基盤整備
- ② 気候変動・環境対策
- ③ 社会サービスの質向上

4.9.4. 保健概況

フィジーの主要な保健指標を下表に示す。

表 16 主要な保健指標のデータ（フィジー）

	項目	データ	年
1	人口	896,440	2020
2	平均寿命	67	2019
3	妊産婦死亡率（出生10万人あたり）	66	2013
4	専門技能者の立ち合いの下での出産の割合（％）	99.8	2016
5	5歳未満児死亡率（出生1,000人あたり）	22	2019
6	新生児死亡率（出生1,000人あたり）	11	2019
7	国家予算に対する保健予算の割合（％）	N/A	-

（出典）

1 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>

2 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&start=1960&view=chart>

3 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT.NE>

4 国際連合児童基金（UNICEF）ウェブサイト：<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>

5 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>

6 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>

7 アフリカ連合ウェブサイト：<https://scorecard.africa/>

（1）具体的な医療事故の事例収集

● 新聞記事から

本調査で、インターネットによって英語の新聞記事（Fiji Sun）からフィジー全土または特定の地域における医療事故に関する情報収集を試み、以下の情報が得られた。

- ・ 「活発な健康苦情を提起するための新しいケアセンターの設立」³
- ・ 「男性、60 歳、医療過失をめぐって 12,500 ドルの訴訟を起こす」⁴
- ・ 「医療過失-誰が支払うべきか？」⁵

● 医療関係者の経験から

本調査で、元保健省の質・安全管理マネジャーに情報提供を求めたものの、期日までに回答が得られず、データを収集することが出来なかった。

● 患者・家族の経験から

本調査にて、患者やその家族から医療事故の経験を聞くことはできなかった。

● その他

フィジーの医療過失に関連する法律の研究論文が発表されている。⁶

（2）医療関係訴訟の件数または医療に関わる苦情件数等

● 国レベル、地域レベル

フィジー保健医療サービス省ウェブサイト等、インターネットによる情報収集を試みたが、関連情報は得られなかった。

● 医療機関レベルでのデータの有無と内容

本調査で、元保健省の質・安全管理マネジャーに情報提供を求めたものの、期日までに回答が得られず、データを収集することが出来なかった。

(3) 5S や KAIZEN の取組みの有無

- 医療機関において
 - 2012 年にフィジー保健医療サービス省（以下、保健省）は、5S-KAIZEN-TQM 手法の導入プログラムを独自に開始し、看護人材の人材育成等の取り組みを実施した。しかし、本手法の専門的な知見の不足、人材不足や現場医療従事者のモチベーションの低下等の課題などにより、本手法の普及を十分にできないままプログラムを終了した経緯がある。
 - 保健省は 2015 年から再度、保健医療施設に対して 5S-KAIZEN-TQM 手法を導入するための活動を開始し、世界保健機関（WHO）の財政支援によりマニュアルの開発や省内に 5S-KAIZEN-TQM チームを設立するなど、保健行政レベルの基礎の構築を図り、医療施設への普及を推進したが、十分に達成できなかった。
 - そのため、保健省は日本政府に対して技術協力プロジェクトを要請し、効果的・効率的な 5S-KAIZEN-TQM 手法の普及と活動の運営を目的とした JICA 技術協力プロジェクト「5S-KAIZEN-TQM による保健サービスの質の向上プロジェクト（通称 TQM プロジェクト）」⁷ が 2019 年 4 月から開始された。本プロジェクトは、6 つの公立病院を対象とし、2022 年 1 月現在、活動を継続している。本プロジェクトの支援の下、保健医療サービス省は、全保健医療施設への 5S-KAIZEN-TQM 手法の普及を見据え、5S-KAIZEN-TQM 手法の研修教材の標準化や実施ガイドラインの策定に取り組んでいる。
- 医療機関以外の現地の企業において（日系企業含む）

在日フィジー大使館のホームページに記載されている日系企業のリスト⁸を基に調査したが、本リストにある企業で 5S や KAIZEN の取り組みは確認できなかった。

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取組みの実施の有無と概要

- 国レベルまたは地域レベル
 - 2003 年、保健省は品質改善イニシアティブと安全の文化の促進を統合して進めることを目的に、保健システムの基準に関する部署を設立し、品質改善、リスク管理、患者満足度に基づく臨床ガバナンスの枠組みを開発した。
 - 2006 年を「医療安全の年」として、医療事故の報告と管理、院内感染管理、輸血システムの安全性、投薬や注射の安全性の向上などの医療安全の取り組みが開始された。⁹ 2010 年の保健省年次報告書では、医療事故の件数が取りまとめられ、28 のインシデントのうち 11 は適切な治療の提供が遅れたことにより死亡に繋がったと報告されている。
 - 2005 年から都市部の大規模病院を中心に患者満足度調査を実施している。病院の利用者数の増加に伴い、外来での待ち時間延長や必要な医療資機材・医薬品の不足など、患者満足や保健医療サービスの質の低下を招く懸念がある。
 - 保健省は、保健戦略（2020-2025）¹⁰において、「患者ケア、安全と患者サービス」を戦略の柱の一つとして掲げおり、「患者安全および医療サービスの質と価値の継続的

改善」を達成すべき成果の一つとしている。

- 2017 年、保健省は患者からの苦情を受けるホットライン 157 を開設し、患者の権利と顧客満足度の向上を目指してきた。¹¹ 苦情の大部分は待ち時間やサービスへのアクセスに関することとされており、待ち時間の短縮や患者満足度の調査やフィードバックを通じた患者安全と質の向上を目指している。
- 医療機関レベル
 - 国内の全病院において院内感染対策を強化するために、クリニカルガバナンスと臨床診療向上イニシアティブを通じて安全性の強化に努めている。
 - 州病院レベルにリスク管理ユニットを設置し、リスク管理、品質改善、顧客サービスプログラムを通じて患者の安全を促進するための取り組みを実施・調整している。

参考文献

1. 外務省. フィジー共和国基礎データ. Published 2021.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/fiji/data.html#section4>
2. 対フィジー共和国 国別開発協力方針. Published 2019.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000534904.pdf>
3. FIJI Sun. New Care Centre To Raise Health Complaints Active From Today: 157.
<https://fijisun.com.fj/2017/06/19/new-care-centre-to-raise-health-complaints-active-from-today-157/>. Published June 19, 2017.
4. FIJI Sun. Man, 60, Gets \$12,500 In Action Over Medical Negligence.
<https://fijisun.com.fj/2018/01/30/man-60-gets-12500-in-action-over-medical-negligence/>. Published January 30, 2018.
5. FIJI Sun. Shine A Light: Medical Negligence - Who Should Pay?
<https://fijisun.com.fj/2021/01/02/shine-a-light-medical-negligence-who-should-pay/>. Published January 2, 2021.
6. Freckelton AO QC I. Medical Negligence Law in Fiji. In: ; 2022:27-40.
doi:10.1007/978-981-16-4855-7_3
7. Japan International Cooperation Agency. 5S-KAIZEN-TQMによる保健サービスの質の向上プロジェクト. Published 2017.
<https://www.jica.go.jp/project/fiji/003/outline/index.html>
8. Embassy of the Republic of Fiji. Japanese Investors in Fiji.
<https://fijiembassy.jp/japanese-russia-philippines-companies-in-fiji/>
9. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. *The Fiji Islands Health System Review*. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2011. <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/5534>
10. Ministry of Health & Medical Services Fiji. *Strategic Plan (2020-2025)*.; 2020.
<https://www.health.gov.fj/wp-content/uploads/2020/05/Strategic-Plan-2020-2025->

1.pdf

11. Ministry of Health & Medical Services Fiji. Relevant document to “Strategic Plan (2020–2015).”

4. 10. ホンジュラス共和国

4. 10. 1. 一般情報

ホンジュラス共和国（以下、ホンジュラス）の国の概況、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標をそれぞれ以下に示す。

4. 10. 2. 国の概況

ホンジュラスは、中央アメリカのほぼ中央に位置し、日本の国土の約 3 分の 1 にあたる 112, 490 平方メートルの国土に約 959 万人（2018 年）が暮らし、スペイン語を母語とする国である。¹

1821 年にスペインから独立。メキシコへの併合を経て、1823 年にエルサルバドル、グアテマラ、コスタリカ及びニカラグアと共に中米連邦共和国を結成するが、1838 年に同共和国から分離独立した。20 世紀初頭以降、自由党と国民党の二大政党の時代となる。ホンジュラスの内政には、バナナ産業に代表される権益を有していた米国が大きな影響力を持ち、クーデターを含め軍部も関わった。

コーヒーやバナナ等の伝統産業への依存度が高いが、近年、保税加工区（マキラ）における製造業や観光業の育成による経済成長を図っている。一方、麻薬関連の犯罪の多発による治安の悪化が大きな課題であり、2018 年 10 月以降に貧困や失業、食糧難、麻薬組織による暴力などから逃れるために徒歩で米国を目指す「移民キャラバン」が本格化した。このことを受けて、ホンジュラス政府は移民問題の根本的解決に向けた貧困削減、投資誘致、雇用創出を優先課題としている。2018 年の GDP は 239.7 億米ドル、2019 年の経済成長率は 3.3%であった。

平成 24 年 4 月付の国別援助方針²では、：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を大目標とし、以下の 2 つの重点分野を掲げている。

【国別開発協力方針の重点分野】

- ① 地方開発
- ② 防災対策

4. 10. 3. 日本との外交・経済関係

日本とホンジュラスは、1935 年 2 月に外交関係を樹立した。1975 年に JICA 青年海外協力隊派遣に関する取り決めを交わし、2007 年に二国間の技術協力協定を結んだ。また、1998 年のハリケーン・ミッチでは、当時の名目 GDP の約 68%にあたる未曾有の被害を負ったホンジュラスに対して、日本政府は人道援助として国際緊急援助隊の初となる自衛隊の医療部隊を派遣した。日本の 2018 年の支援実績は 15.69 百万ドル（OECD）、5 番目の主要援助国であり、同年までの有償資金協力は 507.74 億円、無償資金協力は 802.73 億円、技術協力実績は 443.00 億円（いずれも累計）である。¹



図 14 ホンジュラスの地図

4.10.4. 保健概況

ホンジュラスにおける代表的な保健指標を下表に示す。

表 17 保健指標のデータ（ホンジュラス）

	項目	データ	年
1	人口	9,904,610	2020
2	平均寿命	75	2019
3	妊産婦死亡率（出生10万人あたり）	71	2014
4	専門技能者の立ち合いの下での出産の割合（%）	74	2017
5	5歳未満児死亡率（出生1,000人あたり）	15	2019
6	新生児死亡率（出生1,000人あたり）	9	2019
7	国家予算に対する保健予算の割合（%）	N/A	-

（出典）

1 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>

2 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&start=1960&view=chart>

3 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT.NE>

4 国際連合児童基金（UNICEF）ウェブサイト：<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>

5 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>

6 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>

7 アフリカ連合ウェブサイト：<https://scorecard.africa/>

（1）具体的な医療事故の事例収集

● 新聞記事から

本調査における医療従事者への聞き取りから、ホンジュラスにおける医療事故は発生しても隠蔽される傾向にあり、患者の立場が弱いことから公になることが少ないことがわかった。オンライン新聞記事からの具体的な医療事故の事例は収集できなかった。

● 医療関係者の経験から

- HIV 陽性患者への施術時、医師がメスで自身の手を傷つけ血液曝露した。
- 個人防護具の不備により、出産時の用水が医師や看護師の目に入った。
- 看護師、検査室、事務清掃員などの使用済み注射器による針刺し事故が発生した
- 救急エリアでの手術や洗浄作業中にゴミ箱から感染性の液体がこぼれ、医療従事者の皮膚汚染が発生した。
- 環境衛生技術者が、保管場所がないため事務所に保管していた化学物質や殺虫剤に接触したことによるアレルギーが発生した
- 環境衛生技術者が、狂犬病予防接種時に犬・猫・猿から咬傷を受けた。
- 貧しさや不潔さなどから「見た目が悪い」「臭いがきつい」と、医師が患者を不当に扱った。
- 医療従事者（医師、看護師、助手、技師、微生物学者など）の人材不足によって、患者の診療の拒否が発生した。

● 患者・家族の経験から（聞き取り調査による）

- ・ 院内に必要な医薬品がないため、緊急処置に必要な医薬品を買いに院外に出た家族が交通事故に遭い死亡した。
- ・ 分娩時、患者からの過強陣痛の訴えが無視されて分娩促進剤が投与され続け、出生した児が低酸素による重度の脳性麻痺を負った。

(2) 医療関係訴訟の件数または医療に関わる苦情件数等

● 国レベル、地域レベル

本調査で聞き取りを行なったエルパライソ県の保健医療施設勤務者によると、ホンジュラスでは国レベルや地域レベルでの医療関係訴訟、医療に係る苦情件数の集計や公表は行われていないとのことであった。

● 医療機関レベルでのデータの有無と内容

医療機関レベルでは、サービス提供とデータ収集の改善を目的とした継続計画（Plan de mejora continua orientados a la mejora de la atención y recolección de datos）（紙媒体のみで URL や電子データなし）に基づく保健医療施設の利用者向けの意見箱の設置が義務付けられているが、苦情件数の集計は行われていない。

(3) 5S や KAIZEN の取組みの有無

● 医療機関において

保健省は、公的保健医療施設向けの年間運営計画の中で、5S 活動の計画と実施を掲げているが、現場レベルに向けた具体的な普及啓発活動は実施されておらず、5S 活動への認知度は低い。

● 医療機関以外の現地の企業において（日系企業含む）

インターネット上で、スペイン語と英語でホンジュラスの現地企業における 5S や KAIZEN の取り組み事例の収集を試みたが、関連する情報を得ることができなかった。一部の JICA 海外協力隊の活動の中での実施に留まっている。

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取組みの実施の有無と概要

● 国レベルまたは地域レベル

2011 年、国家保健品質システムの品質方針（La Política Nacional de Calidad en Salud³）が承認され、国内の公立及び民間の医療施設での順守が義務付けられている。また、国家保健計画（Plan Nacional de Salud 2014～2018⁴）において、質の高い医療サービスへのアクセス保証による、保健分野の社会的保護の強化・拡大が主要目標のひとつとして掲げられ、国民皆保険を達成するための戦略的・運用的側面の明確化、ケアの質保証やシステム管理能力の向上を目指すとしている。

● 医療機関レベル

国レベルで患者安全や医療の質向上が重要視される一方、医療機関レベルでの具体的な取り組みは各県保健局や保健医療機関の裁量に任されている。本調査において、ホンジュラスの保健医療施設における患者安全や医療の質向上に関わる具体的な取り組みに関する情報は得られなかった。また、保健医療施設レベルでは、上述したサービス提供とデータ収集の改善を目的とした継続計画（Plan de mejora continua orientados a la mejora de la atención y recolección de datos）に基づく医療サービス提供や保健指標に関する情報が収集され、紙媒体の報告書を用いて各保健医療施設から県保健局に報告されることになっている。一方で、報告された情報を集積し統計的分析や県保健局から保健医療施設へのフィードバックは実施されていない。

参考文献

1. 外務省. ホンジュラス基礎データ. Published 2021.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/honduras/data.html>
2. 外務省. 対ホンジュラス共和国 国別援助方針. Published 2012.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000072602.pdf>
3. Secretaría de Salud de Honduras Sistema Nacional de Calidad en Salud. *Política Nacional de Calidad 15 Marzo 2011.* ; 2011.
<https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/politica-nacional-de-calidad-15-marzo-2011>
4. Secretaria de Salud. Plan Nacional de Salud 2014-2018. Published online 2014.

4. 11. マラウイ共和国

4. 11. 1. 一般情報

マラウイ共和国（以下、マラウイ）の国の概況、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標をそれぞれ以下に示す。

4. 11. 2. 一般概況¹

マラウイは、アフリカ大陸南東部に位置し、独立以降、戦争や内戦を経験していないアフリカでは数少ない国である。国土面積は、日本の国土面積の約3分の1に相当する約11.8万平方キロメートルで、1,862万人（2019年）が暮らしている。

サブサハラ・アフリカ諸国中、早くから台湾や南アフリカと外交関係を持つ等独自の路線をとり、南アの民主化以前は他のアフリカ諸国から反発を受けたが、近年は、アフリカ連合（AU）や南部アフリカ開発共同体（SADC）等で、地域の友好・善隣外交に努めている。2007年末には台湾と断交し、中国との外交関係を樹立した。

伝統的な農業国であり、労働人口の約80%が農業や農業関連事業に従事している。代表的な生産物として、タバコ、紅茶、砂糖などの一時農産品があり、全輸出の8割を占めており、これら農産物価格の国際市況に外貨収支が大きく左右されるため、経済構造の変革や新たな外貨獲得源の確保が長年の課題となっている。

2019年のGDPは76.67億米ドル、同年の経済成長率は4.4%であった。平成30年4月付の対マラウイ共和国 国別開発協力方針²では、持続的・自立的な成長のための基盤づくりを大目標とし、以下3つを重点分野に掲げている。

【国別開発協力方針の重点分野】

- ① 農業の産業化の促進
- ② 自立的な成長を担う人材の育成
- ③ 気候変動や都市化を念頭においた成長の基盤整備

4. 11. 3. 日本との外交・経済関係

日本は、1964年のマラウイの独立と同時に承認、1992年に駐日マラウイ大使館、2008年に在マラウイ日本大使館を開設した。2017年までに331.5億円の有償資金協力、774.8億円の無償資金協力、458億円の技術協力の実績がある。

4. 11. 4. 保健概況

マラウイにおける代表的な保健指標を以下の表に示す。



図15 マラウイの地図

表 18 保健指標のデータ（マラウイ）

	項目	データ	年
1	人口	19,129,960	2020
2	平均寿命	64	2019
3	妊産婦死亡率（出生10万人あたり）	451	2016
4	専門技能者の立ち合いの下での出産の割合（％）	89.8	2016
5	5歳未満児死亡率（出生1,000人あたり）	31	2019
6	新生児死亡率（出生1,000人あたり）	20	2019
7	国家予算に対する保健予算の割合（％）	9.8	2016

（出典）

- 1 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>
- 2 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&start=1960&view=chart>
- 3 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT.NE>
- 4 国際連合児童基金（UNICEF）ウェブサイト：<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>
- 5 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>
- 6 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>
- 7 アフリカ連合ウェブサイト：<https://scorecard.africa/>

（1）具体的な医療事故の事例収集

- 新聞記事から

公開情報から情報収集を試みたが、情報を得られなかった。

- 医療関係者の経験から

本調査にて、聞き取りを行なった医療関係者から所属機関における医療事故の経験に関する情報は得られなかった。

- 患者・家族の経験から

本調査にて患者やその家族等から医療事故の経験を聞くことはできなかった。

- その他

予防的抗生物質の非投与による帝王切開患者の感染症の発症とそれによる子宮摘出³
 （2018年7月の当該事案約20件。3次レベル病院、1,350床）

（2）医療関係訴訟の件数または医療に関わる苦情件数等

クライアントの苦情処理およびフィードバックメカニズムとして、保健省は病院オンブズマン制度（Hospital Ombudsman）を2019年に立ち上げ、各施設レベルで苦情を受け付け、各県（District）でデータを集計、報告している。毎月報告することになっているが、各県の報告率にはばらつきがある⁴。なお、各県の報告数には、県病院（2次レベル）、保健センター、キリスト教教会病院（Christian Association of Malawi）の件数が含まれる。但し、29県中報告がない県が含まれるほか、中央病院（3次レベル）の報告は含まれていない。

2021年4月～6月の3カ月間の苦情件数は、約700～750件である。苦情の内容は、病院の診察受付時間が厳守されていないこと（約170件）、医療資機材の不足（約170件）、衛生状態の悪さ（約100件）、救急車の不足（約100件）、保健医療サービスの提供の遅れ（約80件）、水・電気の不足（約80件）、外来の混雑（約50件）、などである。**エラー! ブックマークが定義されていません。**

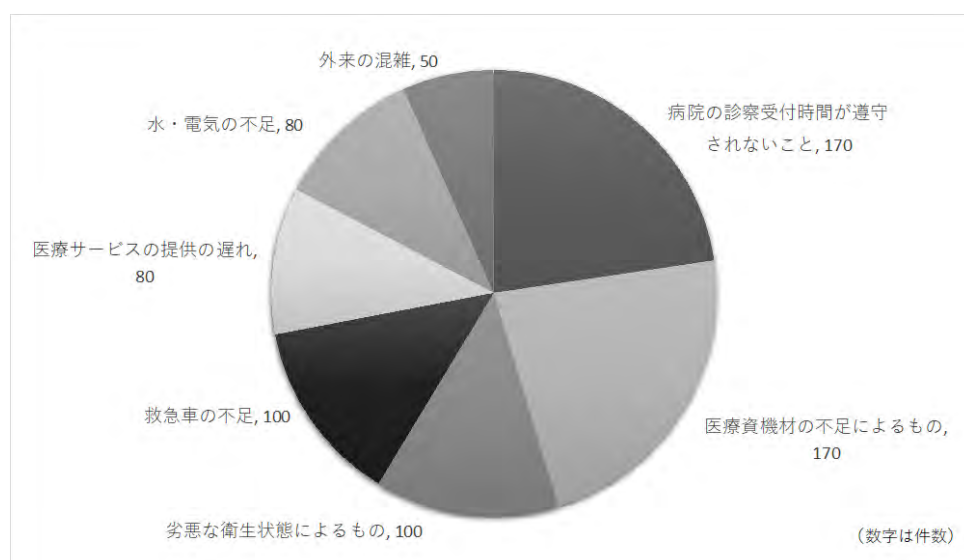


図16 2021年4～6月の苦情件数と内容（計750件）

(3) 5S や KAIZEN の取組みの有無

● 医療機関において

マラウイ政府は、2007年より JICA で実施された「アジア・アフリカ知識共創プログラム：AAKCP」のサブプログラム「きれいな病院プログラム」に参加し、パイロット病院に 5S-KAIZEN-TQM 手法を導入した。その後、本格的な 5S-KAIZEN 活動を開始し、JICA の支援を通じて公的な保健医療機関（3 次レベル病院および 2 次レベル病院の大半、一部のヘルスセンター）に 5S を普及、そのうち一部の保健医療機関には KAIZEN の導入に至っており、5S-KAIZEN(CQI)-TQM は、マラウイの Harmonized Quality Improvement Model として保健省に採用されている 5。

● 医療機関以外の現地の企業において（日系企業含む）

公開情報から情報収集を試みたが、情報を得られなかった。

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取組みの実施の有無と概要

● 国レベルまたは地域レベル

- National Quality Assurance Policy of 2005 に代わる新たな政策として、「質管理政策（2017）」6 が策定された。
- 2016 年、保健省内に質管理局が設置され、質管理に関連する活動が実施されている。

● 医療機関レベル

各保健医療施設に「質改善支援チーム (Quality Improvement Support Team)」を設置することが、前述の質管理政策で規定され、各保健医療施設において同チームの運営管理の下、質改善や患者安全に係る取り組みが実施されている**エラー! ブックマークが定義されていません。**

参考文献

1. 外務省. マラウイ基礎データ. Published 2020.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/malawi/data.html>
2. 外務省. 対マラウイ共和国 国別開発協力方針. Published 2018.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000072461.pdf>
3. Office of the Ombudsman. *WOES OF THE WOMB: A REPORT ON AN INVESTIGATION INTO ALLEGATIONS OF MEDICAL MALPRACTICES RESULTING IN REMOVAL OF UTERUSES FROM EXPECTANT WOMEN IN PUBLIC HEALTH FACILITIES.*; 2019.
[https://www.ombudsmanmalawi.org/files/pdf/woes of the womb.pdf](https://www.ombudsmanmalawi.org/files/pdf/woes%20of%20the%20womb.pdf)
4. マラウイ国保健省質管理局からの情報提供.; 2021.
5. Ministry of Health Malawi. *Health Care Quality Improvement Manual for In-Service Training.*; 2019.
6. Government of Malawi. Quality Management Policy for the Health Sector in Malawi. Published online 2017.

4. 12. ラオス人民民主共和国

4. 12. 1. 一般情報

ラオス人民民主共和国（以下、ラオス）の国の概況、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標をそれぞれ以下に示す。

4. 12. 2. 国の概況¹

ラオスは、東南アジアの内陸国で、北は中国、東にベトナム、南にカンボジア、タイ、西にミャンマーと接している。面積は約 24 万平方キロメートルの広さであり、人口の約半数を占めるラオ族を含む 50 の民族からなる仏教国である。人民革命党による一党指導体制をとっている。人民革命党は 5 年に 1 度の党大会にて、5 年毎の政策方針と党指導部人事を決定する。1975 年以降は社会主義国との関係を重視したが、1986 年の改革路線の採用以降は外資誘致と経済援助獲得を目的とし、西側諸国を含む幅広い協力関係を模索している。

ベトナムとは特別な関係にあり、党・政府ハイレベルから地方行政機関・大衆組織に至るまで活発に交流がある。また、中国とも両国関係を 2009 年に包括的かつ戦略的パートナーシップに格上げし、2019 年にラオス・中国運命共同体構築マスタープランに署名するなど、関係が拡大している。

2019 年の GDP は約 189 億米ドルで GDP 成長率は 5.5%であった。1975 年以降の計画経済の行き詰まりから、1986 年に新経済メカニズムと呼ばれる経済改革に着手し、市場経済化と経済開放を柱とする改革路線を採択した。



図 17 ラオスの地図

4. 12. 3. 日本との外交・経済関係

日本とラオスの二国間関係においては、1955 年に外交関係を設立して以来、良好な関係を維持しており、2015 年には、両国関係は戦略的パートナーシップ関係に格上げされた。ラオスに対する日本の援助実績は、2019 年までの累積で、有償資金協力が約 484 億円、無償資金協力が約 1650 億円、技術協力実績が約 805 億円となっている。2019 年 4 月付の国別開発協力方針²では、後発開発途上国脱却を目指した自立的な経済社会基盤の強化を大目標とし、4 つの重点分野を掲げている。

【国別開発協力方針の重点分野】

- ① 財政安定化をはじめとするガバナンス強化および分野横断的な課題への対応
- ② 周辺国とのハード・ソフト面での連結性強化
- ③ 産業の多角化と競争力強化、そのための産業人材育成
- ④ 環境・文化保全に配慮した均衡のとれた都市・地方開発を通じた格差是正

4. 12. 4. 保健指標の概況

代表的な保健指標について、ラオスの状況を下表に示す。

表 19 保健指標のデータ（ラオス）

	項目	データ	年
1	人口	7,275,560	2020
2	平均寿命	68	2019
3	妊産婦死亡率（出生10万人あたり）	217	2015
4	専門技能者の立ち合いの下での出産の割合（％）	64.4	2017
5	5歳未満児死亡率（出生1,000人あたり）	36	2019
6	新生児死亡率（出生1,000人あたり）	22	2019
7	国家予算に対する保健予算の割合（％）	N/A	-

（出典）

- 1 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>
- 2 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&start=1960&view=chart>
- 3 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT.NE>
- 4 国際連合児童基金（UNICEF）ウェブサイト：<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>
- 5 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>
- 6 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>
- 7 アフリカ連合ウェブサイト：<https://scorecard.africa/>

（1） 具体的な医療事故の事例収集

● 新聞記事から

本調査で、インターネットによって英語の新聞記事（ビエンチャンタイムズ）からラオス全土または特定の地域における医療事故に関する情報収集を試みたが、関連情報が得られなかった。

● 医療関係者の経験から

本調査で、病院関係者の1人からは、どの病院もインシデントや医療事故があるかもしれないが、これらのデータを収集するための良いシステムが構築されていないため、分からないとの回答であった。

● 患者・家族の経験から

本調査にて医療関係者に所属機関における医療事故の経験を聞くことはできなかった。

（2） 医療関係訴訟の件数または医療に関わる苦情件数等

● 国レベル、地域レベル

ラオス保健省ウェブサイト等、インターネットによる情報収集も試みたが、関連情報は得られなかった。

- 医療機関レベルでのデータの有無と内容

上記の通り、本調査で、病院関係者の1人からは、どの病院もインシデントや医療事故があるかもしれないが、これらのデータを収集するための良いシステムが構築されていないため、分からないとの回答であった。

(3) 5S や KAIZEN の取組みの有無

- 医療機関において

JICA 技術協力プロジェクト「保健医療サービスの質改善プロジェクト」（2016 年 3 月～2021 年 2 月）を通じて、南部 4 県を対象とした保健医療サービスの質改善モデル（以下 QHC モデル）の導入と病院サービスの質の改善を展開してきた。QHC モデルは、①病院の質基準の作成と更新、②定期的な質の評価、③継続的な質改善活動という 3 つのステップで導入され、継続的な質改善活動の一環として、5S 活動も病院環境整備の手法として研修に含まれている。また、現地病院関係者によると上記以外では、少なくとも中央病院で 5S 活動に取り組んでいるとのことであった。同病院関係者の認識では、5S 活動の実施は保健省による導入というより、各病院の関心によって導入されているとのことであった。

- 医療機関以外の現地の企業において（日系企業含む）

インターネット上で、ラオスの現地企業における 5S や KAIZEN の取組み事例の収集を試みたが、関連情報はほとんど得られなかった。

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取組みの実施の有無と概要

- 国レベルまたは地域レベル

ラオスは、「2025 年に向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）」³において、「保健サービスの供給と病院運営」に取り組むべき 5 つの柱の中に含め、重要課題と位置付けている。また、保健省は、上記の通り、2016 年に保健大臣令として「全てのレベルの施設における 5 Goods 1 Satisfaction による保健サービスの質保証に関する政令」を発効した。5 Goods 1 Satisfaction では、①温かい歓迎、②清潔さ、③利便性、④正確な診断、⑤良質で迅速な治療を“5 Goods”とし、それに加えて患者の満足度の向上を目的としている。現在は、医療の質改善のための病院認証制度の構築にも世界保健機構等とともに取り組んでいる。また、上記の重要課題の 1 つである「保健サービスの供給と病院運営」に関して、上記の通り、JICA 技術協力プロジェクト「保健医療サービスの質改善プロジェクト」を通じて、南部 4 県を対象とした QHC モデルの導入と病院サービスの質の改善を展開してきた。QHC モデルでは、設定された保健医療サービスの質に係る項目に沿って、各病院が自己評価と他社評価を組み合わせることで自ら保健医療サービスに係る課題を発見し、その解決策を検討、実施するプロセスを体系化したものである。同プロジェクトこの QHC モデルのガイドラインは、同国初の質改善に係る文書として保健省から発出された。しかし、より下位の郡病院や保健センターのサービスの質についての改善ならびに、病院運営上の財務管理における整備に課題を抱えており、ラオス政府は病院における

保健医療サービスの質と財務管理能力の改善に係る技術協力を JICA に対して要請している。

● 医療機関レベル

上記の保健医療サービスの質改善プロジェクトを通じて、病院の質管理・患者安全研修も行われており、病院環境整備のための 5S 活動や安全な環境づくりのための危険予知トレーニングが含まれている。また、QHC モデルの継続的な質改善活動を加速させる仕組みとして、母体死亡症例検討会が実施され、今後、母体死亡を減らすためにどういった質改善に取り組むべきかの討議も行われている⁴。

参考文献

1. 外務省. ラオス基本データ. Published 2021.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/laos/data.html#section1>
2. 外務省. 対ラオス人民民主共和国 国別開発協力方針. Published 2019.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000072258.pdf>
3. Ministry of Health Laos. *Health Sector Reform Strategy and Framework till 2025*. ; 2016. Health Sector Reform Strategy and Framework till 2025
4. Japan International Cooperation Agency. プロジェクトニュース（保健医療サービスの質カイゼンプロジェクト、2018年8月）. Published 2018.
<https://www.jica.go.jp/project/laos/017/news/20180911.html>

4. 13. リベリア共和国

4. 13. 1. 一般情報

リベリア共和国（以下、リベリア）の国の概況、日本との外交・経済関係および代表的な保健指標をそれぞれ以下に示す。

4. 13. 2. 国の概況¹

リベリアは、西アフリカに位置し、北にギニア、東にコートジボワール、西にシエラレオネ、南はギニア湾に面する沿岸国である。国土面積は 111,370 平方キロメートルで、日本の国土面積の約 3 分の 1 の広さに相当する。

1989 年以降、約 20 年に渡って断続的に内戦が続き、2003 年からは政府と反政府勢力との間で戦闘が激化、人道被害が深刻化した。これに対して、国連は、多国籍軍の設立容認とそれに続く国連安定化軍の派遣準備の表明等を内容とする安保理決議を採択した。同決議に基づき、西アフリカ諸国経済共同体リベリア・ミッションが展開し、政府と反政府勢力間で包括和平合意が署名された。

2011 年には、内戦終結後初めてリベリア選挙管理委員会が実施する総選挙も平和裡に実施されている。

2012 年には、2030 年までに中所得国入りすることを目指した長期開発計画「Liberia for Rising: Vision 2030」と 5 年計画「Agenda for Transformation (2012~2017)」を策定した。

2018 年の GDP は約 32.5 億米ドルで経済成長率は 1.2%であった。2007 年以降は実質 GDP 成長率 10%前後で推移してきたものの、2014 年以降、エボラ出血熱の流行により同年の経済成長率は 0.5%にまで低下し、経済面・社会面の復興が課題となっている。



図 18 リベリアの地図

4. 13. 3. 日本との外交・経済関係

日本とリベリアの二国間関係においては、1961 年に外交関係を樹立、1969 年に在京リベリア大使館を開設、1973 年に在リベリア日本大使館を開設したものの、内戦の激化により 1990 年に全館員が国外退避、2004 年に閉鎖した。現在は在ガーナ大使館が兼轄している。

リベリアに対する日本の援助実績は、2017 年までの累積で、円借款が約 58 億円、無償資金協力が約 317 億円、技術協力実績が約 60 億円となっている。平成 31 年 4 月付の国別開発協力方針²では、開発の進展に向けた社会基盤・経済基盤の形成を大目標とし、2 つの重点分野を掲げている。

【国別開発協力方針の重点分野】

- ① インフラ整備支援
- ② 人材育成等による社会基盤の形成支援（保健・栄養分野、農業・食糧安全保障の取り組み促進、教育・職業訓練・行政能力強化の担い手人材の育成・開発環境の整備）

4. 13. 4. 保健指標の概況

リベリアの代表的な保健指標について下表に示す。

表 20 保健指標のデータ（リベリア）

	項目	データ	年
1	人口	5,057,680	2020
2	平均寿命	64	2019
3	妊産婦死亡率（出生10万人あたり）	949	2013
4	専門技能者の立ち合いの下での出産の割合（％）	84.4	2020
5	5歳未満児死亡率（出生1,000人あたり）	62	2019
6	新生児死亡率（出生1,000人あたり）	32	2019
7	国家予算に対する保健予算の割合（％）	3.9	2016

（出典）

- 1 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>
- 2 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2019&start=1960&view=chart>
- 3 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT.NE>
- 4 国際連合児童基金（UNICEF）ウェブサイト：<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>
- 5 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>
- 6 世界銀行ウェブサイト：<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>
- 7 アフリカ連合ウェブサイト：<https://scorecard.africa/>

（1）具体的な医療事故の事例収集

● 新聞記事から

現地紙のインターネット版からは、具体的な新聞記事を見つけることができなかった。

● 医療関係者の経験から

現地の医療関係者によれば、医療事故に関して、JFK 医療センターを相手取り現在係争中の訴訟があるが、同事故の経緯や真偽について関係者から話を聞くことはできなかった。

● 患者・家族の経験から

本調査において、患者・家族から聴取することはできなかった。

（2）医療関係訴訟の件数または医療に関わる苦情件数等

● 国レベル、地域レベル

三次医療施設である JFK 医療センターに対する 2016 年と 2020 年の民事訴訟^{3,4}の存在を確認できたが、医療事故に関する真偽、訴訟の結果についての情報を得ることはできなかった。

● 医療機関レベルでのデータの有無と内容

現地の医療関係者によれば、JFK 医療センターでは、医療事故発生時の院内報告システ

ム・手順が存在する。

(3) 5S や KAIZEN の取組みの有無

● 医療機関において

リベリア保健省職員が JICA の研修へ参加後、2017 年～2018 年にかけて国内で 5S-KAIZEN の指導者養成研修を含むパイロット事業を実施した結果、対象 3 病院において 5S-KAIZEN 活動が実施され、感染予防管理指標に一定の改善が見られた。⁵

医療機関以外の現地の企業において（日系企業含む）

現地関係者から情報入手を試みたが、回答を得ることはできなかった。

(4) 患者安全または医療の質向上に関わる取組みの実施の有無と概要

● 国レベルまたは地域レベル

保健省のヘルスサービス局・医療質管理課（Healthcare Quality Management Unit）が、保健医療サービスの質向上を担当している。**エラー！ブックマークが定義されていません。** 医療の質向上に関する活動は 2013 年に米国の支援により開始され、2015 年のエボラ出血熱流行を経て、病院内の感染対策や水・衛生活動推進と同じ文脈で、世界銀行、米国、国際連合児童基金の支援により継続されてきた⁶。各医療施設における質向上チームの業務内容は、感染対策国家ガイドラインに記載されており、月例会合を開き、ガイドライン違反、患者の長い待ち時間、投薬過誤、患者からの苦情等、保健サービスの質や患者安全に関わる事項について協議することとされている。⁷

● 医療機関レベル

調査をした JFK 医療センターと二次医療施設の 2 ヶ所には、院内の質向上活動を管理監督・調整する「質向上チーム（QIT）」が存在していた。しかし、①院内で質向上に関する活動のための予算が確保されていない、②問題解決に関する病院職員の能力が不足しているといった課題がある。

参考文献

1. 外務省. リベリア基礎データ. Published 2020.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/liberia/data.html#section1>
2. 外務省. 対リベリア共和国 国別開発協力方針. Published 2019.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/000072480.pdf>
3. FRONT PAGE AFRICA. Liberia: JFK Hospital to Deny Wrongful Death Claim - First Witness Takes Stand. <https://allafrica.com/stories/201609291003.html>. Published September 28, 2016.
4. Liberia Public Radio. Wrongful Surgery: Patient takes JFK Hospital to Court. <https://liberiapublicradio.com/2020/08/03/wrongful-surgery-patient->

- takes-jfk-hospital-to-court/. Published August 3, 2020.
5. Ministry of Health Liberia. *Report for the Implementation of Japanese 5S-Kaizen Healthcare Quality Improvement Model in Three Public Hospitals (Bong Mines, George Way Harley, Curran Lutheran) in Liberia.*; 2018.
 6. Ministry of Health Liberia. *National Health Quality Strategy 2017-2021.*; 2018.
 7. Ministry of Health Liberia. *National Infection Prevention and Control Guidelines.*; 2018.

厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「2030 年までの Universal Health Coverage 達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究」
令和 3 年度 分担研究報告書

「Universal Health Coverage を達成するための PPP (Public-Private Partnership)
について」

研究分担者 児玉知子 国立保健医療科学院 国際協力研究部

研究要旨：

【背景・目的】ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 達成と保健システムの課題解決に向け、各国では様々なアプローチが展開されている。なかでも官民連携 (Public Private partnership : PPP) は、政府がインフラの不足や老朽化に直面し、より効率的なサービスを必要とする場合、新たな解決策の創出や資金調達に役立っている。一方、新型コロナウイルス感染症の世界的蔓延により、多くの低中所得国 (Low and Middle Income Countries: LMICs) の保健セクターにおいて、民間事業者の財政やサービス提供の危機、それに伴う国家・事業者が遭遇する危機の発生への指摘がなされている。本研究ではユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) を達成するための PPP について、その有益性と課題、with コロナ時代に求められる対応について分析し、アジア諸国における今後の有効策を検討することを目的とする。

【方法】初年度は、保健医療分野における官民連携・PPP について、World Bank (世界銀行)、WHO、OECD 等の国連機関による公表文書や各国省庁公表文書、関連ジャーナル等の文献による情報収集を行った。また、アジアにおける実態把握のため、フィリピン、モンゴル、ラオスを対象国とし、経済学者、UHC 担当者、世界銀行コンサルタントによる協力を得てヒアリングを行った。

【結果】保健医療分野における最も一般的な PPP は、医療施設の建設または改修、運営、臨床サービスの提供を含む複合的な医療サービスの提供であるが、近年、プライマリヘルスケアレベルでの予防・治療サービスを含めた PPP の報告が増加している。フィリピンでは施設型 PPP が着実に実施されているものの、保健人材不足や医療サービス分配の公平性について課題がみられた。ラオスでは UHC 達成に向けてプライマリヘルスケアレベルでの取組みに焦点が当てられていた。モンゴルでは新型コロナウイルス感染症対策において官民連携体制が機能しており、近年遠隔診療への取組が報告された。

【考察・結論】PPP は各国で取組み状況は異なるものの、その適切な運営を確立することにより、保健医療分野においても有効である。新型コロナウイルス感染症蔓延によって、公的機関と私的機関の連携は益々重要度を増している。“誰も取り残さない”ユニバーサルヘルスカバレッジを達成するためには、施設型の医療サービスにおける PPP のみでなく、地域におけるプライマリヘルスケアレベルにおいても実現する必要がある。また、アジア諸国が抱える保健課題は感染症のみならず NCD (非感染性疾患) や高齢化の影響も大きいことから、今後は各国において優先度の高い保健課題を中心に有効な PPP のあり方を国レベルで検討する必要がある。

A. 研究目的

これまで、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）達成と保健システムの課題解決に向け、各国では様々なアプローチが展開されているが、なかでも官民連携（Public Private partnership）は有効とされてきた¹⁾。一般に、PPPは、インフラサービス（上下水道、交通、健康、教育など）を提供するために、公的セクター（政府など）が、民間セクター（協同組合、民間企業、慈善団体、非政府組織（NGO）など）の知識、経験、財源などの能力を活用する仕組みである。政府がインフラの老朽化や不足に直面し、より効率的なサービスを必要としている場合、民間セクターとのパートナーシップは、新たな解決策の育成と資金調達に役立っている²⁾。

数十年にわたり、政府や開発パートナーは多くの低所得国（Low and Middle Income Countries: LMICs）の保健セクターにおいて、各国政府が人々のニーズを満たすために必要な保健サービスをカバーするためにPPPを推進してきた。一方で、2019年以降の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的蔓延により、これらの国々では、民間事業者の財政・流動性の危機、サービス提供・価格設定の危機、それに伴う国家・事業者関係の危機の発生につながったと指摘されている³⁾。

本研究では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成するためのPPPについて、その有益性と課題、withコロナ時代に求められる対応について分析し、アジア諸国における今後の有効策を検討することを目的とする。

B. 研究方法

初年度は、保健医療分野における官民連携・PPPについて、World Bank（世界銀

行）、WHO、OECD等の国連機関による公表文書、PubMed、国内省庁（内閣府・経済産業省等）における関連情報の収集を行った。

さらに、アジアにおける実状把握のため、WHO 西太平洋事務局（WPRO）管内の国から、UHC サービスカバレッジインデックスが80未満かつ保健医療インフラが整備されつつあるフィリピン、モンゴル、ラオスを対象とし、経済学者、UHC 担当者、世界銀行コンサルタントによる協力を得てヒアリングを行った。自国における官民連携の実態と新型コロナウイルス感染症への対応状況について、数回にわたりオンライン会議を実施し、情報収集を行った。各国の報告は2月に研究班主催の国際共同カンファレンス“The challenges for achieving Universal Health Coverage under COVID-19 pandemic in Asia”において発表された。

ヒアリング協力者：

Professor. Maria Cristina G Bautista, PhD. Economics, Finance and Accounting Department. Ateneo Graduate School of Business, Philippine.

Dr. Mario C Villaverde. Ministry of Health, Philippine.

Dr. Oyuntsetseg Purev. Ministry of Health, Mongolia.

Ms. Emiko Masaki. Senior Health Economist. World Bank.

<倫理的配慮>

本研究の情報収集では既に公表済みのデータを用いた。なお、海外協力者のヒアリングおよび報告資料の提供については、個人情報扱わず公的データのみとし、本研究趣旨を説明のうえ同意を得た。

C. 研究結果

1. 世界銀行グループによる PPP 支援と保健医療分野での PPP 類型化

PPP の定義は World Bank では“Public-private partnerships (PPPs) are a mechanism for government to procure and implement public infrastructure and/or services using the resources and expertise of the private sector. Where governments are facing ageing or lack of infrastructure and require more efficient services, a partnership with the private sector can help foster new solutions and bring finance” (政府が民間のリソースや専門知識を活用して、公共インフラやサービスを調達し、実施するための仕組み。政府がインフラの老朽化や不足に直面し、より効率的なサービスを必要としている場合、民間セクターとのパートナーシップは、新たな解決策の育成と資金調達に役立つ) としている²⁾。

世界銀行グループの医療 PPP への関与に関して、第三者機関 IEG (International Evaluation Group) との統合報告書によれば、2004 年度から 2015 年度にかけて、世銀グループは保健関連の PPP 事業を支援する 78 件のプロジェクトを承認し、そのうち 53 件は IFC (International Finance Corporation) プロジェクト (うち 49 件はアドバイザリープロジェクト、4 件は IFC 投資)、25 件は世界銀行融資プロジェクトであった。政策やセクターに関する助言という川上の課題 (42%) よりも、ストラクチャリングやファイナンスという川下の課題に焦点を当てたプロジェクトが多く (58%) 見受けられる。

全体として、世銀グループが支援する保健分野の PPP は、インフラ分野の PPP と比較して、より短期間の取り決めにな

る傾向があると分析されている。保健医療 PPP は、特に施設の臨床運営において、かなり複雑なものや、複雑さが少なく、短期間で狭い範囲の保健サービスでリスクの低いものもある。

最も一般的な PPP は、建設または改修、運営、臨床サービスの提供を含む複合的な医療サービスの提供である (表 1. PPP の類型化)。このタイプが最も複雑にみえるが、このカテゴリには大きなばらつきがあり、プロジェクトによってリスクのスペクトルが異なっている。例えば、狭義の医療サービスユニット (例えば、診断・画像診断ユニット) の建設と提供を行う 10 年のコンセッションから、幅広い医療サービス提供を行う病院と診療所の建設と運営を行う 20 年のコンセッションまで、さまざまなものが存在する。しかし、レビューでは、この後者のタイプは稀であるとしている。

世銀グループの助言は、特定の国の保健サービス提供のためのあらゆる選択肢を提示するという点では、十分に戦略的とは言えないと報告されており (公共調達等のオプション提示がなされていない等)、世銀グループは国際通貨基金 (IMF) と共に PPP 財政リスク評価モデル (PPP Fiscal Risk Assessment Model: PFRAM) を開発した⁵⁾。このツールキットを、クライアント政府の財政スペースに影響を与える可能性のある PPP に体系的に適用することが不可欠とされている。(表 2 に世界における PPP ユニットの示す)

2. 日本における PPP/PFI 事業

日本国内では内閣府民間資金等活用事業推進室 (PPP/PFI 推進室) Public Private Partnership / Private Finance Initiative Promotion Office により PPP/PFI が推進されている。PPP の定義は「行政と民間が連携して、それぞれお互

いの強みを生かすことによって、最適な公共サービスの提供を実現し、地域の価値や住民満足度の最大化を図るもの」とされている⁶⁾。PPPは官民連携事業の総称であり、PFI以外にも、指定管理者等の制度の導入、包括的民間委託、民間事業者への公有地の貸し出しなどの手段がある⁶⁾。

事業数は年々増えており、2019年度は818件（うち「健康と環境」分野（医療施設、廃棄物処理施設、斎場等）は123件、「生活と福祉」分野（福祉施設等）は25件）契約金額65,539億円となっている⁴⁾。

PFIの事業主体は国（各省各庁の長）、地方公共団体の長（都道府県知事、市町村長等）、特殊法人等の公共法人である。現在はサービス購入型、収益型、収益施設併設型に加え、コンセッション方式（施設の所有権を移転せず、民間事業者がインフラの事業運営に関する権利を長期間にわたって付与する方式。平成23年5月の改正PFI法では「公共施設等運営権」として規定された。民間事業者が公共施設等運営権（公共が所有する公共施設等の運営を行い、当該施設の利用料金を自らの収入として収受する権利：コンセッションともいう）を認めれば、民間事業者が長期に安定して公共施設等の運営・維持管理を行うことが可能となり、より民間の創意工夫が発揮しやすくなる）が進んでおり、水道や下水道、空港や道路等での活用がみられる。フランスや韓国等で多く導入されている方式である⁶⁾。

保健医療分野においては、これまでに公立病院PFIが17件事業化されている（2021年時点）。事業方式は17件中14件が施設完成後に所有権を公共に移転するBOT方式（Build Transfer Operate）で、事業期間中に民間事業者が施設を所有するBOT方式（Build Operate Transfer）は2件のみで、既存施設を改修し、維持管理・運営を行うRO方式（Rehabilitate

Operate）や、整備を含まずに維持管理・運営を行うO方式（Operate）を採用する事業は8事業ある⁷⁾。（定義は表2参照）PFI成功のためには、事業スキームをうまく構築し、包括発注、性能発注（発注者は建物や設備に求める性能（要求水準）を示し、事業者が施工方法を提案し施工する）、長期契約というPFIの特徴を活かす必要がある⁷⁾。

3. 保健医療ジャーナルにおけるPPP関連文献の動向

保健医療データベース（PubMed）によるPPPに関する文献数は2000年以降増加している。Mesh検索ワード“Public-Private Sector Partnerships”は2012年をピークに年間250件以上の文献報告がなされているが、近年減少傾向にある。一方、Mesh検索で拾えない“Public Private Partnership”をキーワードとした検索ヒット数は2010年以降徐々に増加し、2021年にはMesh検索数を超えている。この中にはコロナ下における多様なパートナーシップを取り上げたものが含まれる（図1）。

これまでのPPP/PFIは病院施設や衛生施設等のインフラ設備を中心に討議が進められていたため、必ずしもプライマリヘルスケア（PHC）の枠組みで検討される機会が少なかったと考えられる。

PHCにおけるPPPの有用性に関して、2020年と2021年に2つのスコーピングレビューが報告されている^{8,9)}。合計108件の論文のレビューでは、多くが低・中所得国で実施されたものであり、この政策がPHC指標の改善に成功することが示され、アクセスの改善、経済的利益、サービスの質の向上など、多くの利益をもたらすとした⁸⁾。また61件の研究に関するレビューでは、ほとんどのPPPプロジェ

クトでアクセスが向上し、特定のターゲットグループに対する予防・治療サービス（結核、教育・健康増進、マラリア、HIV/AIDS サービス）の提供を促進するために実施されていることが明らかになった⁹⁾。ほとんどのプロジェクトが、PPP による PHC 提供の開始段階と実施段階での課題を報告している。報告された課題とそれを克服するための提言は、教育、管理、人材、資金、情報、技術システムの側面に関するものであった。PHC における PPP は、特に遠隔地における医療サービスへのアクセスを促進することが可能であり、政府による長期的な計画と持続可能な政策が必要であると結論付けている⁹⁾。

4. アジア諸国における UHC と PPP （ヒアリング・協力者報告より）

＊協力者資料は別章に掲載

（1）フィリピン

UHC 推進の状況

フィリピンにおける UHC（UNIVERSAL HEALTH CARE LAW）は 2019 年 2 月に法制化され、実施規則・規程が 2019 年 12 月承認された後、2020 年 1 月 1 日から施行されている。

UHC カバー指数（世界銀行:WB）は現在 55 であり、58 の実施サイト（全国 81 州と 146 都市のうち）がある。

フィリピンでは、より良い患者ケア、健康状態の改善、コスト削減のため、医療サービスの適用範囲について改善の余地がある。特に複数の医療サービスの統合や、GP から急性期医療へのレファレンス、治療後に地域社会に戻る仕組みが必要である。

必須/包括的ケアパッケージは 2 年、医療技術評価 は 5 年、人的資源マスタープラン（経営統合 3 年）が実施されている。すべての人をカバーするため、特に公的

セクターへの拠出が必要であり、貧困層やシニア層への補助金が課題である。生涯組合員は 60 歳前の過去 10 年間拠出している。

健康増進局は、健康以外の重要な介入として国民 ID 制度等を検討する必要がある。また、財政的保護として、貧困層や社会的弱者の保険料は政府が負担（補助金）することになっている。

特に、COVID-19 流行に際しては、健康緊急資金メカニズム（Bayanihan1-P387B）が発動し、地方レベルでの再配分に多少の柔軟性がある。しかし、調達と報告に改善の余地がある。

民間セクターは、COVID19 発生の最前線にいた（最初に影響を受けた人々は民間施設に行ったため、政府施設は 3 週間後に組織された）が、規制当局とのパートナーシップに課題が残る。地方自治体の重要な役割の強化（有権者および全国的に）とともに、国際的な地域パートナー（アジア開発銀行、日本、等）との協力関係が望まれる。

Public - Private Partnership

（詳細は考察にて補足あり）

Public Private Health Infrastructure Projects（保健インフラプロジェクト）は現在 6 件あり、うち 2 件は承認前である。規模は 6.4-414.92 million USD であり、最も規模が大きいのは Philippine General Hospital（Diliman）で実施機関はフィリピン大学である。

2019 年の病床数は公的機関 55,469 床、私的機関 57,352 床でほぼ半数ずつであり、医師 66,000 (MD, 2017) も約半数ずつに属している。看護師は公的機関 39%、私的機関 61%（2017）に属する。

プライマリヘルスケアにおいては、3,000 の私的薬局（2017）、地方ヘルユニ

ット 2, 593、Barangay ヘルステーション 22, 612, 助産師 16, 948 人が従事する。

財政保護 (Financial Protection)

医療費対 GDP 4. 7% (2019), 5. 6% (2020)
909. 5 million (2019),
1. 0 trillion (2020) と 10. 4% 増加している。

2020 年に初めて第三者支払いが家計の医療負担を越えた (45. 7% 対 44. 7%)。自己負担率は 9. 6% である。

今後の開発協力について

技術的な開発アプローチ、解決法について「バイイン (より多く受け入れる)」のメンタリティの育成 (より協調的であること) が必要である。

医療システムレベルでのローカルな関与が求められる。自身の強みを評価し、能力向上と能力強化に取り組むことが重要である。

COVID-19 による教訓

信頼感が低下した環境下では、自治体や民間企業がリードし、市民が関与する必要がある。プロバイダーの支払いメカニズムの問題が浮き彫りとなった。情報の追跡、モデル化、システム等の知識をつなぐ必要がある (いわゆる、ヘルスノリッジ エコノミーと表現できる)。これは、金銭やその配分そのものが問題ではない (吸収力やコンピテンスが必要である)

(2) ラオス

UHC と財政保護

ラオス政府は、人口とサービスの適用範囲を拡大し、財政保護を改善することで、2025 年までに UHC を達成することを約束している。ラオスは保健セクター改革戦略のフェーズ 3 の実施中であり、サービスの提供と適切な財政的保護を目標としている。第 9 次保健セクター開発計

画 2021-2025 では、UHC に向けた保健セクター改革、特に人材育成、ガバナンスと財政の改善、包括的な保健情報システムへの統合を加速させようとしている。

医療サービスの利用率は、最貧困層に比べ、富裕層で有意に高い。貧困世帯は病院で治療を受けることが少なく、高所得者層は中央・地方病院、民間医療機関、海外で治療を受ける傾向がある。

保健人材

有資格の医療従事者の不足は、質の高いサービス提供のための大きなボトルネックとなっている (人口 1000 人あたり 1. 4 人の有資格医療従事者)

人口 1000 人あたりの医療従事者密度は低下傾向にある。有資格者の偏在は、農村部の脆弱な人々が質の高い保健サービスにアクセスできない状況を悪化させている。ヘルスセンター (HC) レベルでの職員のスキルミックスが不適切で、3 分の 1 の HC には基本的なプライマリーヘルスケアサービスを提供する医療スタッフがいらない。

(*Public Private Partnership に関する情報は考察に補足)

(3) モンゴル

UHC と法律

モンゴル国憲法:

6/健康および医療を保護する権利。無料医療扶助の手続きと条件は、法律で定められている。

健康法:

国家は、国民の保健に関する次の政策を実施する。

4. 1. 1. 国民の健康を国家の特別な関心と庇護の下におくこと。

4. 1. 2 差別なく、平等で利用しやすい保

健康医療サービスを国民に提供する。

4.1.3. 4.1.3. 保健機関は、その所有形態にかかわらず、平等に扱う。

4.1.4. モンゴル憲法に基づき、国民に提供される特定の種類の医療とサービスの支払いは、国が責任を負うものとする。

健康保険法

...モンゴルのすべての国民が法律に従って保険に加入するための基金を設立し、被保険者とともに財政リスクを回避するための基金を設立し、基金の資金を配分し使用すること...

COVID-19 への対応（法律・施策）

社会的経済的疾患であるコロナウイルス感染症の予防及び軽減に関する法律により、下記を定めている。

- ・COVID-19 の流行を防止し、予防すること。

- ・公衆衛生を保護し、人権に一定の制限を加えることを目的とする。

- ・関連する決定を行い、経済への悪影響を最小限に抑え、特別な手続きを通じて政府による組織的な問題の解決に関連する関係を規制すること。

- 政府および他組織の施策

- 市民および法人の権利と義務

- その他；寄付、財産の所有権、違反者の責任

UHC の実施目標

2016 年から 2020 年まで、モンゴルの UHC に向けて、PHC におけるモバイルヘルス技術の利用拡大を政府が運営し、呼びかけた。現在、モンゴル全土の 21 の州で実施中である。

UHC & COVID-19

モンゴルは、一般政府支出を引き上げ、国、地方予算、緊急基金を含む様々な財源から保健資金を増やす措置をとることで

危機に対応している。

- 入院治療： 症状の重さによって異なる料金体系が適用される。

- ファミリーヘルスセンターによる在宅モニタリングと治療

- ワクチン接種

- サーベイランスのための検体採取

- PCR 検査

公立病院および私立病院のいずれにおいても COVID-19 用の病床が確保されており、都市部では病床の 28.6%、郊外では 37.2%が私立病院における病床である。

現状と課題について

1. 国レベルで UHC を実施する方法についての知識は、特に政策立案レベルでは一般的に乏しい。

2. 公平性はどの政策文書にもあるが、不公平を減らすための行動 (action) はあまり記述されておらず、ある時はどの行動も含まれていない。測定・モニタリングが弱い。

3. 高レベルのセクター間調整委員会において適切な選択をするために、法律を見直す必要がある。

4. 実施されている様々なプロジェクトの持続可能性を確保する。

5. UHC サービスカバレッジインデックス (SCI) との関連

SDG3.8.1 で目標とされている UHC-SCI は4領域(リプロダクティブヘルス関連、感染症、非感染性疾患、医療アクセス)における14追跡指標(マラリア関連指標除く)によって算出される。これら14指標の分布状況をみることにより、各国の改善点が明確になる。図2に日本、フィリピン、ラオス、モンゴルにおける SCI と追跡指標値 (0-100) 参照すると、フィリピンでは保健人材や結核治療、ラオスでは保健人材や結核治療に加え病院へのアク

セス、小児肺炎指標が、モンゴルでは結核、HIV 治療、血圧管理等の指標に改善が期待されることがわかる（図2）。

D. 考察

1990 年代から 2000 年代にかけて、公共インフラにおける官民連携の普及は世界的に進み、特にイギリス、カナダ、オーストラリアなどでは、各国政府の強い働きかけもあり、この傾向が顕著とされる。

一般に、PPP プロジェクトの成功は、プロジェクトの質的成果に基づいて評価され、最も一般的な評価方法はバリュー・フォー・マネー分析である。しかし、ヘルスケアのような政治的な影響を受けやすい公共政策の分野における PPP を測定するためには、定量的・定性的基準の両方が必要である。ヘルスケアの特性を考慮して PPP を成功させるためには、コミュニケーションと広報、設計と建設後の計画に特別な注意を払わなければならないことが指摘されている¹⁰⁾。

日本の民間企業による保健医療分野の海外支援

経済産業省によるアウトバウンド調査事業）は、相手国の発展に寄与する持続的な事業展開を通して UHC 促進に寄与することを目的としている¹¹⁾。この中で既にアジアではタイ、インドネシア、フィリピン¹²⁾、ベトナム等において保健医療分野への詳細調査が実施されている。

また、令和 2 年度 国際ヘルスケア拠点構築促進事業 医療拠点化促進実証調査事業では、インドにおける在宅医療事業普及プロジェクト、タイにおける院内・市中環境改善事業や介護予防施策実施拠点構築/ヘルスケアビジネスの展開事業、中国の健康診断・人間ドック受診患者への日本人医師による遠隔画像診断拠点化プロジェクト、バングラデシュに

おける歯科技工普及拠点構築事業、ベトナムにおける健診システム有料サービス化プロジェクト、マレーシアにおけるモバイル・クラウドを活用した遠隔脳神経センター実証調査プロジェクト、ミャンマーにおける日本式脳血管疾患リハビリサービスの拠点化創出プロジェクト、ルワンダにおける日本式周産期医療拠点化及び ICT 遠隔診療に関わる実証調査プロジェクト等、アジア諸国を中心とした多くの事業が報告されている¹³⁾。

フィリピンにおける PPP

フィリピンにおける公的医療機関は、Philippine General Hospital をはじめとした 6 病院があり、うち 4 病院は JICA からの支援で設立されている。民間医療機関はメトロ・パシフィック・ホスピタル・ホールディングスをはじめとして、都市部で規模の大きな病院経営を行っている民間業者が複数存在する¹²⁾。

フィリピンには約 1200 の医療機関が存在し、うち 4 割が公的医療機関、6 割が民間医療機関となっており、民間医療機関を利用できるのは人口の 30%程度と推定される¹²⁾。また、フィリピンでは、中間所得層（世帯所得 5 000～34 999 US）の割合は、2000 年の 45.4%から、2020 年に 70.7%にまで上昇した。特に、上位の中間所得層（10 000～34 999 US）の割合が増加したことにも留意が必要である¹²⁾。

PPP 運営委員会 (PPPGB) は、PDMF (Project Development and Monitoring Facility) を含むすべての PPP 関連事項に関する全体的な政策決定機関である。PPP プログラムの戦略的方向性を定め、フィリピンにおける PPP を可能にする政策・制度環境を構築する責任を負う¹⁴⁾。

下記プロジェクトは現在、政府機関（ICC-閣僚委員会、理事会、各地域の開発評議会など）による評価を受けていると

ころである。(undergoing evaluation)
<UP Philippine General Hospital (UP-PGH) Diliman Project¹⁵⁾>

PPP 会社は、施設の運営開始から契約終了まで、パフォーマンスに応じた稼働率支払い (Availability Payment : AP) を毎月受け取ることになる。この支払いは、PPP 会社が入札で提案した初年度の AP に基づく。

民間セクターのメリットとして、

- ・臨床サービスは PPP の範囲から除外されるため、民間セクターが提供するサービスの複雑さが軽減される。
 - ・民間企業は、入札額に基づいて政府から AP を受け取るが、民間患者の収入リスクは政府が保有する。
 - ・病院施設内で可能な補助的な事業を運営する柔軟性がある。
- 等が挙げられる。

本報告書の結果部分にも述べられているが、フィリピンにおいては、現時点でプライマリヘルスケアレベルでの PPP は明確でない。日本国内でも施設運営に関わる PPP については、事業に伴う契約から公的・私的の区別が明確であるが、一般市民が医療サービスを受ける際に、病院や診療所が公的機関であるか私的機関であるかの区別はほぼみられない。

むしろ、今回の検討で焦点となったのは、今般の新型コロナウイルス感染症のような政策上の措置が必要な疾病や危機管理対応時の公的・私的医療機関の組織化や、保健医療従事者の雇用条件 (給与・勤務体制等)、ひいては保健医療従事者の育成 (教育機関) におけるパートナーシップであった。

ラオスにおける PPP

ラオスでは現在もインフラ格差が大きく、貧困削減と後発開発途上国からの脱却の大きな障害となっている。政府の財

政スペースが非常に限られているため、経済的・財政的に実現可能なインフラ整備に民間セクターから資金を動員することが切実に求められている。このような背景から、政府は近年、The Public-Private Infrastructure Advisory Facility (PPIAF : World Bank が運営) の支援を受けて、運輸部門に PPP のコンセプトを導入した¹⁵⁾。

PPIAF の支援プロジェクトでは、計画投資省 (The Ministry of Planning and Investment : MPI) に国家 PPP ロードマップを提供し、ラオスの PPP プログラムを成功させるために必要な戦略、政策、更なるアクションを示した。この活動は、MPI と財務省が、推奨された政策ガイドラインを PPP の事例に適用することにより、財政負担と偶発債務 (FCCL) リスクの監視と軽減、未募集プロポーザル (USP) の管理など、PPP に関連するいくつかの重要な問題に取り組むことを支援した。ラオス政府は 2022/2023 年に PPP 法を施行することを決定し、PPP 法令と他の既存の法律 (特に投資促進法) との整理を行っている。

今回の World Bank 専門家へのヒアリングでは、ラオス国内における目下の取り組みはプライマリヘルスサービスの質の向上であったが、将来的に本領域での効果的な PPP が期待される。

モンゴルにおける PPP

モンゴルでは、2009 年に、民間資金を活用した Public-Private Partnership (PPP) スキームによりインフラ整備を推進する方針が打ち出され、PPP 促進のための環境整備が進められた。2010 年に採択されたコンセッション法は、PPP の実施に関する全てのプロセスを定義づけている¹⁶⁾。

JICA モンゴル PPP 能力強化プロジェクト

トでは、PPP の啓発プログラムの策定や、官民連携のアプローチとその実践を通じたガイドラインの作成などを支援し、同国における PPP の一層の促進に寄与した(2014)¹⁷⁾。

PPIAF では、ウランバートル市の信用力強化と設備投資計画の改善(2013)、ウランバートル交通の都市公共交通セクターにおける PPP(2015)、ウランバートル市都市交通サービス提供のための資本投資計画及び財務評価(2016)への支援を実施している¹⁸⁾。

モンゴルでは2016年からPHCにおけるモバイルヘルス技術の利用拡大を実施している。近年は新型コロナウイルス感染症対策においても、公立病院・私立病院ともに対応に協力しており、医療サービスレベルでの官民連携が機能していることがうかがわれる。遠隔診療の COVID 対応など、他国が学ぶべきことも多い。本年度の情報収集で不十分な点については、引き続き次年度の収集を検討する。

UHC サービスカバレッジインデックス(SCI)との関連

フィリピンやラオスにおいては、SCI の追跡指標でも低値となっている保健人材の課題が、ヒアリングでも確認された。また、プライマリヘルスケアレベルでの医療の充実については、各国で現状は異なるものの、共通の課題であった。

これまでの PPP は病院施設・運営等のインフラ投資が主流を占めているが、保健データを参照すると、感染症やNCD(非感染性疾患)を改善するための方策も同様に重要であることが明らかである。近年の文献報告においても、プライマリヘルスケア領域での PPP が有効であるとのエビデンスが蓄積されつつあることから、今後はアジア地域における有効な方策を国レベルで検討する必要がある。

E. 結論

PPP は各国で取り組み状況は異なるものの、その適切な運営を確立することにより、保健医療分野においても有効である。新型コロナウイルス感染症蔓延によって、公的機関と私的機関の連携は益々重要度を増している。“誰も取り残さない”ユニバーサルヘルスカバレッジを達成するためには、施設型の医療サービスにおける PPP のみでなく、地域におけるプライマリヘルスケアレベルにおいても実現する必要がある。また、アジア諸国が抱える保健課題は感染症のみならずNCD(非感染性疾患)や高齢化の影響も大きいことから、今後は各国において優先度の高い保健課題を中心に有効な PPP のあり方を国レベルで検討する必要がある。

F. 引用文献

1. Davies P. The Role of the Private Sector in the Context of Aid Effectiveness: Consultative Findings Document, Final Report. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Development Assistance Committee; 2011.
2. Public Private Partnership. The World Bank. <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/about-us/about-public-private-partnerships>
3. David Williams O, Yung KC, Grépin KA. The failure of private health services: COVID-19 induced crises in low- and middle-income country (LMIC) health systems. Glob Public Health. 2021;16(8-9):1320-1333. doi:10.1080/17441692.2021.1874470. 2021/01/21.

4. Public-Private Partnerships in Health. World Bank Group Engagement in Health PPPs. An IEG Synthesis Report. 2016 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
 5. Guasch, J. L. et al. (2014), "The Renegotiation of PPP Contracts: An Overview of Its Recent Evolution in Latin America", International Transport Forum Discussion Papers, 2014/18, OECD Publishing, Paris.
<https://www.imf.org/external/np/fad/publicinvestment/pdf/PFRAM.pdf>
 6. 内閣府民間資金等活用事業推進室 (PPP/PFI 推進室) Public Private Partnership / Private Finance Initiative Promotion Office.
<https://www8.cao.go.jp/pfi/index.html>
 7. 公立病院整備事業への PFI の導入について. 加藤隆一, 他. 社会動向レポート. 2021.
https://www.mizuho-ir.co.jp/publication/report/2021/pdf/mhrt01_pfi.pdf
 8. Public-Private Partnership Policy in Primary Health Care: A Scoping Review. Tabrizi JS, Azami-Aghdash S, Gharaee H. J Prim Care Community Health. 2020 Jan-Dec;11:2150132720943769. doi: 10.1177/2150132720943769.
 9. Public-private partnerships in primary health care: a scoping review. Joudyian N, Doshmangir L, Mahdavi M, Tabrizi JS, Gordeev VS. BMC Health Serv Res. 2021 Jan 4;21(1):4. doi: 10.1186/s12913-020-05979-9.
 10. Barrows, David , et al. (2012), "Public-private partnerships in Canadian health care: A case study of the Brampton Civic Hospital", OECD Journal on Budgeting, Vol. 12/1.
<http://dx.doi.org/10.1787/budget-12-5k9czxkbck9w>
 11. 日本の医療技術・サービスの国際展開支援 (アウトバウンド). 経済産業省.
https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryou/outbound/index.html
 12. 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. フィリピン編. 2022 年 3 月. 経済産業省.
 13. 令和 2 年度 国際ヘルスケア拠点構築促進事業医療拠点化促進実証調査事業 (全体編) 報告書. 2021 年 3 月. 一般社団法人 Medical Excellence JAPAN.
 14. フィリピン PPP 運営委員会 (PPPGB).
<https://ppp.gov.ph/>
 15. The Public-Private Infrastructure Advisory Facility (PPIAF) Activities in Lao PDR
<https://ppiaf.org/countries/lao-pdr>
 16. <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/library/ppp-laws-concession-laws-mongolia>
 17. <https://www.jica.go.jp/oda/project/1300530/index.html>
 18. <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/country-profile-mongolia>
- G. 研究発表 (学会発表、論文発表)**
なし
- H. 知的財産権の出願・登録状況**
なし

厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「2030 年までの Universal Health Coverage 達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究」
令和 3 年度 分担研究報告書

「アジア各国の死因統計および保健統計」

研究分担者 林 玲子 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

【目的】

高齢化が進行するアジアにおいて、UHC のモニタリングのために必要となるデータがどの程度整備されているのかを把握する。

【方法】

インターネット上の各国担当部局、統計データベースを探索し、死因統計、保健統計の有無、内容を分析した。

【結果】

ASEAN+3 で死因統計が全数登録により得られるのは、日本、韓国、フィリピン、シンガポール、ブルネイ、マレーシアであった。保健統計に関しては、インド、インドネシアが独自の地域保健情報システムにより結果を web 公表している。

【結論】

全数登録に基づいた死因統計が整備されていない国は多く、保健統計も ICT 利用推進により具体的な成果につながっている国は少ない。UHC 達成に向けた保健サービス拡大がどの程度進展しているかを、データに基づき測定できるようにするために、国ベースの基盤構築に取り組む必要がある。

A. 研究目的

UHC のモニタリングのためには、保健システムの稼働状況を示す保健統計が必要である。高齢化が進行するアジアにおいては、乳幼児死亡や妊産婦死亡に付け加え、中高年の死亡率が低下することが期待され、その状況を把握するための死因を含めた死亡統計が整備される必要がある。

欧米や日本などの高所得国では、健康状況、医療受診状況、医療サービス提供に関する多くの保健データがあるが、アジアの中低所得国における状況は必ずし

も同様ではない。しかしながら、地区保健システムの情報体系は各国で類似性があり、ICT を活用したデータ基盤構築が国際的な支援もあり進行している。

これらの状況を鑑みて、本研究では、アジアにおける死因統計および保健統計の所在・状況を把握することを目的とした。

B. 研究方法

近年、公的統計の公表は紙媒体からインターネットに移行している。インターネット上の各国担当部局、統計データベ

ースを探索し、死因統計、保健統計の有無、内容を分析した。対象国は ASEAN+3 を中心に、アジア各国について探索した。保健統計は地区保健システムデータがオンライン上で収集・公表されているものを中心に探索した。データの所在は url を(国名-番号) の形で別表にとりまとめた。

<倫理的配慮>

用いるデータはインターネット上に公表されたものであり、特段の倫理的配慮が求められるデータ利用はない。

C. 研究結果

1. 死因統計

a. WHO

WHO は、加盟国の死因統計をとりまとめ、データが得られない国については推計し、比較可能な形で公表している。2-3 年に 1 回の頻度で更新された数値が公表され、直近は 2020 年に公表された 2019 年版の Global Health Estimates (GHE) であり、推計手法は pdf として web 掲載されている (WHO-1)。しかしながら、現時点では、Summary Table に記載された url はリンク切れであり、WHO web には、一般向けのグラフィカルな記事のみが掲載されている状況である。

GHE は、加盟国 194 か国のうち、人口が 9 万人以下の国を除いた 183 か国、およびプエルトリコ、台湾、パレスチナについて 2000 年から 2019 年の死因別死亡数・率を収集・調整・推計したものである。そのなかで、各国が作成する死因統計の質を、1 (高い完全性を持つ登録データに基づく) から 4 (登録データがないか質が悪く使えない) に 4 段階評価し、そのうえで独自に値を推計している。

例えば日本は統計の質は 1 とされているものの、老衰等、診断名不明確な死因はそれ以外の死因に均等割されており、

WHO によるデータは日本の人口動態統計とは異なった数値となっている。このように、各国異なった死因統計の事情があるので、WHO で大まかな比較はできても、経年変化などは、各国が公表したデータに基づき行うことが妥当であると考えられる。

b. 日本

日本における死因統計は、内務省衛生局により明治 8 年より集計・公表され (日本- 1)、1899 年からは内閣府統計局による人口動態統計の中に死因統計が公表されている (日本- 2)。内務省衛生局による死因統計は、1902 年に人口動態統計に一本化された (日本- 3)。第二次世界大戦後、死因統計を含めた人口動態統計は保健行政に資するものであるべきという GHQ の方針に伴い (フェルプス 1974)、人口動態統計は厚生省に移管され、現在に至っている。

人口動態統計は、出生・死亡・婚姻・離婚の発生月の 2 か月後に速報、5 か月後に概数が月別に公表され、年別の確定値が公表されるのは、発生年の翌年 9 月頃である。速報、概数、確定値とも、厚労省 web (日本- 4) と「政府統計の総合窓口」e-stat (日本- 5) に掲載される。また、英語版は確定値のみであるため、速報を日本語以外の環境で使う場合は、google translate などの機械翻訳を利用することとなる。

c. 韓国

韓国の死因統計は、1922 年の朝鮮戸籍令・人口動態調査令、1937 年の朝鮮人口動態調査規則に基づき、1938 年から 1942 年まで朝鮮人口動態統計の中に含まれている (韓国- 1、韓国- 2、韓国- 3)。第二次世界大戦、朝鮮戦争を経て、出生・死亡登録割合が減少したが、1980 年代から再

び全数登録に基づいた死因統計が公表されるようになった。

現在では、1983 年からのデータが、韓国統計庁の HP でダウンロードできる(韓国- 4)。

d. 中国

中国の死因統計は、標本調査に基づくもので、現在に至るまで、全数登録による死因統計はない。標本調査は 1978 年からはじまり、随時標本地点を拡大し、2013 年以降は全国 605 か所の標本地点を設定しており、カバー人口は 3 億人、全人口の 24%を占める。報告書は、担当部局である中国疾病預防控制中心慢性非伝染性疾病預防控制中心の HP に公表されている(中国- 1)。

605 の標本地点は 2013 年から変化がなく、今後拡大するのか、また全数登録を目指すのかは不明である。

e. フィリピン

フィリピンは近年 CRVS(Civil Registration and Vital Statistics)の強化を進めており、登録に基づいた死因統計が集計・公表されるようになった。その結果は、フィリピン統計局の HP に報告書 pdf、エクセル形式データで公表されている(フィリピン- 1)。2017 年までは、性別の表章のみであったが、2018 年からは性別年齢 5 歳階級別に 103 死因別に表章されるようになり、国際比較に適するものとなった。

f. ブルネイ

ブルネイは人口 43 万人の小さい国であり、年間の死亡者数は 1,700 人程度であるが、全数登録による死因統計を公表している(ブルネイ- 1)。しかしながら、死亡数が少ないためか、死因区分は ICD-10 に準拠したものではあるが、十大死因の

みであり、年齢別表章もない。

g. マレーシア

マレーシアの死因統計は毎年定期的に公表されている。報告書は統計局 HP の登録が必要な eStatistik にログインしてダウンロードする(マレーシア- 1)。

マレーシアの死亡診断書は WHO が推奨する、複数の死因を記述するような形式になっていない。また医学的診断に基づく死亡は、2000 年の 39.0%から増加しているが、2020 年でも 65.6%にとどまっている。そのため、死因も、医学的診断に基づく死亡は ICD-10 に準拠しているが、医学的診断に基づかない死亡は「高齢」という死因が多く、全死亡に占める「高齢」による死亡の割合は 15.7%である(2020 年)。

h. シンガポール

シンガポールの人口登録は、英国統治下 1868 年に法制化され、死因情報も 1873 年より Blue Book と言われる行政報告に収録されている(菅 2022)。現在はシンガポール入国管理局(Immigration & Checkpoints Authority: ICA)が人口登録に基づく人口動態統計の公表を四半期ごとに行っている(シンガポール- 1)。2020 年の死亡者数は 22,054 人であるが、死因 103 分類で性・年齢別に表章されている。なお、22,054 人はシンガポール国民、永住者、外国人が含まれた数字であるが、その内訳は表章されていない。しかしながら、国民・永住者に限った死亡率が公表されており、そこから逆算すると、22,054 人のうち 1,069 人、4.8%が外国人であると算定され、総人口における外国人割合 28.9%(2020 年、シンガポール- 2)よりも小さいのは外国人が若い年齢層であることや未登録等によるものと考えられる。

i. その他のアジア諸国

東南アジアのその他の国（タイ、ベトナム、インドネシア、カンボジア、ラオス、ミャンマー、東ティモール）では、死因統計として HP 公表されている死因統計は見当たらない。WHO の死因統計の質レベルはタイが 3、その他の国は 4 となっている。

タイ、ミャンマーは、死因統計としての個別の報告書等は確認できないが、国の統計年鑑に死因別死亡に関する表が掲載されている。タイは 2021 年版の統計年鑑に 2017～2019 年の 10 大死因別死亡数と死亡率が、性別年齢別表章なしで掲載されている（タイ- 1）。ミャンマーは、2020 年版統計年鑑に、保健情報管理システム（HMIS）を用いた公的病院での死亡原因および、住民登録・人口動態統計（CRVS）システムを用いた死因統計が掲載されている（ミャンマー- 1）。死因情報が記載されている死亡数は、死亡総数の 16.7%、24.4%に過ぎず、性別表章しかないが、年々情報量が増えており、今後の展開が期待される。

アジアのその他の国のうち、WHO 死因統計質レベルが 1 の国はクウェート、イスラエル、カザフスタン、キルギスタン、2 の国は、イラン、スリランカ、トルクメニスタン、ウズベキスタン、トルコ、ヨルダンである。これら南・中央・西アジアの死因統計については追って情報の所在を確認する必要がある。

2. 保健統計

多くの中低所得国では、保健センター（Health Center/Health Post）や地区病院（District Hospital）から成る地区保健システム（District Health System）が公的に運営されている。地域に根付いた保健センターは、1920 年代から国際連盟保健組織、ロックフェラー財団を通じて、スリランカ、インド・ケララ州、ユーゴス

ラビア等で提唱・運営されてきたが、ソビエト連邦においても保健センターが全国に普及した（WHO- 2）。1978 年のプライマリーヘルスケア国際会議で採択されたアルマアタ宣言（WHO- 3）はこのような流れを強化するものであり、またその後、地区保健システムが WHO を通じ途上国で構築されるようになった。現在、中低所得国で類似した保健システムとそれに応じた保健情報システムがあるのは、このような世界的な流れによるものであると考えられる。

これらの地区保健システムの情報管理は、ICT 環境の発展に伴い進化している。現在では、DHIS2 と呼ばれるオープンソースのソフトウェアが 73 の中低所得国で利用され、24 億人をカバーするものとなっている。

また、独自システムで地区保健システムの情報管理を ICT を活用しオンライン公表している国もある。現段階でそのような web が確認できたのは、インド、インドネシアであった。

a. DHIS2 (District Health Information Software 2)

保健センターの活動報告は、患者診療記録、母子保健活動、疾病別予防活動、予防接種記録や薬剤管理など多岐にわたり、それらを電子的に入力し管理する取組は、PC が利用可能となった 1990 年代頃から始まったと考えられる。DHIS2 の前身である DHIS は、1996 年にバージョン 1 が出されたが、Microsoft Access と Excel, VBA により構成されていた。DHIS2 は 2004 年にアップグレードされた Java ベースのソフトウェアである。オープンソースで、データ入力・表示・分析ができるシステムとなっており、ネットがない環境では SMS でデータを送信し、即座にシステムに反映できるとされ

ている。

DHIS2 はオスロ大学が運営し、ノルウェー開発協力局 (Norad)、米国大統領エイズ救済緊急計画 (PEPFAR)、WHO、世界基金、ゲイツ財団、米国 CDC、GAVI、UNICEF の財政的支援を受け、中低所得国 73 か国、24 億人の人口をカバーしており、さらに NGO による利用を含めれば 100 か国で利用されている (DHIS2- 1)。

ソフトウェアはフリーで誰でも使えるが、各国それぞれ DHIS2 のサイトを構築し、その中でデータ入力・分析を行っているので、国別に認証を受けないとデータを見ることができない。つまり、DHIS2 はデータ入力・分析システムであり、それがリアルタイムのデータ公表に繋がっているわけではない。DHIS2 で入力されたデータがどのように使われているのか、また近年も稼働しているのかは、Web では確認不能であった。

b. インド HMIS

インドは HMIS (Health Management Information System) と称するサイトが保健省により設置されており、web 上でデータや報告を閲覧・ダウンロードできる (インド- 1)。2008 年から運用されており、2020 年から新バージョンとなった。リアルタイムモニタリング、国民 ID (NIN)、API の利用などが可能であるとされている。

インド全土の 36 州、735 保健地区 (district)、6,858 副保健地区 (sub-district) 別に、300 種類のサービス、400 種類のインフラ、人材データが毎月報告・集計される。web よりエクセル形式のデータ、各種報告書がダウンロードできる。

詳細データを全インドでとりまとめた e-Bulletin は、2021 年 4-6 月号が最新であり、Daily data は 2020 年 6 月 25 日付が最新で、その後の更新が止まっている

ようである (2022 年 3 月末確認)。新型コロナウイルス感染症流行対策で更新が遅れているのかどうか、今後再び迅速な更新があるのか、不明である。また、この HMIS が DHIS2 のデータを取りまとめたものかどうか、HMIS には何も記載がないため不明である。

c. インドネシア

インドネシア保健省が運営している保健データに関するサイトは、地域保健データシステム (インドネシア- 1) と保健人材データシステム (インドネシア- 2) の二種類がある。

インドネシア地域保健データシステムは、全土 Puskesmas (保健センター) の情報をオンライン収集しており、そのデータに基づいて年次報告書が刊行されている。最新版は 2021 年に刊行された『インドネシアの健康プロファイル 2020』(インドネシア- 3) であり、このシステムは現在まで機能していると考えられる。

オンラインで閲覧できるデータは、保健センターの場所・設備などに限られ、患者数やワクチン接種数などサービス内容は報告書を参照することとなる。

インドネシア保健人材データシステムは、2009 年より整備されている保健人材情報システムであり、514 地域/都市→34 州→中央へと保健人材情報がリアルタイムで 4 月と 10 月に更新・伝達されているとのことである。内容は勤務医療施設、継続教育、研修、登録、外国人材の 5 種類で構成されている。web に人数、配置施設毎の人数が表示され、最新データは 2020 年 12 月である (2022 年 3 月確認)。

d. 日本

日本の保健統計を列挙すれば、種類別に以下のように分類することができよう。

①世帯調査： 国民生活基礎調査、国民健

康・栄養調査

- ②施設調査：医療施設調査、患者調査
- ③届出に基づく統計：人口動態統計、医師・歯科医師・薬剤師統計
- ④報告に基づく統計：衛生行政報告例、病院報告
- ⑤疾病別登録・報告：感染症発生動向調査、全国がん登録
- ⑥レセプト記録：NDB（レセプト情報、特定健診情報）、KDB（国保データベース）

①～④は公的統計、業務統計として、厚生労働省やe-Statより集計表をダウンロードでき、公的統計であれば、統計法に基づき二次利用が可能である。公表のスピードについては、感染症発生動向では2週間後、人口動態統計は速報で2か月後、国民生活基礎調査では翌年、と幅がある。

D. 考察

死因統計はSDG指標3.4.1、3.6.1、3.9.1、3.9.2、3.9.3に必要であるが、3.8.1のUHC指標には直接使われるものではない。しかしながら、UHCの最終的なアウトカムは防げる死亡の削減であり、誰一人取り残さずすべての死亡が死因と共に登録されることは重要である。特に高齢化が進むアジアにおいては、これまで標本調査で得られていた乳幼児死亡、妊産婦死亡に付け加え、中高年の死亡動向を適切に把握するには、死因別死亡統計が必要である。現状では、そのような死因統計が整備されている国は限られているが、フィリピンやマレーシア、またミャンマーなど、近年整備が進んでいる国もある。しかしながら、整備の遅れだけではなく、全数登録の死因統計が必要と考えていない国もあるようである。死亡診断を行う医師が不足している、という要因もあるが、死亡原因や死亡数を明らかにすることが文化的・政治的に許容されな

い、という要因も考えられる。

保健統計においてICTの活用が重要視されているが、現在中低所得国で広く使われているDHIS2といったソフトウェア基盤が、どれだけ実際使える統計作成に寄与しているのかは、DHIS2の内容は外部には公表されていないため、確認できなかった。インド、インドネシアは独自の保健情報システムに基づいた保健統計をweb上で迅速に公表しているが、新型コロナウイルス感染症流行の影響もあるのか、最近では更新が止まっている統計もある。今後、どの程度オンライン報告による迅速な保健統計の公表が行われていくかは未知数である。日本においてすら、オンラインでのリアルタイム公表というものはなく、ICT利用はすすめても、収集したデータを集計・確認する作業を着実にを行い、その結果である年次報告等が定期的に公表されるシステムが必要と思われ、インドネシアが成功例であると考えられる。

E. 結論

アジアにおけるUHC達成をモニタリングするために必要なデータ基盤は、進展がみられる国もあるが、整備が進んでいない国も多い。UHCに向けた保健サービス拡大がどの程度進展しているかを、データに基づき測定できるようにするために、国ベースの基盤構築に取り組む必要がある。

F. 引用文献

- フェルプス、レオナード V. (1974)「昭和21年から26年まで（1946年から51年）の統計調査部、その活動を回顧して―混乱からの新しいスタート―」In: 厚生省大臣官房統計情報部『厚生統計25年の歩み』
- 菅桂太(2022)「シンガポールにおける人

口政策の展開」厚生労働行政推進調査事業費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」令和3年度分担研究報告書。

オンライン閲覧可能な文献およびWEBサイトは別表を参照のこと。

G. 研究発表（学会発表、論文発表）

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

別表 1 各国統計 URL

- WHO-1: WHO, WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2019
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf?sfvrsn=37bcfacc_5
- WHO- 2: WHO, Division of Strengthening of Health Services (1994) *The Health Centre in District Health Systems*, WHO/SHS/DHS/94.3, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62593>
- WHO- 3: WHO (1978) Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978,
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>
- 日本- 1: 『衛生局第一第二報告』 <https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/1939073> (13 頁)
- 日本- 2: 内閣統計局 (1902) 『明治 32 年日本帝国人口動態統計』
<https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/805977>
- 日本- 3: 『衛生局年報明治 35 年』 <https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/901794> (42 頁)
- 日本- 4: 厚生労働省「人口動態調査 結果の概要」 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>
- 日本- 5: 「e-stat 人口動態調査」 <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450011&tstat=000001028897>
- 韓国- 1: 朝鮮総督府『昭和十三年～十五年朝鮮人口動態統計』
<https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/1282050>
- 韓国- 2: 朝鮮総督府『昭和十六年朝鮮人口動態統計』 <https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/3454144>
- 韓国- 3: 朝鮮総督府『昭和十七年朝鮮人口動態統計』 <https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/3454146>
- 韓国- 4: 韓国統計庁 ”Deaths and Death rates by cause(236 item), sex, and age(by five-year age group)”
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E07&language=en&conn_path=I3
- 中国- 1: 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心『全国疾病监测系统死因监测数据集』
https://ncncd.chinacdc.cn/xzzq_1/202101/t20210111_223706.htm
- フィリピン- 1: Philippine Statistics Authority, *Death Vital Statistics Report (VSR)*
<https://psa.gov.ph/content/vital-statistics-report-vsr>
- ブルネイ- 1: Department of Statistics, Department of Economic Planning and Statistics (DEPS), Ministry of Finance and Economy, *Brunei Darussalam Vital Statistics 2020*,
<https://deps.mofe.gov.bn/SitePages/Vital%20Statistics.aspx>
- マレーシア- 1: Department of Statistics Malaysia, *Statistics on Causes of Death Malaysia, 2021*, <https://newss.statistics.gov.my/newss-portalx/ep/epProductFreeDownloadSearch.seam>
- シンガポール- 1: Immigration & Checkpoints Authority, *Quarterly Births & Deaths Statistics*,
<https://www.ica.gov.sg/news-and-publications/statistics>
- シンガポール- 2: Statistics Singapore, “Indicators On Population”,
<https://tablebuilder.singstat.gov.sg/table/TS/M810001>
- タイ- 1: National Statistical Office, *Statistical Yearbook Thailand 2021*,
<http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/SYB-2021/244/index.html>, “Deaths by the First 10 Leading Cause Groups of Death” (2017-2019) p.182.
- ミャンマー- 1: Central Statistical Organization, *Myanmar Statistical Yearbook 2020*,
https://mmsis.gov.mm/sub_menu/statistics/fileDb.jsp?code_code=001

DHIS2- 1: DHIS2 (District Health Information Software 2), <https://dhis2.org/>

インド- 1: HMIS Health Management information System, Ministry of Health and Family Welfare, <https://hmis.nhp.gov.in/>

インドネシア- 1: インドネシア地域保健データシステム PUSDATIN, <https://pusdatin.kemkes.go.id>

インドネシア- 2: インドネシア保健人材データシステム Informasi SDM Kesehatan Indonesia, http://bppsdmk.kemkes.go.id/info_sdmk/

インドネシア- 3: Profil Kesehatan Indonesia (インドネシアの健康プロファイル 2020), <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-Tahun-2020.pdf>

厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究」
令和3年度 分担研究報告書

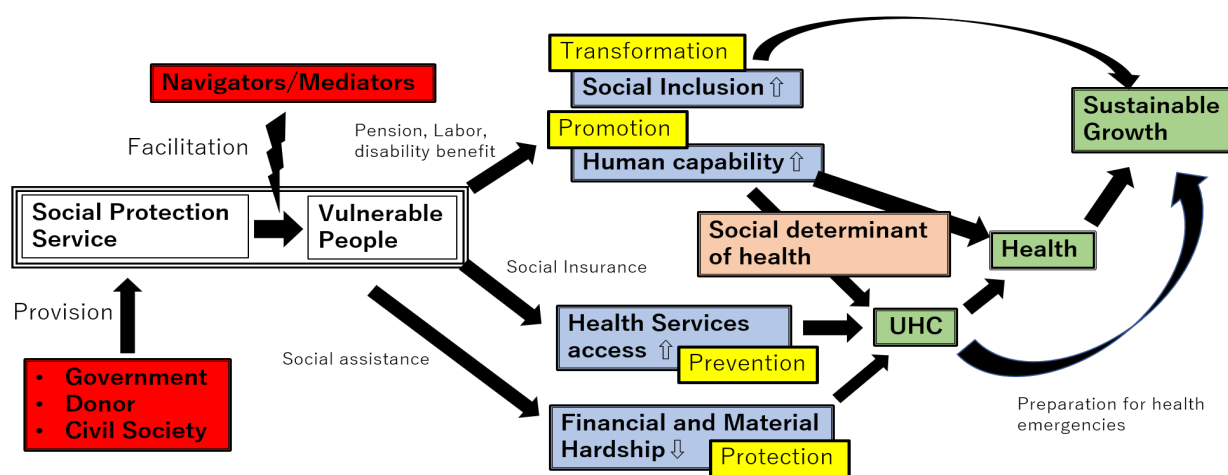
「アジア地域におけるVulnerable Populationに対するSocial Protection and Basic ServiceとUHCの関連性の検討と現状調査」

研究分担者 明石秀親 研究開発法人国立国際医療研究センター国際医療協力局
協力研究者 藤田雅美 研究開発法人国立国際医療研究センター国際医療協力局
横堀雄太 研究開発法人国立国際医療研究センター国際医療協力局

研究要旨

当研究では、アジア各国において UHC を達成するための課題として、“脆弱な人々に対する社会保障”をテーマに挙げた。研究方法は、まず社会保障の世界的動向について文献レビューを行い、その結果からアジア諸国の状況を把握するための調査を行い、アジア諸国における UHC 達成に向けて、脆弱な人々の健康を改善するための提言を策定することを目指す。1年目は主に国際機関の社会保障政策について文献レビューを行い、以下のように社会保障と健康に関する関連図を作成した。

Association of Social Protection and Health



A. 研究目的

当分担研究では、当研究の全体目標であるそこで本研究では、“2030年までにアジア地域のユニバーサルヘルカバレッジ(UHC)達成に向けて、基礎的医療保健サービスの提供体制や、国民皆保険に関連した保健財政の課題や改善策、および日本からの提案の可能性を検討し、日本が主催する保健関連の国際会議の議題案やその際に

活用可能な情報を提示する“を達成するための具体的な課題として、”社会保障”をテーマに挙げ、「アジア地域における脆弱な人々(Vulnerable Population)に対する社会保障(Social Protection)とUHCの関連性の検討と現状調査」を目的としている。その理由や背景を以下で説明する。

脆弱な人々にフォーカスする理由としては、

6つある。まず、2019 年発刊グローバルモニタリングレポートによると、Service Coverage Index 45 (2000) から 66(2017)へ改善(最大 100)しているが、最も貧困な国においては、進捗が特に遅れていると報告している。保健システムの脆弱性に加え、社会経済要因(貧困や地理的要因)が、基礎的保健サービスのカバレッジを阻害していると分析されており、脆弱な人々へのカバレッジ改善に取り組む必要性を訴えている。第2に、SDGs の前文で、“誰一人取り残さない”、“すべての人々の人権を実現する”と明記されている通り、如何なる身分であっても人権および保健および社会保護への平等なアクセスは、人間の安全保障の観点からグローバルな公平性として保障されるべきであるとされており、WHO 西市太平洋事務所(WPRO)においても”Reaching the Unreached”はWPROの主要な政策の柱である。国際的な課題として公平性の観点からも脆弱な人々は重要である。第3に、脆弱な人々は、新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより大きく被害を受けており、健康危機時においてもこれらの人々を守る方策がUHCを達成する上で重要である。移民による生産人口の増加は、国益に資する。しかし、移民を含む脆弱な人々はコロナのハイリスク人口である。クラスターが発生した事例もあり、感染症による健康危機において、このような人口の感染のコントロールは重要である。第4に島嶼国は気候変動によってより影響を受けており、移民の増加や災害の被害が増加しており、脆弱な人々は最も被害を受けているため、Resilientな保健システム構築の観点から脆弱な人々への対策は重要である。

そして、社会保障にフォーカスする理由としては、以下である。これまで、UHCを達成するために、社会保障一つである医療保険(Health Insurance)にフォーカスしてきたが脆弱な人々を中心とした医療保険に入れない informal sectorでは未だUHCの進捗は遅い。このような人々のUHCをさらに促進するために、医療保険のみならず、幅広い社会保障と健康の関連性が議論されはじめている。

上記の如く脆弱な人々と幅広い社会保障はUHCを進める上でとても重要なトピックと考えるが、現在その両者の関連性をまとめた調査研究は少ない。そこで、当研究では冒頭に述べた通り、「アジア地域における脆弱な人々に対する社会保障とUHCの関連性の検討と現状調査」を研究目的として設定した。さらに、この研究目的を達成するために、さらに以下3つの目標を目指すこととする。

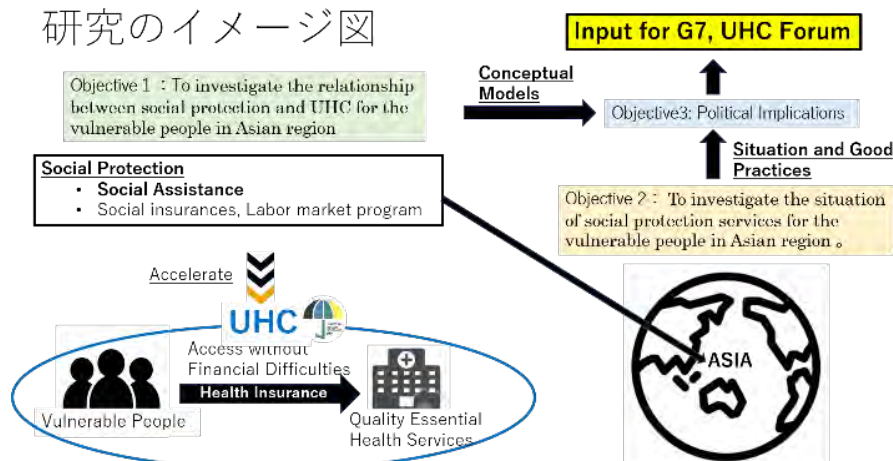
目標1: アジア諸国の脆弱な人々に対する、社会扶助を含むUHCと社会保障の関係に関する概念モデルの開発

目標2: アジア諸国におけるUHC達成に向けて、脆弱な人々の健康のための社会保障の状況調査

目標3: アジア諸国におけるUHC達成に向けて、脆弱な人々の健康を改善するための提言策定

研究成果は、UHC達成に向けた国際会議での議題と日本からの提案を整理するための活用することを目指している。

研究のイメージ図



B. 研究方法

各目標に分けて、以下のように研究方法をまとめる。

目標1：アジア諸国の脆弱な人々に対する、社会扶助を含むUHCと社会保障の関係に関する概念モデルの開発

社会保障と健康のとの関連性について文献レビューを行う。文献レビューは、以下の社会保障関連の文献をまとめているサイトにアクセスし、社会保障を中心的に扱っている国際機関による発行文書を収集する。

Social protection.org:
<https://socialprotection.org/discover/publications>

社会保障を中心的に扱っている国際機関は、上記webseiteで所蔵データが多い以下の国際機関からの国際機関とする。

- WHO
- ILO
- 世界銀行
- OECD
- EU

以下の視点で上記websiteの検索システムによって文献検索を行い分析・整理を行う。

1. 社会保障一般情報：定義、歴史、ニーズ、統計
2. 現在の課題
3. 社会保障政策のインパクト
4. 各国機関での社会保障戦略
5. モニタリング枠組み
6. 脆弱な人々について
7. 社会的連帯経済について

目標2：アジア諸国におけるUHC達成へ向けて、脆弱な人々の健康のための社会保障の状況調査

目標1の文献調査結果を踏まえて、情報のギャップを分析し、各国の社会保障の現状を調査するための調査票を作成する。しかし、コロナの影響で

渡航できない可能性を考えて、作成した調査票によって、日本に滞在中の留学生に遠隔で入手できる情報(ネット情報など)を活用した母国の調査を依頼する。

調査国は、カンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナム、中国、タイ等を想定している。

目標3：アジア諸国におけるUHC達成に向けて、脆弱な人々の健康を改善するための提言を策定する

結果は、各国で脆弱な人々へのUHC促進へ向けて社会保障を広げるためのボトルネックやギャップを分析する。分析結果より、社会保障を拡大するための勧告を提言として提出する。

研究の計画案

年度	研究内容
令和3年度	文献レビューと国別調査票の作成
令和4年度	国別調査の実施と提言の策定

C. 令和3年度の研究結果

文献調査の結果、**総計 141 の文書(Annex を参照)**を抽出し、方法に示した視点を基に、以下のように情報を取りまとめた。

1. 社会保障の一般情報

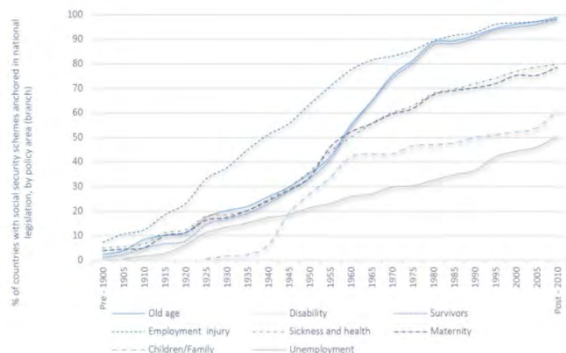
歴史

国際的には、1919年に国際労働機関(ILO)憲章では、「世界の永続する平和は、社会正義を基礎としてのみ確立することができる」と述べており、社会保障制度を整備するための基盤となった。その後1952年に国際労働会議で社会保障協定が採択され、国際社会保障のランドマークとなった。

各国の社会保障制度の構築は、自国の状況や優先順位に応じて、順番にシステムを構築する傾向がある。多くの場合、各国はまず雇用傷害の分野に取り組み、次に高齢年金と障害と遺族給付を導入し、続いて病気、健康、出産保険を導入しました。子供や家族のための給付、失

業給付は、通常、最後に法令として取りまとめられる傾向にある。

各国の社会保障プログラム開発の推移



定義と機能

各組織で以下のように定義している。どの定義も、脆弱な人々や貧困削減のための公共政策であるという定義はしているも、その具体的なサービスの中身は、それぞれ異なる(黄色くハイライトした部分)。定義については、誤訳防ぐために英文の原文そのままで記載する。

UN

Social protection is defined as all measures providing benefits in cash or in kind to guarantee income security and access to health care. Comprehensive social protection systems secure protection from, among other things, lack of work-related income caused by sickness, disability, maternity, employment injury, unemployment, old age or death of a family member, and general poverty and social exclusion; they also ensure access to basic health care, and provide family support, particularly for children and adult dependants. Other

definitions of social protection include access to key services, such as education, social work and social care, as well as other measures, including labour market policies

Social protection measures act as cushions for individuals and families against economic shocks and other life contingencies, and enhance their capacity to manage and overcome the challenges that affect their well-being

WHO

There is no single universally accepted indicator to measure social protection coverage. Commonly, it is measured by focusing on different regimes characterized by the types of life events covered or for whom coverage is intended. Common types of protection include: income security in old age (e.g., old age pensions), income support to the unemployed (e.g., unemployment benefits), health-care protection, and other schemes that include maternity protection and employment injury. Key instruments for social protection include social transfers in cash or in kind (e.g., cash and food transfers, nutritional supplements, public works, food subsidies), access to services, social support, and equity-enhancing legislation エラー! ブックマークが定義されていません。 .

WHO は、健康の社会決定要因と社会保障の関係性で以下(次頁)のように社会保障サービスを分類している。

Table 1. Goals and examples of different types of social protection policies, services or interventions

	GOAL	EXAMPLES
1	Health, social services, and insurance schemes. Governments aim to ensure accessibility to health and other social services to reduce the probability of shocks and its impacts on well-being.	Health services (accessibility, affordability, acceptability, quality), social and community services (day care, homeless shelters, foster care, community social insurance), old age pension schemes (contributory), income support to the unemployed and other schemes including employment injury and maternity protection.
2	Income-only transfers (in cash or in-kind). Social protection measures aim to provide income for basic living (e.g. shelter, food) where people are destitute or suffer losses of income.	Income transfers in cash or in-kind (child support and household allowances), social pensions (non-contributory).
3	Income transfers plus services. Social protection measures aim to enhance people's assets and capability, and ensure economic and social inclusion.	Employment guarantee schemes, asset protection and accumulation schemes, conditional cash transfers.
4	Integrated and transformative approaches. Social protection measures promote equity and social change, addressing the structural causes of deprivation.	Comprehensive approaches targeting vulnerable groups, legislative interventions, and social-empowerment interventions.

Source: Adapted from Barrientos, Niño-Zarazúa and Maitrot (2010).

ILO

Social protection, or social security, is defined as the set of policies and programmes designed to reduce and prevent poverty and vulnerability across the life cycle. Social protection includes nine main areas: (1) child and family benefits, (2)maternity protection, (3)unemployment

support, (4)employment injury benefits, (5)sickness benefits, (6)health protection, (7)old-age benefits, (8)disability benefits and (9)survivors' benefits. Social protection systems address all these policy areas by a mix of contributory schemes (social insurance) and non-contributory tax financed social assistance.

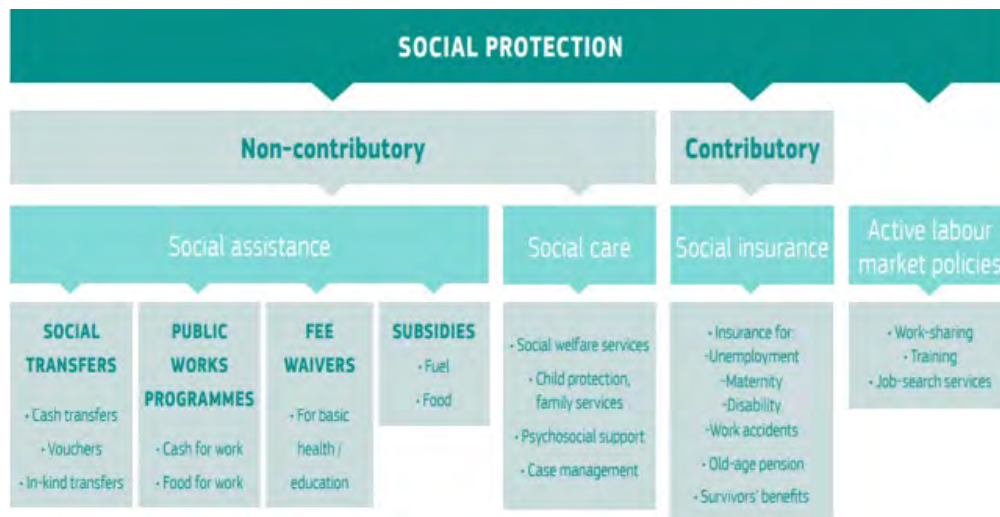
ライフサイクルに則った社会保障サービスに関するILOの整理図



EU

Social protection can be defined as a broad range of public, and sometimes private, instruments to tackle the challenges of poverty, vulnerability and social exclusion.

A broad definition of social protection can include social assistance, social insurance, social care and, in some cases, labor market policies

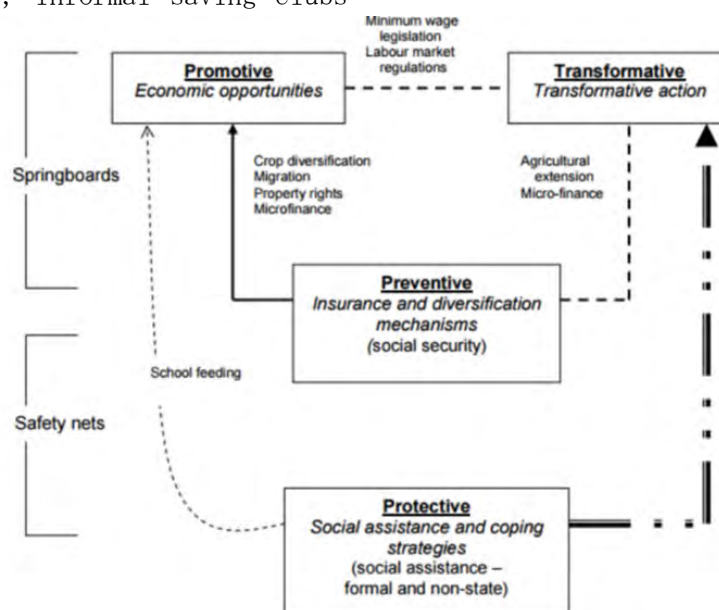


EUはまた、社会保障の政策モデルとした以下のよう4つの要素からなるTransformative Social Protection Frameworkを提唱している。

- ① **Provision**: Provision tools such as social transfers and access to basic social services, particularly for poor individuals and groups who need special care.
- ② **Protection**: Various measures that can be taken in order to prevent deprivation such as social insurance, informal saving clubs

and means of risk diversification.

- ③ **Promotion**: Livelihood support measures that aim to lift people out of poverty, such as microcredit programmes, public works projects and school feeding programmes.
- ④ **Transformation**: Social and political instruments intended to empower the poor and tackle social structures that perpetuate poverty and social exclusion.



世界銀行

Social protection systems, policies, and programs support individuals and societies to manage risk and volatility and protect them from poverty and destitution—through instruments that improve resilience, equity, and opportunity. Social protection consists of public interventions to assist individuals, households, and communities in better managing risk, and to provide support to the critically poor.

世界銀行は、以下3つの要素からなる枠組みを提唱している。

- ① Prevention: Promoting resilience through insuring against drops in well being from a range of shocks. Social insurance programs such as unemployment and disability insurance, old-age pensions, and scalable public works programs are the key sources of resilience. Other complementary programs like crop and weather insurance and health insurance are also essential for resilience. Private and informal arrangements like savings, assets, and family- or community-based support are also extremely important, too.
- ② Protection: Providing equity through protecting against destitution and promoting equality of opportunity.

Social assistance programs, also known as safety net programs, address chronic poverty. Cash transfers and in-kind transfers, such as school feeding and targeted food assistance are included in social assistance programs. These programs also protect poor individuals and families from irreversible and catastrophic losses of human capital (nutrition, health, and education), thereby contributing to equality of opportunity. They also contribute to laying the foundation for equality of opportunity by ensuring families invest enough for their future and their children.

- ③ Promotion: Providing opportunity through promoting human capital in children and adults and “connecting” men and women to a more productive and healthy society. Promoting opportunities are frequently integrated with building resilience and equity. Cash transfers incentivize investments in human capital by promoting demand for education and health and by helping address gender inequalities. Public works programs provide cash payments to the poor while increasing physical capital investments.



また、世界銀行では、社会保障に含まれる具体的なサービスについて、以下のようにまとめている。

世界銀行による社会保障活動の分類

Social protection and labor programs	Objectives	Types of programs
Social safety nets/social assistance (noncontributory)	Reduce poverty and inequality	<ul style="list-style-type: none"> • Unconditional cash transfers • Conditional cash transfers • Social pensions • Food and in-kind transfers • School feeding programs • Public works • Fee waivers and targeted subsidies • Other interventions (social services)
Social insurance (contributory)	Ensure adequate living standards in the face of shocks and life changes	<ul style="list-style-type: none"> • Contributory old-age, survivor, and disability pensions • Sick leave • Maternity/paternity benefits • Health insurance coverage • Other types of insurance
Labor market programs (contributory and noncontributory)	Improve chances of employment and earnings; smooth income during unemployment	<ul style="list-style-type: none"> • Active labor market programs (training, employment intermediation services, wage subsidies) • Passive labor market programs (unemployment insurance, early retirement incentives)

世界銀行による社会扶助活動の具体的な分類

Program category	Program subcategory
Unconditional cash transfers ^a	Poverty-targeted cash transfers, last-resort programs Family, children, orphan allowance, including orphans and vulnerable children benefits Noncontributory funeral grants, burial allowances Emergency cash support, including support to refugees and returning migrants Public charity, including <i>zakat</i>
Conditional cash transfers ^b	Conditional cash transfers
Social pensions (noncontributory) ^c	Old-age social pensions Disability benefits War veteran benefits Survivorship benefits
Food and in-kind transfers	Food stamps, rations, vouchers Nutrition programs (therapeutic, supplementary feeding) School supplies (free textbooks, uniforms) In-kind/nonfood emergency support Other in-kind transfers
School feeding	School feeding programs
Public works, workfare, and direct job creation	Cash-for-work Food-for-work, including food-for-training, food-for-assets
Fee waivers and targeted subsidies	Health insurance exemptions, reduced medical fees Education fee waivers Food subsidies Housing subsidies and allowances Utility and electricity subsidies and allowances Agricultural-inputs subsidies Transportation benefits
Other social assistance	Scholarships, education benefits Social services, transfers for caregivers (care for children, youth, family, working-age, disabled, and older persons) Tax exemptions

統計

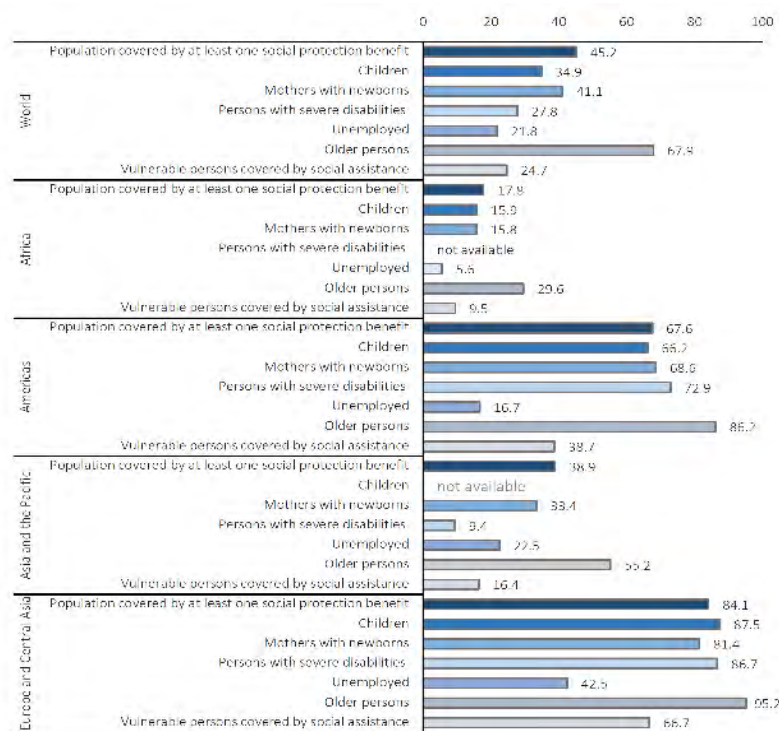
世界社会保護報告書 2017-2019 (ILO 2017)によると、世界人口のわずか 29%しか包括的な社会保障制度にアクセスできておらず、少なくとも 1 つの社会的保護給付を受けることができていないのは、人口の 45%程度である。これは、世界で 40 億人には、全く社会保障のカバーはされていないことを意味する。

社会保障のカバレッジギャップは、世界の地域、国間および国内、および異なる人口グループ間で体系的に異なる。アフリカでは、わずか 18%のカバレッジであるがヨーロッパと中央アジア地域の 84%であり、大きな地域格差がある。また、同じ地理的地域に属する国の間にも大きな格差がある。国の経済発展レベルとカ

バレッジ率の間には確かに正の相関関係があることがわかっているが、それにもかかわらず、同様の経済発展水準にある国々のカバレッジに大きな違いがあることも明らかである。

社会保障サービスへのアクセスは、人口グループによって体系的に異なる。例えば、農村部の人口の医療保険率は大幅に低く、都市人口で 22%が無保険であるのに比較して、農村部では人口の 56%が無保険である。社会年金の大幅な拡大のおかげで、高齢者の 10 人中 7 人近くが社会的保護を受けられるようになったが、児童手当を受給している子どもは 3 人に 1 人しかおらず、重度障害のある人の 4 人に 1 人しか子ども手当を受けていない。

人口別少なくとも 1 つの社会保障サービスのカバレッジ



OECD諸国における社会保障への支出の分析によると、平均して、最も大きな支出テゴリーは老齢年金であり、2019年にはGDPの10.5%に達している。入手可能な最新のデータによると、2017年には社会保障のための資金の半分以上が老齢年金に割り当てられている。ほとんどのOECD諸国は、低所得労働者に対して、より高い代替率(年金制度が収入に代わって退職所得をどれだけ効果的にカバーできるか)を確保することによって老齢貧困から保護することを目指している。社会保障支出の中で2番目に大きいカテゴリは病気と障害給付であり、2019年にはGDPの2.7%の平均だが、ノルウェーのGDPの6.9%からコロンビアの0.01%まで幅がある。日本は、障害年金の適格基準、障害を経験したと報告する生産年齢人口の割合が比較的低いこと、これらのプログラムへの申請、承認、上訴のレベルが低いことなど、複数の要因により、障害と病気に費やしている費用は比較的小さい。家族と子供への支出は3番目に大きな支出カテゴリであり、OECD-EU諸国では平均GDPの1.8%に達し、デンマークではGDPの4.2%からスイスでは0.58%に及ぶ。オーストリア、エストニア、日本、ルクセンブルク、ポーランドは、病気や障害給付よりも家族や子供の手当に多くを費やしている国々であり、平均出生率を改善するために政策的な優先事項となっている。

2. 社会保障における現在の課題

OECDの報告によると、低中所得国における社会的保障の適用率が低い3つの主な理由は、財源、政策設計と実施の詳細、政治経済要因が挙げられると報告されている。また、東アフリカの社会保障政策立案者が直面する7つの主要な課題は、1)最貧困層にリーチするためのラストマイル 2)インフォーマルセクターが多い状況で社会保険を促進する事。3)失業問題、4)人口動態のデータの活用 5)都市部の社会的保障の整備。6)気候変動への適応 7)社会的保障のための資金の増加となっている。

また、データ関連の課題としては、①現在使用されている指標が、入力レベルと出力レベルで量を測定することのみに重点をおきすぎている点 2)包括的な社会保障指標のためのデータの利用可能性の脆弱さ。 3)異なる機関によっ

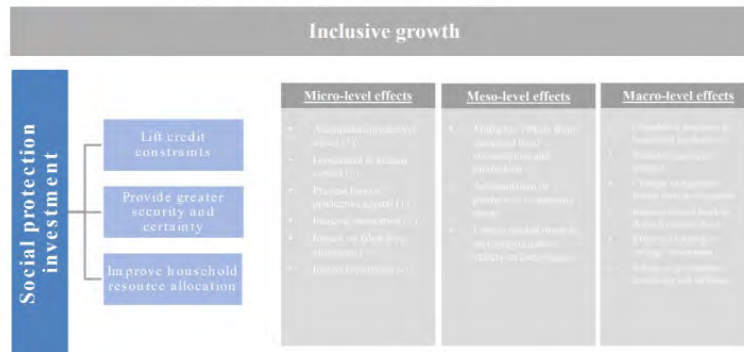
て使用される社会的保護指標の比較可能性と互換性の限定性が挙げられる。

社会保障の実現可能性やその費用の支払い可能性について、アジアとサハラ以南のアフリカの12カ国でILOが実施した一連の調査によると、基本的な社会保障パッケージの総年間費用は、2010年にGDPの2.2~5.7%と試算される。内訳としては、児童手当は、調査対象の大多数の国でGDPの3%弱、貧困層への雇用制度を含む社会扶助のコストは、GDPの1%以下。必要不可欠な医療への普遍的アクセスのコストは、1.5% (アジア) から5.5%(ブルキナファソ)まで幅広いと試算している。多くの低中所得国において、これらの資金調達にはギャップが残っており、財政余地を拡大し、基本的な社会保障を完全に保証するために、さらなる努力が必要である。

3. 社会保障政策のインパクト

包括的社会成長と社会保障の関連

EUは、社会保障が包括的な成長に影響を与える可能性のある3つの主要なチャネルを提唱している。①信用の制約を解消し投資を奨励する。社会保障は銀行融資へのアクセスを容易にし、低所得世帯に信用を拡大することによって、信用制約を緩和することができる。②セキュリティと確実性を高める。社会保障は、家計がリスクに対処し消費と資産を不利なショックから守るのに役立ち、資源のより効率的な使用につながる。③家計資源の配分とダイナミクスを改善する。社会保障は、世帯の時間と資源の配分に影響を与える可能性があり、これは、家庭内の交渉力の変化、教育や児童労働への投資、家計労働の配分、移住の決定に関連する所得の増加に影響を与える。これらのチャネルは、1)個人および世帯(マイクロ)。2)コミュニティ(メソ);3)国家(マクロ)の3つのレベルで作用することができるとしている。



同様に、3つの経済レベルの影響として、世界銀行は、以下の図にあらわされるような社会保障と経済成長の関連図を提唱している。

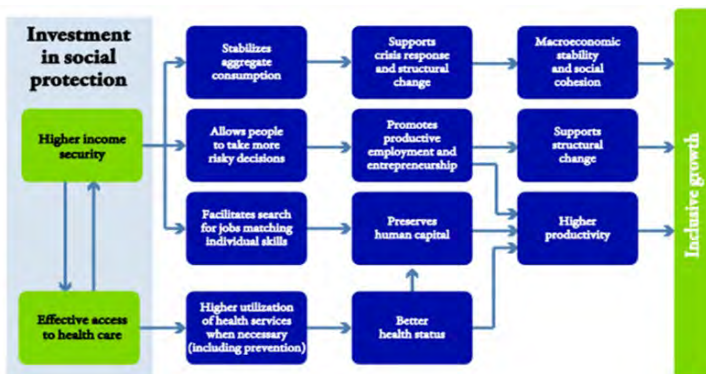
Figure 4: The contribution of social protection to productivity, growth and poverty reduction



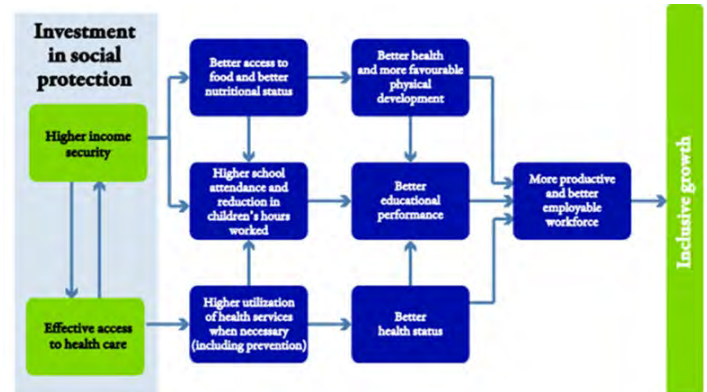
Source: WB, 2012

さらに、ILOは、労働の観点から長期的・短期的視点から、社会保障と包摂的成長の関連性を以下のように整理をしている。

短期的視点



長期的視点



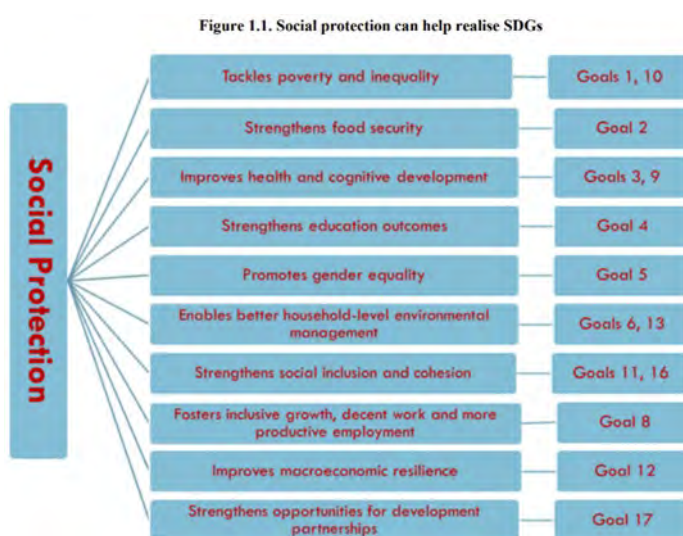
SDG s と社会保障の関連

社会保障は持続可能な開発目標 (SDGs) と密接に関連しており、その経済的および社会的側

面は持続可能な開発を確立する上で極めて重要である。SDGsの17目標のうち少なくとも5目標がこの重要性を反映している(以下の表)。

Sustainable Development Goals and targets with a direct or indirect reference to social protection	
Target 1.3	Implement nationally appropriate social protection systems and measures for all, including floors, and by 2030 achieve substantial coverage of the poor and the vulnerable.
Target 3.8	Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all.
Target 5.4	Recognize and value unpaid care and domestic work through the provision of public services, infrastructure and social protection policies and the promotion of shared responsibility within the household and the family as nationally appropriate.
Target 8.5	By 2030, achieve full and productive employment and decent work for all women and men, including for young people and persons with disabilities, and equal pay for work of equal value. [Social protection is one of the four pillars of decent work.]
Target 10.4	Adopt policies, especially fiscal, wage and social protection policies, and progressively achieve greater equality.

さらに、上記の目標に加えて、社会保障は、飢餓の撲滅(SDG 2)、質の高い教育の促進(SDG 4)、清潔な水と衛生(SDG 6)、手頃な価格でクリーンなエネルギー(SDG 7)などの他のSDGsの達成にも役立つ。さらに、他のSDGsの目標も複雑にリンクされ、社会保障政策によって支えられている。2030アジェンダを達成するためには、社会的・経済的發展における社会保障制度を促進するためのグローバルおよび国家的努力が必要である。



健康と社会保障との関連

国連は、社会保障制度が、いくつかの人権条約（経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（ICESCR）第 12 条など）に含まれる健康への権利に関する義務を遵守する上で国家を助けることができる必須なシステムとしている。達成可能な最高水準の身体的および精神的健康の享受に対する権利は、1946 年世界保健機関（WHO）憲法の前文で最初に認められ、後に世界人権宣言（UDHR）第 25 条および ICESCR で認められた。単に病気や弱さ、または医療へのアクセスがないことを要求するのみではなく、健康への権利は、あらゆるレベルで身体的、精神的、社会的幸福への権利を包含する。より具体的には、ICESCR によると、この権利の完全な実現には、以下の必要な手順を挙げている。

- a) 死産率および乳児死亡率の減少ならびに子どもの健全な発達のための規定
- (b) 環境衛生及び産業衛生のあらゆる側面の改善
- (c) 伝染病、風土病、職業病及びその他の疾病の予防、治療及び管理
- (d) 病気の場合にすべての医療サービスおよび医療処置を保証する条件の創出

WHO では上記 WHO 憲章に加えて、健康の社会決定要因に関する報告の中で、“Social protection is a key determinant of population health and health equity”と示している通り、健康の社会決定要因を通じた健康の増進にとって、社会保障の重要性を認識している。

ILOでは、ILOの健康のための社会保障の定義には、「生産性の低下、収入の減少、または健康障害に起因する必要な治療の費用の減少によって引き起こされる社会的苦痛および経済的損失に対する一連の公的または公的に組織され、義務づけられた私的措置」が含まれる。また、ILOは社会保障とUHCの関連性にも触れており、社会保障の目的は、困窮している人々に不可欠な医療への効果的なアクセスを提供し、それによってユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)を達成することであるとしている。その上で、健康上の利益への効果的なアクセスのために以下の要素が含まれると指摘している。。

- 権利に基づくアプローチ、すなわち法律や契約に根ざしたカバレッジ
- 必要な医療の支払い可能な価格、すなわち財政的苦境や貧困のリスクの増加なし
- 適切な品質の必要な保健サービスの利用可能性
- 財政的保護

EUは、社会保障とUHCの関連を指摘しており、両者は、本質的に様々な形で相互に関連しており、相互に強化し合う効果を生み出すために戦略的に促進することができるとしている。その上で、社会保障の介入プログラムは、1)利用可能性・アクセス可能性・受容性・質の担保を備える必須医療サービスの整備を含む必要があり、2)そのような医療にアクセスできるよう、子ども、十分な収入を得られない就労年齢の人、高齢者のベーシックインカムを保障をするものであるべきとしている。

また、このような介入を進める上での教訓として、1)現場の状況によって進め方は様々なあり、各国の状況を踏まえた方法を模索することが重要である。2)適切かつ公平な資金調達とサービス提供に関して、理論と現実のギャップを認識するべき。3)貧困層を対象とした基本的な支援と、最も裕福な人だけが利用できるより包括的なパッケージを備えた「欠けている中間」の問題も頻繁に遭遇し、貧困層に近い人は非常に脆弱であるため、社会的保護の拡張も考慮するべきとしている。

また、具体的な社会保障がUHCへ貢献する道筋として、以下のように取りまとめている。

(1)Prevention: 社会的保護はより広範な社会保障(年金制度や医療保険などを通じて、健康分野における負のショックを防ぐことができる。

(2)Protection 現金及び現物給付は、疾病時に経験する財政的及び物質的困難を軽減し、既存の医療費補助金を補完することができる。

(3)Promotion: 社会保障政策は、教育、訓練、雇用を通じて生計資産とエンパワーメントに貢献することにより、人間の能力を促進する。これらの介入は、金融資本、人的資本、社会資本

の増加を通じて、保健サービスへのアクセスと利用を促進することができる。

(4) Transformation: 社会的包摂及び女性のエンパワーメントを促進する社会的保護政策は、健康の社会的決定要因に取り組み、アクセス及び利用に対する障壁の軽減に貢献できる変革的な力を有する。実際的には、労働組合が脆弱な人々に声を届ける権限を与えることが含まれる得る。社会内のより広範な態度を変えようとする公衆の意識向上キャンペーンを開始し、特に女性に力を与える政策を実施する。

社会保障の健康危機時の役割について

COVID-19のパンデミックを経験して、社会保障の健康危機時の役割についても、各国国際機関から以下のような指摘がある

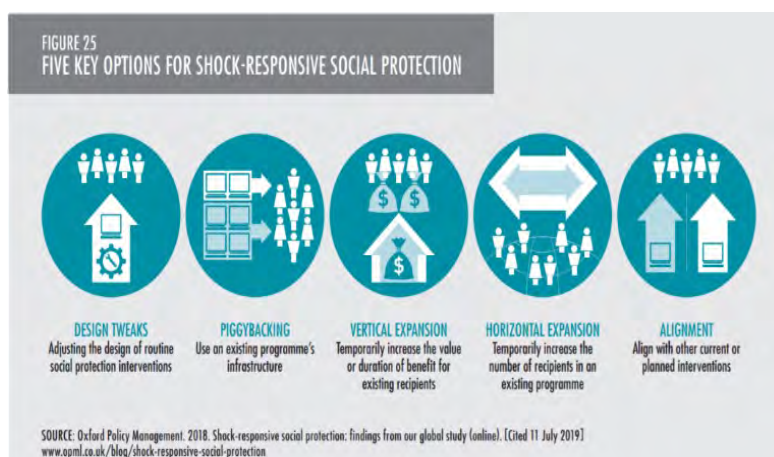
ILO

COVID-19のパンデミックにより、社会保障の対象とならない人々は、COVID-19から回復するための治療、ワクチン接種を受けるための治療、または感染のさらなる拡大を防ぐための検疫へのアクセスがないため、COVID-19危機の間に挫折に苦しんだ。パンデミックにより、社会保障と資金調達のギャップが明らかになり、non-contributory social transferはそのカバレッジギャップを埋めるために大きな役割を果たした。各国はnon-contributory provisionにより「医療へのアクセス、ベーシックインカムを保証、社会扶助を通じた生涯にわたる所得支援の提供、健康と所得の保証に追加的な支援を提供する補完的な政策を利用すること」によって、カバレッジギャップを埋めるための措置を講じた。

WHO

社会保障制度は、健康危機時にレジリエンスを構築する目的で、既存のプログラムを適応させたり、新しいシステムを設計したりすることによって、ショックに対応することができるとする Shock response social protection という概念を提唱。UNやUNICEFも同様の提唱をしている。社会保障プログラムは、以下5つの主要な方法でショック対応性を高めることができると指摘している。

- 1) Design Tweak: 危機の際に定期的なサービスを維持するために、既存の社会保障プログラムの調整設計の調整すること。
- 2) Piggybacking: 既存のプログラムのインフラの活用。具体的には、社会的保護プログラムのデリバリーシステムの構成要素(受益者リスト、支払いシステム、登録システムなど)を、脆弱になる世帯を支援するために個別に管理されたプログラムで使用する
- 3) Vertical Expansion: 既存のプログラムを通じて提供される給付の期間の一時的な拡大により、既存の支援が危機の間も貧困層および脆弱な世帯に届き続けることを可能にすること。
- 4) Horizontal Expansion: 既存のプログラムの受益者の一次的な拡大により、脆弱になった世帯を支援すること
- 5) Alignment: 他のプログラムと整合させること。首尾一貫した長期的社会保障制度の構築に貢献する方法での人道支援の設計と提供である。その目的は、危機から生じる差し迫ったニーズに対処し、慢性的な脆弱性を持つ人々を、彼らのニーズにより適した長期的な支援に移行すること。



4. 各国際機関での社会保障戦略

各国際機関では、以下のような社会保障戦略が存在する。

UN

- A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19
- UN Action plan to strengthen regional cooperation on social protection in Asia and the Pacific

UNICEF

- Global Social Protection Programme Framework

FAO

- FAO Social Protection Framework

WFP

- WFP Strategy for Support to Social Protection

EU

- The Social Protection Committee (SPC)

5. モニタリングの枠組み

主要な開発機関で使用されている社会保障の指標の概要

	Institution (indicator cluster)	Countries
HICs	EC (ESSPROS)	EU member states ^(a)
	EC (SPPM)	EU member states
	OECD (SOCK)	The 34 OECD countries ^(b)
	OECD (SOCR)	The 34 OECD countries and six non-OECD EU countries ^(c)
HICs and LICs / MICs	ILO (SSI)	Depends on indicator – data currently available for over 100 countries covering one or several years
	ILO (SSED)	124 countries
	World Bank (ASPIRE)	Countries that have available household survey data
	ADB (SPI)	27 countries from Asia and Pacific region
	ECLAC (CEPALSTAT)	Programme indicators available for 22 countries from ECLAC region, national-level indicators for 21
LICs/MICs	EU (EU RF)	Partner countries in receipt of EU development assistance
	World Bank (RFs)	Countries to which World Bank provides development financing
	DFID (RF)	Countries receiving support from DFID (28 countries in Africa, Asia and Middle East) ^(d) or supported by multilateral partners ^(e)

① 高所得国用の指標

EUでの指標

○the European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROS) : 社会保障への支出に注目した評価

Indicator	Further information / definition
Input indicators	
Expenditure on social protection by function (sickness/health care, disability, old age, survivors, family/children, unemployment, housing, and social exclusion)	Social protection expenditure includes: <ul style="list-style-type: none"> — social benefits, which consist of transfers, in cash or in kind, to households and individuals to relieve them of the burden of a defined set of risks or needs — administration costs, which represent the costs charged to the scheme for its management and administration — transfers to other schemes; unrequited payments made to other social protection schemes (i.e. transfer of funds by one scheme to reduce the deficit of another) — other expenditure, which consists of miscellaneous expenditure by social protection schemes (payment of property income (normally interests for loans) and other expenditure such as payment of taxes on income or wealth), calculated in current prices expressed using following denominators: <ul style="list-style-type: none"> • as % of GDP • per head of population • per inhabitant.
Expenditure on pensions current prices (% of GDP)	Comprises part of periodic cash benefits under disability, old age, survivors and unemployment functions. Defined as the sum of the following social benefits: disability pension, early retirement owing to reduced capacity to work, old age pension, anticipated old age pension, partial pension, survivors' pension, early retirement benefit for labour market reasons.
Expenditure on care for elderly (% of GDP)	These expenditures cover care allowance, accommodation and assistance in carrying out daily tasks.
Total expenditure on social protection (benefits, administration costs or other expenditure) (% of total expenditure on social protection)	Social protection includes social benefits (transfers, in cash or in kind, to households and individuals to relieve them of the burden of a defined set of risks or needs); administration costs (costs charged to the scheme for its management and administration); other expenditure (miscellaneous expenditure by social protection schemes – payment of interests for loans and other), calculated in current prices.
Output indicators	
Social protection receipts, by type (% of GDP)	Receipts include: <ul style="list-style-type: none"> — social contributions — general government contributions — transfers from other schemes — other receipts.

○Social Protection Performance Monitor (SPPM) dashboard.

年金の代替率と貧困削減へのインパクト

Indicator	Further information / definition
Outcome indicators	
Aggregate replacement ratio	To assess pension adequacy by measuring median individual pension income of those aged 65-74 as % of median individual earnings of population aged 50-59
Impact indicators	
Impact of social transfers (excluding pensions) on poverty reduction	To assess effectiveness of social protection by calculating the percentage point change from previous 'at-risk-of-poverty' level (before the social transfers)
	To assess effectiveness of social protection by measuring share of persons aged 0-59 with an equivalised disposable income below 60% of the national equivalised median income who live in households where working-age adults (18-59) worked less than 20% of their total work potential during the past year

OECDでの指標

○Social Expenditure Database (SOCX)

入力に焦点を当てた指標。プログラムレベルでの公的および(義務的および自発的な)民間の社会支出に関する統計と、純社会支出指標が含まれている

Indicator	Further information/definition
Input indicators	
Social protection benefits (aggregate and by branch of social protection) (as a % of GDP)	Social protection defined as covering eight branches: sickness, maternity, old age, invalidity, survivors, family allowances, work injury, unemployment.

○Social Benefit Recipients (SOCR) database.

さまざまなアウトプットと成果、特に受益者の数と多くの政策分野をカバーするプログラムのカバレッジに関連する指標に焦点を当てている。公的資金(全部または一部)、公的管理のプログラムを対象としている。データベースは40カ国をカバーし、政府が提供する行政データに依存している。

Indicator
Output indicators
Total value of benefits paid (national and by individual programme)
Number of individuals/households receiving social benefits
Outcome indicators
Average monthly payment rates per benefit recipient (by programme)

② 高所得から低中所得国に対する指標

ILOでの指標

○ Social Security Expenditure Database (SSED)

社会保障支出に関する国際的な情報を提供し、全国的に、そして8つのカテゴリによって細分化されている。

Indicator	Further information/definition
Input indicators	
Social expenditure (aggregate, by branch and by individual programme)	<p>Covers following 'branches': old age, survivors, incapacity-related, health, family, active labour market programmes, unemployment, housing, other social policy areas. Also covers cash benefits and benefits in kind.</p> <p>Expenditure expressed using following denominators:</p> <ul style="list-style-type: none"> — current prices in national currency — at constant prices (2005) in national currency — per head, at current prices and current PPP, in US\$ — per head, at constant prices (2005) and constant PPP (2005), in US\$ — as % of GDP — as % of GNI — as % of net national income — as % of total government expenditure.

○ Social Security Inquiry (SSI) database

国家データとスキームレベルのデータの2つのレベルで世界中から統計データを収集。国家レベルでのデータ収集は、社会的保護支出と社会保障制度の領収書に焦点を当て、プログラム/制度レベルでは、支出と領収書、ならびに制度によって提供される受益者と給付に関するデータに焦点を当てている。

SSI データベースの背後にある考え方は、OECD 外で同等の社会的保護統計の欠如に対処することであり、それが EU の ESSPROS や OECD の SOCX などの既存の枠組みと互換性があることを目指している。SSI データベースは、ESSPROS が使用するフレームワークに沿って、彼らが果たす機能、それらが対処するリスクとニーズによってスキームを定義している。

Indicator	Further information/definition
Input indicators	
Total social expenditure (from scheme questionnaires) (as % of total public expenditure)	
Public social protection expenditure excluding health benefit in kind (as % of GDP)	Social expenditure covers social benefits, administration costs, transfer to other schemes and other expenditure relating to all schemes concerning the following functions: old age, invalidity/disability, survivors, sickness and health, maternity, employment injury and occupational disease, unemployment, family and children, housing, basic education, other income support and assistance.
Public social protection expenditure on old age and survivors benefits (as % of GDP)	Old age covers all benefits paid to persons who have withdrawn from the labour market owing to retirement, and benefits are payable to people who meet a certain number of qualifying conditions. Survivors covers the benefit accorded to dependants of a protected person as a result of the death of this protected person.
Public social protection expenditure on benefits for children (as % of GDP)	Function described as 'family and children' in ILO Social Security Inquiry Manual, which 'covers benefits which are provided to families to help meet costs and needs related to child-raising and the support of other dependants. Generally speaking, family benefits are provided for children up to a certain age limit (usually linked to the compulsory school leaving age or the age at which higher studies are completed)'.
Public social protection expenditure on benefits for working age (as % of GDP)	Core employment indicators are broken down by age group (0-14; 15-64; 65+).
Outcome indicators	
Unemployed receiving unemployment benefits (as % of those unemployed)	Unemployed defined as 'those persons who were without work, available for work and seeking work during the reference period'.
Old age pension recipient ratio above retirement age (as % of those above retirement age)	Pension includes means-tested – periodic benefit.

世界銀行での指標

○Atlas of Social Protection Indicators of Resilience and Equity (ASPIRE)

社会的保護と労働市場のパフォーマンスを測定するための比較可能でアクセス可能な指標の包括的なセットを提供することを目的とした国際指標のリポジトリ

Indicator	Further information / definition
Input indicators	
Total programme expenditure on social assistance as % of GDP (overall and by harmonised programme category)	Total programme expenditure includes spending on benefits and on administrative costs
Outcome indicators	
Coverage	(number of individuals in quintile who live in a household where at least one member receives the transfer)/(number of individuals in that quintile)
Overlap and duplication of programmes	% of population receiving no programme or % of beneficiaries receiving one or more different programmes
Average per capita transfer	Average per capita transfer among beneficiaries (daily 2005 PPP US\$); for each household per capita average transfer is estimated as total transfers received divided by household size
Transfer adequacy	Amount of transfers received by a quintile/total income or consumption of beneficiaries in that quintile
Targeting performance (benefit incidence)	(sum of all transfers received by all individuals in the quintile)/(sum of all transfers received by all individuals in the population); includes both direct and indirect beneficiaries
Targeting performance (beneficiary incidence)	(number of individuals in each quintile who live in household where at least one member participates in an SPL programme)/(number of individuals participating in SPL programmes in the population); includes both direct and indirect beneficiaries
Benefit-cost ratios	Reduction in poverty gap obtained for each \$1 spent on SPL programme, calculated as (poverty gap before transfer - poverty gap after transfer)/total transfer amount
Impact indicators	
Impact on poverty gap reduction	Simulated change (%) on poverty gap owing to SPL programmes calculated as (poverty gap pre transfer - poverty gap post transfer)/poverty gap pre transfer
Impact on poverty headcount reduction	Simulated change (%) on poverty headcount owing to SPL programmes calculated as (poverty headcount pre transfer - poverty headcount post transfer)/poverty headcount pre transfer
Impact on inequality reduction	Simulated % change on Gini inequality coefficient owing to SPL programmes computed as (inequality pre transfer - inequality post transfer)/inequality pre transfer

アジア開発銀行での指標

○Social Protection Index (SPI)

社会扶助、社会保険、労働市場プログラムの進捗状況を監視するために、超国家レベルで比較指標を開発する革新的な試み。SPI は、貧困層や脆弱な人々への支出、カバレッジ、分布、影響に関する情報を収集することにより、アジア太平洋地域の国々の「社会的保護プログラムを評価、測定、比較する」ことを支援することを目的としている。

Indicator	Further information / definition
Input indicators	
SPI (aggregate – all types of social protection)	The SPI can be interpreted as social protection expenditures per potential beneficiary as % of per capita poverty line expenditures calculated by total social protection expenditures per total reference population ²⁰ divided by a regional poverty line ²¹ .
SPI (disaggregated – by type of social protection: social assistance, social insurance or labour market programmes)	The disaggregation of SPI into social assistance, social insurance and labour market programmes uses a similar formula to the one above but, although total expenditures on social protection is easily disaggregated into the three categories, the reference population for each is different. See below for the example for social insurance: $SPI_{SI} = (SI \text{ expenditures} / SI \text{ beneficiaries}) \times (SI \text{ beneficiaries} / SI \text{ reference population}) \times (SI \text{ reference population} / \text{all SPI reference populations}) \times 1 / \text{poverty line}$ (NB Third term is a population weight representing weight of social insurance reference population relative to total weight of all SP reference populations.)
Expenditure on poor	SPiP gauges total expenditures per poor beneficiaries as a ratio of the total reference population (both poor and non-poor). There is a population-weighting term that enables adding SPiP and SPiNP to equal SPI as a whole. This is why, when the denominator of the total reference population is used for both SPI formulations, summing the two ratios will give the SPI itself.
Expenditure on non-poor	SPiNP gauges the ratio of total expenditures per non-poor beneficiaries as a ratio of the total reference population (both poor and non-poor). There is a population-weighting term that enables adding SPiP and SPiNP to equal SPI as a whole. This is why, when the denominator of the total reference population is used for both SPI formulations, summing the two ratios will give the SPI itself.
Gender disaggregated SPI	Same method used as for disaggregating beneficiaries by poor and non-poor – providing data are available.
Output indicators	
Depth of coverage	Average benefits received, calculated in terms of expenditures per beneficiary as % of poverty line, with per beneficiary expenditure defined as total expenditure divided by the total number of beneficiaries.
Outcome indicator	
Breadth of coverage	Presented as a %, this is the proportion of potential beneficiaries actually reached, given by the term 'total beneficiaries divided by total reference population'.
Poverty focus indicator	Assesses social protection effectiveness, by comparing the proportion of social protection expenditures going to the poor (relative to those going to the total reference population) with the national poverty rate. If, for example, the proportion of social protection expenditures going to the poor were 60% of the total and the national poverty rate were 50%, the poverty focus indicator would be $60/50 = 1.20$.

Economic Commission of Latin Americaでの指標

○ CEPALSTAT

ECLAC は CEPALSTAT を通じて情報を収集している。情報は、プログラムレベルと公的社会支出の両方で収集され、社会保障はそのうちの1つの構成要素を表す。

Indicator	
'Programme-level indicators'	'National level indicators'
Input indicators <ul style="list-style-type: none"> — Programme budget — Programme expenditure Output indicators <ul style="list-style-type: none"> — Programme coverage (number of households, individuals) — Minimum and maximum transfer levels (by household and per capita) 	Input indicators <ul style="list-style-type: none"> — Per capita public expenditure on social security (absolute and as a % of GDP) — Public expenditure on social security as a percentage of total public expenditure — Public expenditure on social security as a percentage of total public social expenditure

③ 低中所得国に対する指標

EUによる指標

○The Development and Cooperation Results Framework (EU RF, 2015)

世界的な開発の進展に対するEUの貢献度を測定することを目的としている。指標は3つのレベルを中心に構成されており、アウトプット、アウトカム、最終影響につながるインプットとプロセスの概念に対応している。レベル1指標はパートナー諸国における最終的な開発の進展(中長期的な開発成果または影響)、レベル2指標は産出量および成果およびEUの組織的パフォーマンス、レベル3指標はEUが他のレベルがカバーする生産、成果および影響をカバーしている。

Indicator	Further information/definition
Input indicators	
Share of EU-funded international cooperation and development assistance directed towards supporting human development	
Output indicators	
Number of food insecure people receiving assistance through social transfers supported by EU	Agriculture and food security indicator Level 2 in EU RF (development outcome and outputs) – reflects the fact that food and nutrition security is one of the EC's entry points to social protection
Number of people who have benefited from VET/skills development and other active labour market programmes with EU support	Employment and social protection indicator Level 2 in EU RF (development outcome and outputs)
Outcome indicators	
Share of older persons receiving pensions	Employment and social protection indicator Level 1 in EU RF (global development progress – impact)
Proportion of employed people living below \$1.25 (PPP) per day	Employment and social protection indicator Level 1 in EU RF (global development progress – impact)

Department for International Development (DFID), United Kingdomでの指標

○DFID's RF

DFIDが自身の戦略的優先事項とMDGsに沿って、(全体的に)達成しようとしている成果に対する進捗状況を監視するために使用されるもの。二国間の国別プログラムと多国間組織へのDFID資金の両方を通じて、さまざまな社会保障措置の進捗状況を監視し、これらの指標をプログラムレベルから集約する。このフレームワークは、インプット-アウトプット-アウトカム-インパクトフレームワークに相当する4つのレベルを中心に構成されている。

Indicator	
'Level 2 bilateral indicators'	'Level 2 multilateral indicators'
Output indicators <ul style="list-style-type: none"> Number of people benefiting from DFID-supported cash transfer programmes Impact indicators <ul style="list-style-type: none"> Number of people achieving food security through DFID support 	Output indicators <ul style="list-style-type: none"> Number of people provided with food Number of school children receiving school meal and take-home rations Number of women and children provided with food and nutritional support

世界銀行での指標

○World Bank Results Framework

世界銀行が資金を提供する特定の社会保障活動を監視するための多数のプロジェクト/プログラム関連の指標。これらの指標は、プロジェクト評価文書(PAD)や実施完了および結果報告書(ICR)など、世界銀行が資金提供するプロジェクトの結果フレームワークで使用される。主要業績評価指標は、プログラム目標に向けた成果または影響の達成における進捗状況を測定および監視するために特定される。各プロジェクトには異なる目的があるため、使用される特定の指標は大きく異なる。リベリアで最近世界銀行が資金提供しているプロジェクトから、「基本的な国家セーフティネットデリバリーシステムの重要な構成要素を確立し、極端に貧しく食糧が不安定な世帯に所得支援を提供する」ことを目的とした指標の例を以下に示す。

Indicator	
'Project development objective indicators'	'Intermediate results indicators'
Output indicators <ul style="list-style-type: none"> Number of households with complete data records registered in the single registry Number of direct project beneficiaries, disaggregated by female-headed households and male-headed households Outcome indicators <ul style="list-style-type: none"> Proportion of cash transfer beneficiaries who eat at least one meal a day Proportion of cash transfer beneficiary households in the target counties below the extreme poverty line Proportion of project beneficiaries satisfied with project interventions 	Output indicators <ul style="list-style-type: none"> Number of social protection programmes in the country utilizing the single registry Outcome indicators <ul style="list-style-type: none"> Proportion of cash transfer beneficiaries with payment tracking records logged in the MIS Proportion of grievance and redress cases raised under the social cash transfer programme recorded in the MIS Proportion of cash transfer beneficiaries receiving the intended quarterly cash transfers Proportion of cash transfer beneficiaries receiving at least one information, education and communication nutrition session Proportion of cash transfer beneficiaries with at least one information, education and communication IEC session on home gardening Impact indicators <ul style="list-style-type: none"> Proportion of cash transfer households demonstrating improved nutrition

（参考）特定の人口における社会保護と健康

○貧困と社会保障

OECDは以下のように報告している。今日、世界銀行は社会保障を投資と表現しており、世界中の経済学者は経済成長を社会保障に厳密に結びつける信頼できる証拠を構築している。社会保障は人的資本やその他の生産的投資を促進し、生産的なリスクを冒す家計の能力を強化し、生計と雇用を高め、国政経済の強靱性を高め、貧困層に利益をもたらす経済改革のための社会的結束と機会を構築する。社会保障は、政府にとって裁量的な選択肢ではなく、むしろ貧困に効果的に取り組み、包摂的な成長を促進するための政策枠組みの不可欠な要素である。ミレニアム開発目標を成功裏に達成した国々からの証拠は、権利に基づくアプローチが、行政的、社会的、政治的、特に経済的コストを最小限に抑えながら、貧困世帯により効果的に届き、社会保障が最大の成長と発展を生み出すことを可能にすることを示している。さらに、エビデンスに基づく社会保障プログラムは、国の特定の文脈の中でプログラムを慎重に根付かせながら、成功への教訓から効果的に引き出すことができる。これにより、貧困削減を維持するだけでなく、地方レベルでの成長プロセスを強化する。国家政策レベルでは、分野横断的な開発枠組みの中で社会保障政策と手段を計画することは、つながりを最大化し、そのようなプログラムが貧困、脆弱性、社会的排除に取り組むという中核的な目的を超えて他の開発部門を強化することを可能にする。これが、社会保障が貧困撲滅に必要な包摂的な成長を刺激する方法である。

アジアでは、公共支出の主要な構成要素は年金と健康に関するものであり、関連する社会保険タイプの給付のほとんど定期雇用に結びついているため、支出は貧しい世帯よりも貧しい世帯ではなく、女性よりも男性に利益をもたらす可能性が高い。社会扶助給付は、特にこれらが十分にターゲットを絞っている場合、最も貧しい世帯に有効である。しかし、社会扶助支援は、幅広い世帯を貧困から救い出すのに十分ではない可能

性があり、多くの脆弱な低所得世帯は、社会的保護給付をほとんど受けていない。広範な補償範囲を持つ非拠出年金制度の役割が高まっている。

5. 脆弱な人々について

世界銀行は、社会扶助の対象となる人口について優先付けをすることが、限られた資源を有効に活用する上で重要であるという観点から、130か国以上における経験に基づいて分析・検討を行った¹。その結果、適切な優先付けの方法を選択は目的と状況によること、優先付けのコストに留意が必要であること、包摂的な供給システムの運用が適用と除外の正確性を高める上で重要であること、科学技術は正確性の向上に貢献し得るが万能ではないこと等を明らかにした。

WHO西太平洋地域事務局は、新型コロナの影響を受けやすい脆弱な人々として以下の9人口集団を挙げた²。①ホームレス、②スラムや密集した住宅に住む人々、③難民、④移住労働者、⑤障がい者、⑥閉鎖施設に収容されている人々、⑦遠隔地に居住する人々、⑧困窮者、⑨脆弱性が集積している人々。

国連は、新型コロナ禍において最も社会経済的な影響を受けやすく特に留意が必要な人口集団として、上記の9人口集団に加え、女性、高齢者、子供と若者（とくに女性）、先住民、マイノリティ、HIV等の基礎疾患を持つ人々、長期化した紛争等により章句量危機に直面している人々、LGBT等の差別や排除を受けている人々等を挙げている³。

6. 社会的連帯経済について

社会保障、社会扶助のカバレッジが、依然として低いレベルにとどまっている中、近年、社会的連帯経済（Social and Solidarity Economy: SSE）が注目されている。2022年6月のILO総会で討議される予定の社会的連帯経済に関する定義案は以下のとおりである。

¹ Grosh, Margaret, Phillippe Leite, Matthew Wai-Poi, and Emil Tesliuc, editors. 2022. Revisiting Targeting in Social Assistance: A New Look at Old Dilemmas. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-1814-1.

² WHO Regional Office for the Western Pacific (2020). Actions for consideration in the care and protection of vulnerable population groups from COVID-19: Interim Guidance

³ United Nations (2020). A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19.

SSE encompasses institutional units with a social or public purpose, engaged in economic activities on the basis of voluntary cooperation, democratic and participatory governance, autonomy and independence, whose rules limit or prohibit the distribution of surplus. SSE units may include cooperatives, associations, mutual societies, foundations, social enterprises, self-help groups and other units operating in accordance with SSE values and principles in the formal and the informal economies (ILO 2022).

社会的連帯経済を担う組織は、以下の三つの方法で社会保障の拡大に貢献している⁴。

- i) インフォーマル経済の労働者を含めた構成員が、啓発活動、アドボカシー、集団登録等を通じて国の社会保障システムにアクセスできるように支援すること
- ii) 国の社会保障システムの一部として保健医療サービス、社会的ケア、住居支援等のサービスを提供すること
- iii) 国の社会保障システムから委託された行政事務手続きを担うこと

社会的連帯経済は、脆弱な人々の社会保障アクセス改善にも大きな役割を果たし得る⁵。社会的連帯経済を担う組織は、協同行動をととして機会 (Opportunity) を作り出し、相互扶助をととして保護 (Protection) を拡大し、会員制の民主的な運営をととして個人とコミュニティのエンパ

ワメントを図る。

世界的には、これまで南欧やラテンアメリカ諸国における社会的連帯経済に関する取組みが注目されてきたが、他の地域においても類似の実践やその潜在力が存在することが認識されている。アジア地域においては、ILOが「アジアにおける社会的連帯経済強化」プロジェクトを実施しており、その第1フェーズ(2019-2021)として、中国、インドネシア、日本、マレーシア、フィリピン、韓国において、現状分析と研修プログラムが実施された⁶。第2フェーズ(2021-2023)として、カンボジア、キルギスタン、ラオス、モンゴル、タイ、ベトナムで同様の活動が進行中である。

D. 考察&結論

主に WHO, UN, ILO, 世界銀行、EU, OECD を中心に社会保障についてのレビュー結果について整理をした。これらの情報を統合し、社会保障と UHC の関連について以下のような図をしてまとめた。COVID-19 の項で触れたように、社会保障サービスが脆弱な人々へ届けられるためにはギャップがあり、脆弱な人々を適切な社会保障サービスへつなげるナビゲーターが必要である点も含めて図にまとめている。近年注目されている社会的連帯経済の担う組織は、脆弱な人々が社会保障及び保健医療サービスにアクセスする上でのナビゲーターとしてだけでなく、Protection, Prevention, Promotion, Transformation に関しても重要な役割を果たし得る。この図を基にして、今後国別調査で使用する調査票の策定を今後行っていく予定である。

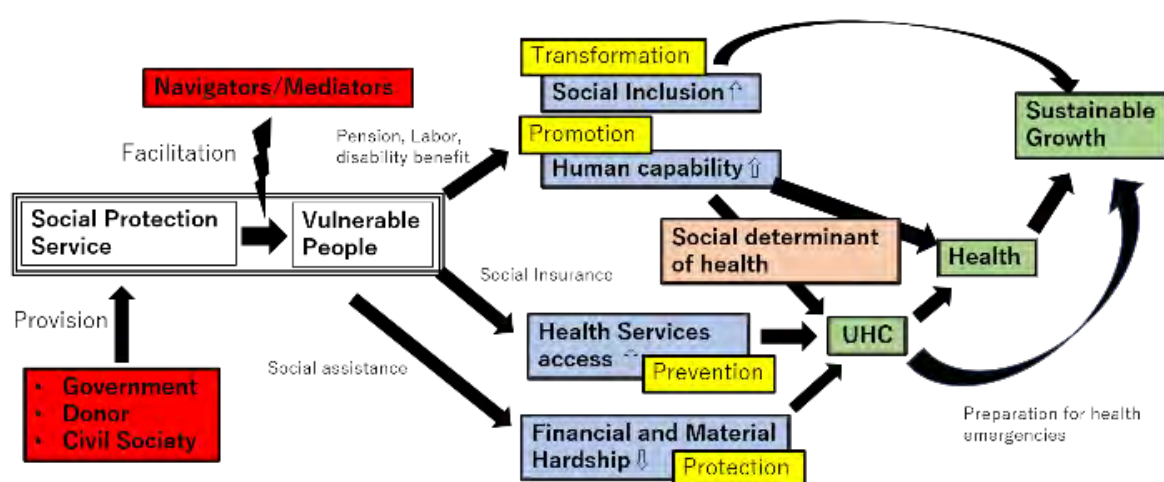
⁴ ILO (2022). Social protection & cooperatives spotlight: Mobilizing social and solidarity economy units towards universal social protection.

⁵ UN Inter-agency Taskforce on Social and Solidarity Economy

(UNTFSSSE) (2020). What role for the SSE in the Post COVID-19 Crisis Recovery?: UNTFSSSE Statement.

⁶ ILO (2022). Strengthening the Social and Solidarity Economy in Asia.

Association of Social Protection and Health



E. 引用文献

脚注および Annex 参照

F. 研究発表（学会発表、論文発表）

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし

Annex: Reference

1. International Labour Organization. Social Protection Platform. Accessed January 17, 2022. <https://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action;jsessionid=DtgFYKGdueBmNs9IHFrvjlGrgCa9C2tN0gMX2pRpnG7TJdaZEa-e!-2033066120?id=2839>
2. International Labour Organization. World Social Protection Report 2017–19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals. ILO, Geneva; 2017. Accessed January 23, 2022. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf
3. International Labour Organization, World Social Protection Report 2014/2015: Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice. ILO, Geneva, 2014. Accessed January 24, 2022. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245201.pdf
4. International Labour Organisation. Universal Health Protection: Progress to Date and the Way Forward. ILO, Geneva, 2014. Accessed January 23, 2022. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=46598>
5. International Labour Organization. World Social Security Report 2010/11: Providing Coverage in Times of Crisis and Beyond. ILO, Geneva, 2011. Accessed January 28, 2022. www.ilo.org
6. International Labour Organization. Universal Social Protection for Human Dignity, Social Justice and Sustainable Development. ILO, Geneva, 2019. Accessed February 3, 2022. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_673680.pdf
7. ILO. Addressing the Global Health Crisis: Universal Health Protection Policies. International Labour Organization; 2014. Accessed January 23, 2022. www.ilo.org/publns
8. Scheil-Adlung X, Kuhl C. Addressing Inequities in Access to Health Care for Vulnerable Groups in Countries of Europe and Central Asia. ILO, Geneva, 2011. Accessed February 11, 2022. www.ilo.org/publns
9. International Labour Organization. Extending Social Protection to Migrant Workers, Refugees and Their Families: A Guide for Policymakers and Practitioners. ILO, Geneva, 2021. Accessed February 22, 2022. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=57584>
10. International Labour Organization. ILO Global Estimates on International Migrant Workers Results and Methodology. ILO, Geneva, 2021.
11. International Labour Organization. Resolution Concerning the International Classification of Status in Employment (ICSE), Adopted by the Fifteenth International Conference of Labour Statisticians. ILO, Geneva, 1993. Accessed February 22, 2022. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/normativeinstrument/wcms_087562.pdf
12. International Labour Organization. Towards Solid Social Protection Floors? The Role of Non-Contributory Provision during the COVID-19 Crisis and Beyond. ILO, Geneva, 2021.
13. International Labour Organization. Social Protection for Migrant Workers: A Necessary Response to the Covid-19 Crisis. ILO, Geneva, 2020. Accessed February 21, 2022. <https://www.heldi.news/geneva-solutions/covid-19-puts-gulf-migrant-workers-in-dangerous-situation>
14. International Labour Organization. Extending Social Health Protection: Accelerating Progress towards Universal Health Coverage in Asia and the Pacific. ILO, Geneva, 2021. Accessed February 21, 2022. <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/documents/>

publication/wcms_831137.pdf

15. Durán-Valverde F, Pacheco-Jiménez JF, Muzaffar T, Elizondo-Barboza H. Financing Gaps in Social Protection Global Estimates and Strategies for Developing Countries in Light of the COVID-19 Crisis and Beyond. ILO, Geneva, 2020. Accessed February 22, 2022. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.
16. Scheil-Adlung X. Global Evidence on Inequities in Rural Health Protection: New Data on Rural Deficits in Health Coverage for 174 Countries. ILO, Geneva, 2015. Accessed February 22, 2022. www.ilo.org/publns
17. Commission E, for Employment SA, Inclusion, Corsi M, Crepaldi C, Samek Lodovici M. Ethnic Minority and Roma Women in Europe: A Case for Gender Equality? Publications Office; 2010. doi:doi/10.2767/35311
18. EUROSTAT. People at risk of poverty or social exclusion. Published 2011. Accessed February 19, 2022. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/sdg_01_10
19. Scheil-Adlung X. Response to health inequity: the role of social protection in reducing poverty and achieving equity. Health Promot Int. 29(S1). doi:10.1093/heapro/dau030
20. International Labour Organization. Social protection & cooperatives spotlight: Mobilizing social and solidarity economy units towards universal social protection. ILO, Geneva, 2022.
21. International Labour Organization. Strengthening the Social and Solidarity Economy in Asia. ILO, Geneva, 2022.
22. Organization of Economic Co-operation and Development, Social Protection, <https://doi.org/10.1787/3ddf51bf-en>
23. Aurino, E. and Guinti, S. Guidance Package on Social Protection across the Humanitarian-Development Nexus' (SPaN2019). European Commission. Operational Note No.6: Health and Education, Brussels, 2019, <https://socialprotection.org/discover/publications/span-2019-operational-note-no6-health-and-education> .
24. Muir, T. "Measuring social protection for long-term care", OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing, Paris, 2017, <https://doi.org/10.1787/a411500a-en>.
25. European Commission. Tools and Methods Series, Concept Paper N° 4: Supporting Social Protection Systems, European Commission, Brussels, 2015, <https://europa.eu/capacity4dev/iesf/documents/supporting-social-protection-systems> .
26. Rim, J. and C. Tassot. "Towards universal social protection: Lessons from the universal health coverage initiative", OECD Development Policy Papers, No. 20, OECD Publishing, Paris, 2019, <https://doi.org/10.1787/bae641e2-en> .
27. Organization of Economic Co-operation and Development. Social Protection System Review: A Toolkit, OECD Development Policy Tools, OECD Publishing, Paris, 2018, <https://doi.org/10.1787/9789264310070-en> .
28. European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. and Applica sprl. Attitudes towards Adequacy and Sustainability of Social Protection Systems in the EU. LU: Publications Office, Brussels, 2020, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/04757> .
29. European Commission. Tools and Methods Series Reference Document No. 26: Social Protection across the Humanitarian-Development Nexus. A Game Changer in Supporting People through Crises. European Commission, Brussels, 2019, <https://socialprotection.org/discover/publication/s/tools-and-methods-series-reference-document-no-26-social-protection-across>

30. European Parliament resolution of 19 January 2017 on a European Pillar of Social Rights (2016/2095(INI)).
31. Muñoz De Bustillo Llorente, R., Fernandez Macias, E. and Gonzalez Vazquez, I., Universality in Social Protection, EUR 30483 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2020
32. European Commission. Social Protection across the Humanitarian-Development Nexus: A Game Changer in Supporting People through Crisis (Summary). European Commission. Brussels, 2019, Available at: <https://socialprotection.org/discover/publications/social-protection-across-humanitarian-development-nexus-game-changer>
33. European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations. Social Protection: Delivering on Humanitarian Emergencies and Crises. European Commission. Brussels, 2018, Available at: <https://socialprotection.org/discover/publications/social-protection-delivering-humanitarian-emergencies-and-crises>
34. Directorate-General for International Cooperation and Development European Commission. Indicators to measure social protection performance: implications for European Commission programming. Luxembourg: European Commission. Brussels, 2017. Available at: <https://socialprotection.org/discover/publications/indicators-measure-social-protection-performance-implications-european>
35. BASTAGLI, F. Feasibility of social protection schemes in developing countries. European Commission, Brussels, 2013, Available at: <https://socialprotection.org/discover/publications/feasibility-social-protection-schemes-developing-countries>
36. European Commission. Does shock-sensitive social protection promote gender equality? Outcomes from the Lab Debate, European Development Days. European Commission, Brussels, 2018, <https://socialprotection.org/discover/publications/does-shock-sensitive-social-protection-promote-gender-equality-outcomes-lab>
37. Organization of Economic Co-operation and Development. Social Protection in East Africa: Harnessing the Future, OECD Publishing, Paris, 2017, <https://doi.org/10.1787/9789264274228-en>.
38. Directorate-General for International Cooperation and Development European Commission. Tools and Methods Series Concept Paper 4 – Supporting Social Protection Systems. European Commission, Luxembourg, 2015, Available at: <https://europa.eu/capacity4dev/t-and-m-series/documents/concept-paper-4-supporting-social-protection-systems>.
39. Social Cohesion Unit of the OECD Development Centre. Lessons from the EU-SPS Programme: Implementing social protection strategies. OECD Development Centre, Paris, 2019, <https://socialprotection.org/discover/publications/lessons-eu-sps-programme-implementing-social-protection-strategies>
40. Kolev, A. and C. Tassot. "Can investments in social protection contribute to subjective well-being?: A cross-country analysis", OECD Development Centre Working Papers, No. 332, OECD Publishing, Paris, 2016, <https://doi.org/10.1787/5jlz3k7pqc5j-en>.
41. Organization of Economic Co-operation and Development. "Breakdown of government spending by functions of social protection and health (COFOG)", in Government at a Glance 2021, OECD Publishing, Paris, 2021, <https://doi.org/10.1787/d03766ca-en>.
42. Organization of Economic Co-operation and Development. "Special feature: Government expenditures by functions of social protection and health (COFOG)", in Government at a Glance 2019, OECD Publishing, Paris, 2019, <https://doi.org/10.1787/44cf0982-en>.

43. Organization of Economic Co-operation and Development. "Special feature: Structure of general government expenditures by functions of social protection and health (COFOG)", in Government at a Glance 2017, OECD Publishing, Paris, 2017, https://doi.org/10.1787/gov_glance-2017-23-en .
44. Baptista, I., Marlier, E., Spasova, S., Peña-Casas, R., Fronteddu, B., Ghailani, D., Sabato, S. and Regazzoni, P. Social protection and inclusion policy responses to the COVID-19 crisis. An analysis of policies in 35 countries, European Social Policy Network (ESPN). Publications Office of the European Union. Luxembourg, 2021, Available at: <https://socialprotection.org/discover/publications/social-protection-and-inclusion-policy-responses-covid-19-crisis-analysis>
45. European Commission. Social Protection Committee Indicators Sub-group: Portfolio of EU Social Indicators for the Monitoring of Progress Towards the EU Objectives for Social Protection and Social Inclusion. European Commission, Brussels, 2015, <https://socialprotection.org/discover/publications/portfolio-eu-social-indicators-monitoring-progress-towards-eu-objectives>
46. Nolan A, Aid I. Social Protection in the Context of HIV and AIDS. OECD, Paris, 2009, https://www.researchgate.net/publication/254734198_Social_Protection_in_the_Context_of_HIV_and_AIDS .
47. Directorate-General for Employment, S. A. and I. Annual Review of the Social Protection Performance Monitor (SPPM) and Developments in Social Protection Policies: Report on Key Social Challenges and Key Messages. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2020, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/700431> .
48. Directorate-General for Employment, S. A. and I. Pension Adequacy Report: Current and Future Income Adequacy in Old Age in the EU. Volume 1. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2021, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/013455> .
49. Directorate-General for Employment, S. A. and I. Monitoring of the Council Recommendation on Access to Social Protection for Workers and the Self-Employed. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2020, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/313469> .
50. Directorate-General for Employment, S. A. and I. Mutual Learning Workshops on Access to Social Protection for Non-Standard Workers and Self-Employed: Final Report. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2020, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/916670> .
51. European Commission. EU sets out plans for adequate, safe and sustainable pensions. European Commission, Brussels, 2012, <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=1194&furtherNews=yes>
52. Smith G. SPaN (2019) Operational Note No.4: Operations. European Commission. Brussels, 2019. Available at: <https://socialprotection.org/discover/publications/span-2019-operational-note-no4-operations>
53. The Grand Bargain Cash Workstream Sub-Group on Linking Humanitarian Cash (HC) and Social Protection (SP). CASE STUDY 3: Implementation of linked Humanitarian Cash and Social Protection interventions in response to COVID-19. Learnings on Linking Humanitarian Cash & Social Protection. European Union, Brussels, 2021. Available at: <https://socialprotection.org/discover/publications/implementation-linked-humanitarian-cash-and-social-protection-interventions> .
54. Kolev, A. and La, J. OECD DEVELOPMENT CENTRE Working Paper No. 344: Financing the extension of social insurance to informal economy workers: The role of remittances. OECD. Paris,

2021. Available at: <https://socialprotection.org/discover/publications/financing-extension-social-insurance-informal-economy-workers-role-remittances>
55. MacDonald, D., C. Prinz and H. Immervoll. "Can disability benefits promote (re)employment?: Considerations for effective disability benefit design", OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 253, OECD Publishing, Paris, 2020. <https://doi.org/10.1787/227e7990-en> .
56. EMN/OECD. EU and OECD Member States responses to managing residence permits and migrant unemployment during the COVID-19 pandemic - EMN-OECD Inform. European Migration Network, Brussels, 2020. <https://emn.ie/publications/eu-oecd-member-states-residence-permits-migrant-unemployment-covid-19-inform/>
57. European Commission. Sustainable inclusion of migrants into society and labour market, European Commission, Luxembourg, 2019. <https://socialprotection.org/discover/publications/sustainable-inclusion-migrants-society-and-labour-market>
58. European Commission. Operational Note No.8: Vulnerable Groups. EU 'Guidance Package on Social Protection across the Humanitarian-Development Nexus' . European Commission. Brussels, 2019. <https://socialprotection.org/discover/publications/span-2019-operational-note-no8-vulnerable-groups>
59. European Commission. SHARE Evidence review - Low pay and in-work poverty: preventative measures and preventative approaches. European Commission, Brussels, 2016. <https://socialprotection.org/discover/publications/evidence-review-low-pay-and-work-poverty-preventative-measures-and>
60. Michael Samson, 2013. How are countries using social protection to benefit the poor?. OECD, Paris, 2013. https://www.researchgate.net/publication/300264569_How_are_countries_using_social_protection_to_benefit_the_poor
61. Organization of Economic Co-operation and Development. A Decade of Social Protection Development in Selected Countries, OECD Publishing, Paris, 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264272262-en> .
62. Organization of Economic Co-operation and Development. "Expanding the coverage of social protection and health services for better migration and development outcomes", in Interrelations between Public Policies, Migration and Development, OECD Publishing, Paris, 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264265615-9-en> .
63. Directorate-General for Employment, S. A. and I. Long-Term Care Report: Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society. Volume I. LU: Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2021. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726> .
64. Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B. and Coster, S. Inequalities in access to health care. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN). European Commission. Brussels, 2018. Doi 10.2767/371408
65. Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Region. Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU. European Commission, Brussels, 2009. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=754&newsId=619&furtherNews=yes> .
66. Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. and Vanhercke, B. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN). European Commission, Brussels, 2018.
67. Social Protection Committee and the European Commission. Adequate social protection for

r long-term care needs in an ageing society. European Union, Luxemburg, 2014.

68. Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Region. COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT: Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options. EUROPEAN COMMISSION, Brussels, 2013.

69. DAVAKI, K.. Access to maternal health and midwifery for vulnerable groups in the EU. Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs, Directorate General for Internal Policies of the Union. European Commission, Brussels, 2019. <http://www.europarl.europa.eu/committees/en/supporting-analyses> .

70. Justina, L. Monitoring and Evaluating Social Protection Systems. OECD Development Centre, Paris, 2019. <https://socialprotection.org/discover/publications/monitoring-and-evaluating-social-protection-systems>

71. Organization of Economic Co-operation and Development. Can Social Protection Be an Engine for Inclusive Growth?, Development Centre Studies, OECD Publishing, Paris, 2019. <https://doi.org/10.1787/9d95b5d0-en>.

72. European Commission. Concept paper n° 5: Indicators to measure social protection performance. Implications for EC programming, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2017. <https://europa.eu/capacity4dev/t-and-m-series/documents/concept-paper-ndeg5-indicators-measure-social-protection-performance-implications-ec>.

73. World Health Organization. (Social protection: shared interests in vulnerability reduction and development. World Health Organization Geneva, 2012. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44876>

74. World Health Organization & International Labour Organization. (2006). What is the impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85629>

75. FAO, UNICEF, WFP and WHO. 2019. Placing Nutrition at the Centre of Social Protection. Asia and the Pacific Regional Overview of Food Security and Nutrition 2019. Bangkok, FAO

76. WHO Regional Office for the Western Pacific. Actions for consideration in the care and protection of vulnerable population groups from COVID-19: Interim Guidance. WPRO, Manila, 2020.

77. World Bank. Bangladesh Social Protection Public Expenditure Review. WB, Washington D. C. 2021

78. World Bank. Sourcebook on the Foundations of Social Protection Delivery Systems. WB, Washington D.C. 2020

79. World Bank 2020 Investing in People – Social Protection for Indonesia's 2045 Vision. WB, Washington D.C. 2020

80. World Bank. The Role of Social Protection in Building Protecting and Deploying World Bank 2020 Human Capital in the East Asia and Pacific Region. WB, Washington D.C. 2020

81. World Bank. Protecting People and Economies Integrated Policy Responses to COVID-19. WB, Washington D.C. 2021

82. World Bank. The Labor Market and the COVID-19 Outbreak in Vietnam Impacts and Lessons Learned for Social Protection. WB, Washington D.C. 2021

83. World Bank. Social Protection Response to the COVID-19 Crisis in the Dominican Republic. WB, Washington D.C. 2021

84. World Bank. The Cost of Staying Healthy. WB, Washington D.C. 2020
85. World Bank. State of social safety nets. WB, Washington D.C. 2018
86. World Bank. Social registries for social assistance and beyond. WB, Washington D.C. 2017
87. World Bank. RESILIENCE, EQUITY, AND OPPORTUNITY The World Bank's Social Protection and Labor Strategy. WB, Washington D.C. 2022
88. World Bank. Rules, Roles and Controls Governance in Social Protection with an Application to Social Assistance. WB, Washington D.C. 2022
89. World Bank. West Bank and Gaza Emergency Social Protection COVID-19 Response Project. WB, Washington D.C. 2020
90. World Bank. Monitoring & Evaluation and Accountability Systems – Manual for a Leadership and Transformation Curriculum on Building and Managing Social Protection Floors in Africa. WB, Washington D.C. 2017
91. World Bank. Safety Nets How to Toolkit. WB, Washington D.C. 2019
92. ISPA – Inter-Agency Social Protection Assessments. Core Diagnostic Instrument (CODI). 2014
93. World Bank. Measuring the Effectiveness of Social Protection. WB, Washington D.C. 2018
94. World Bank. Pakistan Social Protection Policy Notes. WB, Washington D.C. 2011
95. World Bank. Kosovo Social Protection and Health Expenditure Note. WB, Washington D.C. 2018
96. World Bank. Botswana Social Protection Assessment. WB, Washington D.C. 2013
97. World Bank. Financing Social Protection in Tanzania. WB, Washington D.C. 2018
98. World Bank. 360 Resilience A Guide to Prepare the Caribbean for a New Generation of Shocks Adaptive Social Protection in the Caribbean Building Human Capital for Resilience. WB, Washington D.C. 2021
99. World Bank. Inventory of social protection programs in Myanmar. WB, Washington D.C. 2015
100. Grosh, Margaret, Phillippe Leite, Matthew Wai-Poi, and Emil Tesliuc, editors. Revisiting Targeting in Social Assistance: A New Look at Old Dilemmas. WB, Washington D.C, 2022. doi: 10.1596/978-1-1814-1.
101. United Nations Research Institute for Social Development. Poverty Reduction and Policy Regimes, Thematic Paper, Social Protection and Poverty. UNRISD, Geneva, 2010
102. United Nations Research Institute for Social Development. Social Protection and Human Rights. UNRISD, 2021. <https://socialprotection-humanrights.org/about/>
103. United Nations. Promoting Inclusion through social protection. UN, New York, 2018.
104. United Nations Economic and Social Commission for Western Asia. A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19. UNESCWA, Beirut, 2020.
105. United Nations. A flexible modelling approach to nowcasting and forecasting Arab multidimensional poverty. UN, New York, 2021.
106. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Action plan to strengthen regional cooperation on social protection in Asia and the Pacific. UNESCAP, Bangkok, 2021.
107. United Nations. Affordable housing and social protection systems for all to address homelessness. UN, New York, 2019.
108. United Nations Economic and Social Commission for Western Asia. Changes in public expenditure

- nditure on social protection in Arab countries. UNESCWA, Beirut, 2017.
109. United Nations Department of Economic and Social Affairs. COVID-19 and a primer on shock-responsive social protection systems. UNDESA, New York, 2020
 110. United Nations. Economic empowerment through inclusive social protection and poverty reduction strategies. UN, New York, 2013
 111. Lars Osberg. Economic insecurity and well-being. UNDESA, New York, 2021
 112. United Nations. Emerging issues: social protection. UN, New York, 2020
 113. United Nations Economic and Social Commission for Western Asia. Enhancing fiscal capacity to attain the millenium development goal: financing social protection. UNESCWA, Beirut, 2012
 114. United Nations. Enhancing social protection and reducing vulnerability in a globalizing world. UN, New York, 2000
 115. United Nations. Financing Social Protection. UN, New York, 2016.
 116. Friedrich Ebert Stiftung. Global fund for social protection: international solidarity in the service of poverty eradication. FES, Geneva, 2021.
 117. UN Commission on the Status of Women. High-level interactive dialogue among ministers on building alliances for social protection systems, access to public services and sustainable infrastructure for gender equality and the empowerment of women and girls. UNWomen, New York, 2019.
 118. United Nations. In-depth review of statistics on social protection. UN, New York, 2014.
 119. United Nations Economic and Social Commission for Western Asia. Inclusive Social Development. UNESCWA, Beirut, 2015,
 120. UN Commission on the Status of Women. Interactive expert panel on harnessing synergies and securing financing. UNWoman, New York, 2019
 121. United Nations. MANAGING RISKS POSED BY FOOD INSECURITY THROUGH INCLUSIVE SOCIAL POLICY AND SOCIAL PROTECTION INTERVENTIONS. UN, New York, 2008.
 122. United Nations. Affordable housing and social protection systems for all to address homelessness. UN, New York, 2020.
 123. United Nations Economic and Social Commission for Western Asia. PARTICIPATION AND SOCIAL PROTECTION IN THE ARAB REGION. UNESCWA, Beirut, 2014
 124. United Nations Economic and Social Commission for Western Asia. Priority issues in achieving social development in the Arab region – Extending social protection to persons with disabilities and informal workers in the agricultural sector. UNESCWA, Beirut, 2015.
 125. United Nations. Promotion and protection of human rights: human rights questions, including alternative approaches for improving the effective enjoyment of human rights and fundamental freedoms. UN General Assembly, 2019
 126. United Nations Economic and Social Commission for Western Asia. Role of Social Protection Information Systems in Expansion of Cash Transfer Programmes during Covid-19 Pandemic: Experience from Selected Arab Countries. UNESCWA, Beirut, 2021.
 127. United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Social programmes, poverty eradication and labour inclusion Lessons from Latin America and the Caribbean. UNECLAC, Santiago, 2019.
 128. Barrientos, A. 'Social Protection and Poverty', Social Policy and Development Programme Paper, no. 42, United Nations Research Institute for Social Development, Geneva, 2010.

129. United Nations. Social protection as a means for achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development. UN, New York, 2018.
130. United Nations. Social Protection Country Profile. UN, New York, 2016.
131. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Social protection floors and economic and social rights. UNOHCHR, New York, 2014
132. United Nations Economic and Social Commission for Western Asia. Strengthening Social Protection for Persons with Disabilities in Arab. Countries. UNESCWA, Beirut, 2017.
133. United Nations. Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons. UN New York, 2020
134. United Nations. Thematic Brief Social Protection. UN, New York, 2021.
135. United Nation. Global Social Protection Programme Framework. UN New York, 2019.
136. S. Nazrul Islam, Hoi Wai Jackie Cheng, Kristinn Sv. Helgason, Nicole Hunt, Hiroshi Kawamura, and Marcelo LaFleur, with inputs from Kenneth Iversen and Alex Julca. Variations in COVID strategies: determinants and lessons. UNDESA, Geneva, 2020
137. Stephen Devereux and Rachel Sabates-Wheeler. “Transformative social protection”, IDS Working Paper 232, INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES, UN, New York, 2018. <https://www.ids.ac.uk/download.php?file=files/dmfile/Wp232.pdf>
138. United Nations. A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19. UN New York, 2020.
139. UN Inter-agency Taskforce on Social and Solidarity Economy. What role for the SSE in the Post COVID-19 Crisis Recovery?: UNFSSE New York, 2020
140. International Labour Organization. Social protection & cooperatives spotlight: Mobilizing social and solidarity economy units towards universal social protection. ILO, Geneva, 2022.
141. International Labour Organization. Strengthening the Social and Solidarity Economy in Asia. ILO, Geneva, 2022.

厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「2030 年までの Universal Health Coverage 達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究」
令和 3 年度 分担研究報告書

「新型コロナパンデミックが各国の UHC 達成に及ぼす影響」

研究分担者 岡本悦司 福知山公立大学 地域経営学部医療福祉経営学科

研究要旨

【目的】WHO は 2030 年を目標年として UHC 達成を加盟国に推進しており、その達成状況を国ごとに測定する指標まで作成して定期的にモニタリング報告書も刊行している。しかしながら 2020 年からの新型コロナパンデミックは世界経済に甚大な影響を及ぼしており UHC 達成にも相当な影響があると思われるが、その影響の程度は国によって様々であろうと予想される。また阻害要因となるだけでなく逆に促進要因にもなる可能性もあり、国ごと状況より新型コロナパンデミックを逆に UHC 達成への促進要因とする方策を模索する。

【方法】各国の UHC 達成と新型コロナパンデミックとの関連を関連キーワードによる検索によって文献と WHO の UHC モニタリング報告書より各国のサービスカバー率指数 (SCI) を収集し、新型コロナパンデミックの各国の UHC 推進への影響を分析する。

【結果】オーストラリア、ブラジル、パキスタン、タイ、イスラエル、イタリア、の 6 か国をとりあげた。わずかな患者負担であっても重大な受診抑制を招く、という医療経済的な法則から UHC は新型コロナパンデミックに対する対策としてきわめて重要であるという認識は多くの国で高まり、その意味で UHC 達成に対する政府と民両方の促進要因となる可能性が示唆され、一部の国では当初計画された UHC が前倒しされた例もあった。また既に UHC 達成済の国でも、不法移民や一部の宗教集団等、UHC といってもユニバーサルに全国民をカバーしておらず「抜け穴」となる集団が存在したり、感染症対策を困難にする状況も明らかになった。しかしながら、UHC を有する国がそうでない国より新型コロナ蔓延が少なかったというエビデンスまでは得られなかった。

【結論】新型コロナパンデミックが UHC の達成を阻害することを WHO の最新モニタリング報告書は懸念しているが、逆にコロナ禍が UHC を前倒しした、という例もあった。危機においては平時には困難な改革が可能になる、という歴史的な例もあり、新型コロナ対策と UHC 推進を一体的に行うことにより、パンデミックを阻害ではなく促進要因とする方策を模索すべきである。

A. 研究目的

WHO は 2030 年を目標年として UHC 達成を加盟国に推進しており、その達成状況を国ごとに測定する指標まで作成して定期的にモニタ

リング報告書も刊行している。

しかしながら 2020 年からの新型コロナパンデミックは世界経済に甚大な影響を及ぼしており UHC 達成にも相当な影響があると思われ

るが、その影響の程度は国によって様々であろうと予想される。また阻害要因となるだけでなく逆に促進要因にもなる可能性もあり、国ごと状況より新型コロナパンデミックを逆に UHC 達成への促進要因とする方策を模索する。

B. 研究方法

各国の UHC 達成と新型コロナパンデミックとの関連を関連キーワードによる検索によって文献と WHO の UHC モニタリング報告書より各国のサービスカバー率指数 (SCI) を収集し、新型コロナパンデミックの各国の UHC 推進への影響を分析した。

＜倫理的配慮＞

公開情報のみを用いたので該当しない。

C. 研究結果

2020 年から始まった新型コロナの世界的流行 (パンデミック) は医療と経済に甚大な影響を及ぼしているが、逆に新型コロナ大流行によって、UHC の必要性への認識が高まり、UHC 普及促進に役立つ可能性もある。南アフリカの研究者らは、イギリスの NHS 導入やアメリカのニューディール政策を例にあげ「UHC 達成を新型コロナ流行の終息後まで待つことは推奨できない。むしろ危機を好機ととらえて UHC 達成を加速させるべし」と主張している^[1]。

新型コロナ流行により、世界が UHC の必要性の認識を高める理由は、以下のようなものが考えられる。

●患者負担による受療抑制を防止

利用者負担はたとえわずかな額であっても、受診を多く抑制する。たとえばケニアの例では学童の除虫剤に \$0.3 の負担を導入したら、利用は 80% も減少した、とされる (逆にイギリスが 1948 年に医療国営化を導入し、無料受診とするとサービス利用は急増したという歴史的教訓がある。日本でも 1973 年の老人医療無料化によって病院が老人サロン化した、という教訓を有している)^[2]。

ガーナでは、患者が公的病院のトイレを使うのに使用料を徴収している。このため、貧困者は症状がでてでも病院にゆかない傾向があった。たとえ隔離が必要でも入院費用を負担しなけ

ればならない、となると隔離指示に従わない者もでてくる。そのためガーナはそれまで徴収していた入院費用を要隔離者については徴収しない、ことにした。こうした問題に対する対策は明らかである。政府は公的資金の投入を増やすことで、患者負担を抑える必要がある。

[3]

●医療逆分配の法則の緩和

医療の逆分配の法則 (inverse care law) とは、1971 年にハートがランセットに掲載した論文^[4]でとりあげた法則で「ある集団の医療のニーズと提供される医療の量とは逆比例する、すなわちその医療を最も必要とする集団に対してそうした医療の供給は最も少ない。この問題は、医療を市場原理に委ねると深刻になり、逆に市場原理を小さくすることによって改善することができる」というもの。この論文は 200 年の Lancet 誌の中で最も影響の大きい論文であったといわれる。

逆分配を抑制するには、医療を市場原理にまかせず、所得再分配機能をもたせるとともに、必要とする集団に必要な医療が供給されるような介入が必要となる。その政策手段としては、公的保険を主体とする UHC を達成することが有効であることを意味する。

●地域、人種そして階層格差の縮小

国内における、地域、人種そして階層間の貧富格差が大きい国においては、その格差を縮小させるため、公的な所得再分配機能を制度化する必要がある。そのためにも、医療を市場に委ねるのではなく、公的医療保険を中心とした UHC の達成が有効といえる。

●医療費の増加は必ずしも UHC の必要性を増さない

意外なことであるが、新型コロナ流行は国全体の医療費の増大には必ずしもつながらない。エコノミスト誌調査部の推計によると、世界の経済規模の大きい 60 か国の医療費総額は 2020 年には 1.1% 減少した、とみられている。むしろ新型コロナそのものに対する医療費は嵩むが、患者の受診控えや緊急を要しない医療の延期のため新型コロナ以外の医療費は急減した。一般に医療費は景気後退に強い部門とされる。たとえばリーマンショック後の 2009 年の 60 か国の GDP は 1.8% 減少したが、医療費は逆に 2.8%

増加した。今回の新型コロナによる世界経済への影響はリーマンショックをはるかに上回るのは確実だが、医療費はわずか1.1%減少にとどまっている。^[5]

各国の対応

以下にいくつかの国における新型コロナ対策とUHC達成、あるいは達成済の場合は新型コロナ流行によって明らかとなった問題点の実情を十分なデータが入手できた6か国を取りあげて分析する。^[6]

●オーストラリア——医療逆分配の例とUHCによる政策誘導の例

オーストラリアは他の世界から地理的に離れているため、初期のコロナ対策は概ね成功といえる(2020年5月中旬までの感染者数は6989人、死者は98人とどまった)。また1975年よりUHC達成済(Medicareという単一保険者)。しかしながら、医療機関の大半は民間主体であり、選択的手術の50%は民間医療機関が提供している。コロナ対策でも民間医療機関が3万床のベッドと10万人の医療従事者を治療や隔離のため提供し、10億豪ドルが公的保険から支払われている。

公的保険はメディケアという単一保険者であるが、全国民をカバーしているのではなく永住者以外は対象にならないので、そうした人は民間医療保険に加入するしかない。メディケアに加入している国民であっても、いわゆる「逆分配の法則」が特に精神医療において存在している。

UHCを有するオーストラリアでも、それでも公的医療保険が主体であることは、政府による医療のコントロールを容易にしている。新型コロナ流行に伴って、政府は遠隔診療を重視し、一般医を遠隔受診(電話やビデオ会議)する場合は自己負担を免除する、等の措置がとられた。処遇困難なのは原住民(aboriginal)で、慢性疾患を有する割合が高く重症化しやすい。そこで、原住民の居住地域に緊急PCR検査センターを配置する等の特別対策がとられた。ロックダウン等のコロナ対策の影響は医療よりむしろ経済に大きく、失業対策として“Job Keeper”という所得補償など、オーストラリア史上最大の福

祉政策がとられた。UHCもさることながらuniversal basic income guarantee(ユニバーサル所得補償)の重要性も大きかった。

●ブラジル——貧富、地域そして人種格差が極端な例

貧富格差では世界第9位。2億1000万人の人口(中、印、米、インドネシア、パキスタンについて世界6位)中3000万人は衛生状態劣悪。1140万人はスラム居住であり、三密を避けたり在宅勤務なども無理な状況である。ところが新型コロナ流行が始まった時に経済を優先させてコロナ対策をおざなりにしたため感染爆発にいたった。

1988年より公的医療制度(SUS)はあるが、公的医療機関は2016年以来投資が凍結されてきた(人口カバー率は約75%)。人口1万人当たりICU病床数は先進国並(2.03床)。しかしSUS病院は1.3床に対して民間医療機関は4.45床と社会階層による格差が大きい。地域差も、裕福な東南部は2.58床に対して貧困な北部地域1.23、東北部は1.35しかない。

このような貧困層は新型コロナ流行に対して無防備であり、糖尿病等の慢性疾患の有病率も高いこととあいまって対策を困難にしている。ちなみに2013年に実施された健康調査によると、有病率は学歴とも反比例しており、慢性疾患を一つ以上有する割合は最も教育レベルの高い層では34%、高卒者28%に対して、小学校しか出ていない者では54%もあった。

ブラジルが特異的なことは、刑務所収容人口の多さである。ブラジルは人口では世界第5位だが、刑務所収監者数は77万3000人と3位である。これら収監者の環境も劣悪であり、新型コロナのクラスター発生が懸念されており、事実、複数の暴動が発生している。

●パキスタン——新型コロナ流行でUHC達成を促進させた例^[7]。

パキスタンは人口2億2100万人、世界5位であるが、医療環境は周辺の南アジア各国と比べてもきわめて悪い。医療の受診と質(healthcare access & quality, HAQ)指標ランクは195か国中154位(それでも1990年26.8→現在は37.6と改善した)。医療供給の絶対量

が不足していることに加えて都市部 vs 農村の格差だけでなく、地域間格差もきわめて大きい。政府は「医療国家計画 2016-25」で UHC 達成を最優先課題に位置づけており、2016 年にはまず、貧困層対象の医療保障制度” Sehat Sahulat Program”を開始し、700 万世帯以上をカバー(一世帯年間予算は約 4600 ドル)する等の実績をつんできた。

しかしながら、こうした状況に新型コロナの追い打ちがあり「解決には UHC を達成するしかない」という機運がもりあがってきた。Khyber Pakhtunkhwa 省(人口約 4000 万)は 2020 年 8 月 21 日より新型コロナ対策の一環として全住民をカバーする UHC を導入した(2021 年 1 月 31 日達成、腎移植、ICU もカバー)。地域内の全住民をカバーする UHC としてはパキスタン初であり、全土はカバーする国家目標は 2030 年としている。

●タイ——UHC の「抜け穴」問題

人口は約 6630 万人で 2002 年に UHC 達成済である。

UHC 下で、コロナ対策も概して有効で、感染数や死者数は欧米より比較的低い水準できた(全国の公的医療機関ネットワークが検査や接触者追跡を実施)。

しかし 400 万人を超える違法移民が周辺国から流入しており、こうした人口は UHC の対象相当であり問題となる。コロナ検査は、在留資格とは無関係に受検できる、と PR しているが徹底は十分でない。こうした違法移民は、コロナ拡大の原因となっている。また慢性疾患やリスクも高く、感染すると重症化や死亡リスクが高い。タイのコロナ感染者や死者は、こうした社会の底辺層に集中している。

タイは UHC が比較的良好に普及してきたのでこれまであまり目立たなかったが、コロナ禍は、タイの現在の UHC にも「抜け穴」があることを明らかにした。国全体の平等を実現するためには UHC もまだまだ不十分であるという教訓になった。

●イスラエル——UHC が直面する宗教のカベ

イスラエル(人口約 930 万人)は UHC を達成済で、国民健康保険(NHI)法に基づき、4 つの保険

者がある。新型コロナ対策の面では、政府の迅速な対応(交通遮断、ロックダウン)のおかげで、感染爆発は避けられている(ただし、2022 年 5 月の最新データでは累積感染者率は人口の 50%を超えている)。

4 保険者は、コロナに対するプライマリケアや在宅隔離者に対する遠隔支援を実施。保険者には、緊急を要しない軽症者の監視、ホテルへの搬送等の権限が付与された。イスラエルは人口当たり病床数(人口千人当たり 2.2 床)が OECD 平均(同 3.6 床)より低いため、病床を圧迫させないためにも必要だった。

イスラエルが直面したもうひとつの困難は宗教上の問題であった。難渋したのは超正統派ユダヤ教徒で、社会階層が低い、密集居住(教義により、ソーシャル・ディスタンスを保つことは anathema[鬼門]とされる)、新聞やテレビをみない、といった問題があった。信者は礼拝所(シナゴグ)に集まって、それこそ「密集」して祈禱するので、「密集を避ける」目的で政府が集会を禁止する勧告を出しても従わない上に、強い反発が起こった。

こうした信者の集団に感染症対策を徹底するためには、通常人口とは異なる工夫が必要である上、感染者の収容施設でも、食事制限等の特別な配慮が必要となった。信者は政府の命令より宗教指導者のいうことに従うので、対策を徹底するためには、まず宗教指導者を集めて新型コロナ対策の理由を説明し、彼らから信者を説得してもらう、といった

宗教的にやっかいなもうひとつの集団としてアラブ人(イスラム教、人口の 20%、北部では 54%)であった。この集団は同時に糖尿病等の基礎疾患を有するハイリスク者も多い。アラブ人の医師の協力を得て、言語の壁を超えて浸透する等の対応が必要だった。

外国人(25 万人、人口の約 3%以下)は NHI の対象外であり、言語面のみならず政府への警戒心も強いため対応困難であり、また検査を受けることへの抵抗も強かった。不安を取り除き安心して受診してもらえるよう、全保険者と医療機関に「非 NHI 患者でも無償で治療し、入管局職員への通報はしない」ことを確約させて対処した。

最後に最も困難な集団として売春婦があげ

られる。2008 年以来売春婦の健康対策のための移動クリニックが稼働していたが、コロナのため閉鎖になったので、売春婦人口はコロナのみならず性感染症し等あらゆるリスクが集中する集団となっている。

●イタリアー—緊縮財政や民営化による国営医療の脆弱化

イタリアは人口約 6000 万人と日本の半分だが、高齢化率は 25%と日本に次いで世界最高である。人口の 4.2%が絶対的貧困層となっている。国営医療 (SSN) は 1978 年設立され、受診時の自己負担なし。貧困者もカバーし、医療による貧困転落や受診阻害を防いでいる。しかし近年は財政緊縮の影響 (対 GDP 比 2018 年 6.6%→2020 年 6.4%)、段階的な民営化が進んでいる。

イタリアは UHC の完備した先進国ではあるが、初期の新型コロナの被害は甚大であった。病院機能が崩壊に瀕するなか、人口 5 万人ごとに在宅ケア提供を目的に設置されている「継続的支援特別部門 (平均して人口十万人当たり年間 16696 回の訪問診療を提供している)」が、コロナ陽性だが入院を必要とせず在宅監視下の軽症者の観察と支援を提供した。

処遇困難な集団は約 60 万人 (人口の 1%) の不法移民である。彼らは SSN の対象外でかかりつけ医もなし。そのためコロナ対策から抜け落ち (PCR 検査を受診できない等) ており、「6 か月カード」と呼ばれる短期保険証を交付して、受診できるよう立法化された。近年の財政緊縮や民営化は、結果としてイタリアの医療体制を弱体化させ、新型コロナ対策にとってマイナスであった。

コロナ大流行という危機時にこそ、UHC や社会保障の強化が必要であることをイタリアの経験は示している^[8]。

UHC カバー率指数と COVID-19 パンデミックの影響

各国の UHC 達成への進捗状況 (2030 年までに 80%以上が目標。SDG3. 8. 1) ならびに家計に破滅的な医療費支出 (家計支出の 10%以上の医療費支出。SDG3. 8. 2) をモニターするため WHO は UHC サービスカバー指数 (SCI) を開発した。これは 4 分野にわたる 14 指標からなるもので、WHO 加盟

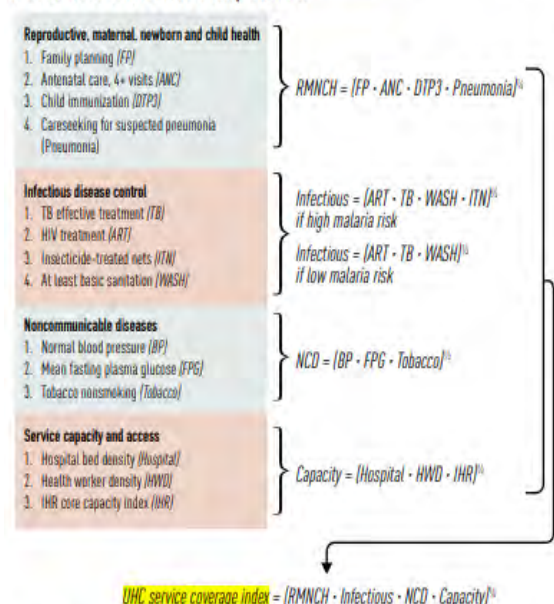
194 か国の 2019 年の数値は 27~89 にわたっている (下図-上)。WHO は 2000 年からの SCI を計測しているが、加盟国全体の数値は年々向上している。4 分野別では感染症の指標の改善が著しい (下図-下)。

今回分析した 6 か国と日本の指標は下図の通りである。最も高い指標はオーストラリアの 87 点、日本は次いで 83 点とされた。最低はパキスタン 45 点であった。

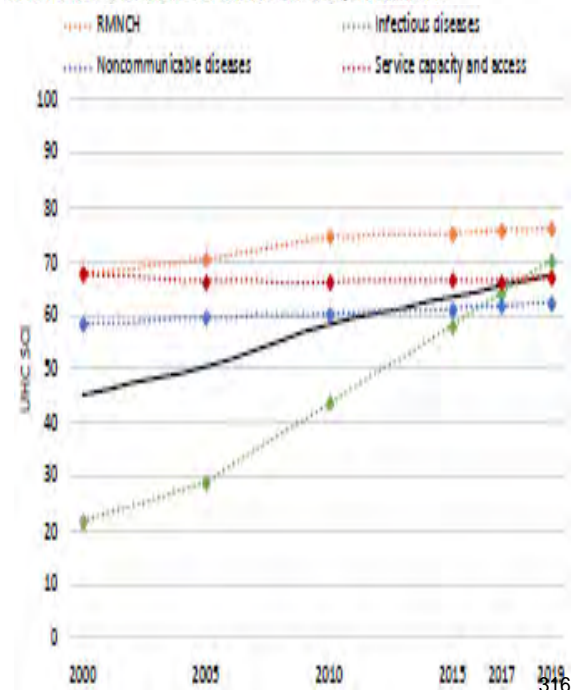
COVID-19 パンデミックと UHC 達成への影響

WHO は 2015 年から隔年で UHC 達成状況のモニタリング報告を刊行しており^[9]、COVID-19 との関連が記載された最新の 2021 年報告から要約する。

FIGURE 1.1 The UHC service coverage index (SCI): summary of tracer indicators and computation



Note: For more detail on UHC SCI calculation methods, see Annex A1.2.



行ラベル	008Australia	023Brazil	081Israel	082Italy	084Japan	123Pakistan	162Thailand
infectious disease							
At least basic sanitation	100	88	100	99	100	60	99
HIV antiretroviral treatment	80	63	75	86	80	8	68
Insecticide treated nets for malaria prevention	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis effective treatment	68	63	69	65	61	64	61
NCDs							
Mean fasting plasma glucose	60	53	67	58	65	39	55
Normal blood pressure	100	93	99	100	100	69	100
Tobacco nonsmoking	71	72	48	53	55	59	59
RMNC							
Antenatal care, 4+ visits	95	91	98	87	98	51	91
Careseeking behaviour for child pneumonia	95	50	97	97	93	84	80
Child immunization (DTP3)	95	89	98	95	99	75	99
Family planning demand satisfied with modern methods	82	88	69	67	60	49	91
SCI							
UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1)	87	79	82	82	83	45	80
SCI components							
infectious disease	82	70	80	82	79	31	74
NCDs	75	71	68	67	71	54	69
RMNC	91	77	89	86	85	63	90
service capacity and access	100	99	93	96	100	38	88
service capacity and access							
Health worker density	100	100	100	100	100	30	70
Hospital bed density	100	100	100	100	100	35	100
International Health Regulations core capacity index	100	96	81	87	100	51	97

WHO が加盟国を対象に実施した「COVID-19 流行下における医療サービスの障害に関する第 2 回調査」によると、回答した 112 か国の 48%がプライマリケアに何らかの障害が生じた、と回答しており、約 6%

の国はプライマリケア提供が 50%以上減少した、と回答した。また報告書の著者らが世界銀行のデータ等から推計した結果によると、新型コロナ流行が始まってからは、世帯が必要な医療を受けられない理由として新型コロナによる受診抑制をあげる世帯割合が 25.4%にもものぼることが判明している。COVID-19 の流行はかつてなかった打撃を世界経済に及ぼしており、ILO の報告によると 2020 年の 1 年間だけで 2 億 5500 万人分の職が失われたと推計されている。世界銀行による電話調査によると、2020 年 4~7 月の間に COVID-19 流行前に職を持っていた人の 36%が職を失い、調査された世帯の 62%が収入減を訴えていた。

D. 考察

COVID-19 パンデミックは、UHC 達成にむけたこれまでの各国の努力を阻害する恐れがあると報告書は指摘する。しかし反面、COVID-19 パンデミックによって医療面でも経済面でも UHC の必要性が全世界に理解されるようになったのも事実であり、パキスタンのようにパンデミックを契機に一部地域の UHC 達成を加速させた

例もあった。むろんパンデミックは、どの国にとっても深刻な試練であることはまちがいないが、大胆な政策は危機時の方が平時より実行しやすい、という歴史的な教訓がある。

引用文献の一つはイギリスの NHS やアメリカのニューディール政策をその例としてあげるが、筆者はさらに、日本での二つの例を追加したい。ひとつは 1923 年の関東大震災、もうひとつは 1959 年の伊勢湾台風である。

関東大震災は東京を中心に大火災が発生し 10 万人以上が犠牲となる大災害だったが、震災復興の過程で大胆な道路拡張や区画整理といった都市計画が推進され、東京の都市機能が強化された(不十分だった地域も 1945 年の戦災によって戦後推進された)。

伊勢湾台風はその名の通り名古屋周辺に死者不明者 5000 人以上もの被害をもたらした大災害であり、大阪と名古屋を結んでいた近鉄も、名古屋側の線路が壊滅的な打撃を受けた。鉄道のレール幅は 2 種類(狭軌と標準軌)あり、近鉄の線路は大阪側が標準軌、名古屋側が狭軌であったため、直通列車を走らせることができず、乗客は大阪と名古屋の中間駅で乗り換える必要があった。台風による被害(沿線に済む社員の多くも被災していた)からの復旧が至上命令ではあったが、近鉄は復旧工事と同時に、レール幅を拡張するという大英断を下した。計画は以前からあったものの達成には数十年かかる

と見込まれていた。それが台風のおかげで、改軌は短期間で一気に実現された。災いを転じて福となす、の古典的な例として日本では今もひきあいにだされる出来事である。

COVID-19 対策は現下の公衆衛生上の最大課題ではあるが、パンデミックが3年目にはいり、もはや UHC なしに有効な対策が不可能である、という世界的なコンセンサスができつつある現在、COVID-19 対策と UHC 達成を組み合わせることを各国に推奨してはどうだろうか？ 「2020 年から始まった COVID-19 パンデミックは人類にとっての大災禍ではあったが、それが世界中の UHC の必要性の理解を高め、2030 年の目標をずっと早めることにつながった」後世の歴史家にそう評されるとしたら、COVID-19 による夥しい犠牲も少しは報われる、と考えられるかもしれない。

E. 結論

危機においては平時には困難な改革が可能になることもあり、新型コロナ対策と UHC 推進を一体的に行い、パンデミックを促進要因とする方策を模索する必要がある。

F. 引用文献

次頁脚注参照

G. 研究発表

学会発表

なし

論文発表

Okamoto, E. Japan's Dental Care Facing Population Aging: How Universal Coverage Responds to the Changing Needs of the Elderly. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 9359.

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/17/9359>

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

-
- ¹ Keith Cloete, et al. Opportunities during COVID-19 towards achieving Universal Health Coverage. *J Glob Health*. 2021 Dec 18;11:03115 [https://jogh.org/documents/2021/jogh-11-03115.pdf]
- ² Robert Yates. In the COVID-19 Era, Healthcare should be universal and free. [https://www.chathamhouse.org/2020/05/covid-19-era-healthcare-should-be-universal-and-free]
- ³ https://www.modernghana.com/news/994287/public-hospitals-collect-toilet-and-urinal-user.html
- ⁴ Julian Tudor Hart. The inverse care law. *The Lancet* :405-11(1971 年 2 月 27 日 [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X])
- ⁵ The Economist Intelligence Unit. Covid-19: the impact on healthcare expenditure.[https://www.eiu.com/n/campaigns/covid-19-the-impact-on-healthcare-expenditure/#mktoForm_anchor]
- ⁶ Efat shadmi, et al. Health equity and COVID-19: global perspectives. *International J of Equity in Health*. 2020;19:104
- ⁷ Rabia Hussain and Sara Arif. Universal Health Coverage and COVID-19. *J of Pharmaceutical Policy and Practice*. 2021,14;23
- ⁸ Benedetta A, et al. COVID-19: Universal health coverage now more than ever. *J of Global Health* 2020 Jun; 10(1): 010350
- ⁹ WHO, World Bank. 2015 Monitoring Report [https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/786208/retrieve] 2017 Global Monitoring Report. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf] 2019 Monitoring Report [https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1255038/retrieve] 2021 Global Monitoring Report [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/events/tracking-universal-health-coverage-2021-global-monitoring-report_uhc-day.pdf]

厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「2030 年までの Universal Health Coverage 達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究」
令和 3 年度 分担研究報告書

「太平洋島嶼国の UHC サービスカバレッジの進捗に関する研究」

研究分担者 野村 真利香 医薬基盤・健康・栄養研究所国際栄養情報センター

研究要旨

【目的】WPRO 加盟国のうち、太平洋島嶼国の UHC サービスカバレッジ指数を抽出し、特徴と課題を明らかにする。

【方法】Global Monitoring Report on Universal Health Coverage 2021 の Annex 3 UHC service coverage index, its four components and tracer indicators by country, 2019 から WPRO 加盟国の UHC サービスカバレッジ指数を抽出し、太平洋島嶼国平均を算出して WPRO 平均と比較した。

【結果】RMNCH63 (WPRO 平均 80)、Infectious Disease66 (WPRO 平均 \geq 80)、NCD38 (WPRO 平均 \geq 80)、サービスキャパシティ 49 (WPRO 平均 64)、UHC サービスカバレッジ指数 53 (WPRO 平均 \geq 80) で、特に NCDs (血圧と空腹時血糖) とサービスキャパシティ (保健人材) の指数が非常に低かった。

【結論】当該地域の主要な健康課題は NCDs で、地域戦略のもと対策が行われているが、保健医療資源の限られた状況においてはコミュニティにより近いレベルでの取り組みが見過ごされてきたという反省がある。WPRO 地域事務局の UHC 達成においては、太平洋島嶼国への取り組みが鍵と考えられる。当該地域の UHC サービスカバレッジの拡大に向けてはプライマリヘルスケアの主流化に関心が寄せられつつあるが、保健システムへの介入だけでなく、人々の行動変容・ヘルスリテラシーに働きかける取り組みが重要と考えられる。

A. 研究目的

UHC とは「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」ことを意味し、すべての人が経済的な困難を伴うことなく保健医療サービスを享受することを目指している(1)。持続可能な開発目標 (SDGs) においてもゴール 3 (健康と福祉) の指標 3.8 において、「すべ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医療

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。」ことが掲げられている。

SDGs は、SDGs Indicators によってその進捗がモニタリングされている。前述の SDGs 指標 3.8 は、①必須保健サービスカバレッジ (指標 3.8.1) と②高額な保健医療支出をした世帯の人口の割合 (家計の総支出または総収入に占める、

健康関連支出が大きい人口の割合と定義される、いわゆる Catastrophic out-of-pocket payments (破滅的医療費負担))

(指標 3.8.2) の 2 面で測定している (2)。この SDGs 指標 3.8.1 必須保健サービスカバレッジについては、「トレーサー (追跡) 指標 (tracer indicators)」として UHC サービスカバレッジ指数

(The UHC service coverage index: UHSCI) が作成された (3)。①リプロダクティブ・ヘルス・母子保健、②感染症、③NCDs、④サービス提供能力・アクセスの 4 領域 14 指標を合わせて、一般人口と最も不利な立場にある人々のサービスカバレッジ平均で算出した指数が使われている。しかし、国によってデータの有無に差があることや、国によって分野ごとの進捗状況が異なる状況また WHO 地域事務所ごとにも進捗が異なる状況がある (4)。例えば、日本が属している Western Pacific Region Office

(WPRO) 加盟国の進捗は 2000 年から改善し続け、6 地域で最も高いスコアとなっているが (5)、WPRO 加盟国はモンゴルのような内陸国から、日本・シンガポール・オーストラリアのような高所得国、そして太平洋島嶼国が混在して成り立っているため、平均値で見ると実態が見えにくい。

太平洋島嶼国は、世界的に肥満・非感染性疾患 (Noncommunicable diseases: NCDs) 指標がもっとも劣悪で、喫緊の健康課題として位置づけられている。また同地域では NCDs による死亡が約 8 割を占めており、特に早期死亡 (70 歳未満) の死亡増加が著しいため、NCDs 対策にかかる費用が政府財政を圧迫していると言われている (6)。世界に先駆けて NCDs と向き合ってきた同地域は、1995 年にフィジーで開催された第 1 回太平洋島嶼国保健大臣会合 (Pacific Health Ministers

Meeting: PHMM) において発表されたヤヌカ宣言 (Yanuka Island Declaration)」以降、NCDs 対策を地域保健の優先課題として、太平洋島嶼地域全体で解決すべき問題として取り組んでいる (7)。このように太平洋島嶼国は、太平洋島嶼国共通の地域戦略のもとに地域保健を実施していることや、特有の保健システム、ならびに健康指標があるために、この地域特有の特徴を分析する必要がある。したがって本稿では、太平洋島嶼国の UHC サービスカバレッジ指数を抽出して、その特色と課題を分析した。

B. 研究方法

まず UHC サービスカバレッジ指数の年次推移については、最新の Global Monitoring Report on Universal Health Coverage 2021 の Annex 3 UHC service coverage index, its four components and tracer indicators by country, 2019 から該当する UHC サービスカバレッジ指数を抽出した。

次に WPRO 加盟国の一般的な保健指標を外観するために、UHC 以外の SDGs 目標 3 の指標の収集状況を参照した (8)。

その上で、WPRO 加盟国の UHC サービスカバレッジ指数を構成する 14 のトレーサー指標を抽出して、太平洋島嶼国平均を算出した。その後、WPRO 加盟国平均と比較した。

最後に、UHC を目指すべき目的としてこの地域が抱える健康課題について把握するために、WPRO 加盟国の主要死因上位 5 位、リスク要因上位 5 位を抽出した (9-10)。

なお、WPRO 加盟国とはオーストラリア、カンボジア、キリバス、クック諸島、サモア、シンガポール、ソロモン諸島、ツバル、トケラウ*、トンガ、ナウル、ニウエ、ニュージーランド、バヌア

ツ、パプアニューギニア、パラオ、フィジー、フィリピン、ブルネイ・ダルサラーム、ベトナム、マーシャル諸島、マレーシア、ミクロネシア連邦、モンゴル、ラオス、大韓民国、中華人民共和国、日本の計 27 カ国で、準加盟国のトケラウは除くこととする。このうち、太平洋島嶼国が 14 カ国を占めている（図 1）。

＜倫理的配慮＞

「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」の適用外である。

C. 研究結果

図 2 に、WHO 地域事務局ごとの UHC サービスカバレッジ指数について 2000 年、2005 年、2010 年、2015 年、2017 年、そしてもっとも新しい 2019 年の値から改善の経緯を見た。この指数は、単位がなく、0-100 の間の値とし、80 以上を目標と定めた点に特徴がある。いずれの地域事務局でも改善の一途をたどっているが、最新の 2019 年 UHC サービスカバレッジ指数は、世界平均の 67、アメリカ地域事務局の 77 を超えて WPRO 地域事務局が 80 で目標に達しており、地域事務局別で最も高い。

図 3 に WPRO 加盟国の UHC サービスカバレッジ指数について、2000 年からの推移を国ごとに示した。太平洋島嶼国は赤、その他は濃いグレー、そして参考として世界平均は水色、WPRO 平均は緑色で示している。太平洋島嶼国のほとんどは、2000 年から著しい改善を見せているが、いずれの国も WPRO 平均を下回っていた。また、太平洋島嶼国の UHC サービスカバレッジ指標はいずれの国も同様の推移を見せており、最新 2019 年の値に関しても、PNG の 33 を除いては 50~60 程度の幅に収まっていた。

図 4 に WPRO 加盟国の一般的な保健指標

として、WHO's annual World Health Statistics reports 2021 から WPRO 加盟国の SDG3 指標の進捗を一覧にした図を参照する（XX）。SDG3 は UHC だけでなく様々な代表的な保健指標で構成されており、2030 年に向けた達成を目指しているが、例えばクック諸島、マーシャル諸島、ニウエ、パラオ、ツバルなどはほとんどの指標が報告されていない。クック諸島やマーシャル諸島、ツバルに至っては、3.8.1 の UHC サービスカバレッジ指数だけでなく、妊産婦死亡率のような重要な保健指標が報告されていない。

次に図 5 に、WRO 加盟国の UHC サービスカバレッジ指数をまとめた。太平洋島嶼国は全体的に指数が低く、太平洋島嶼国以外の国々は全体的に指数が高い。それぞれの領域として RMNCH63 (WPRO 平均 80)、Infectious Disease66 (WPRO 平均 ≥80)、NCD38 (WPRO 平均 ≥80)、サービスキャパシティ 49 (WPRO 平均 64)、UHC サービスカバレッジ指数 53 (WPRO 平均 ≥80) で、特に NCDs とサービスキャパシティの指数が非常に低かった。NCD に関しては血圧と空腹時血糖の 2 指標が極めて低く、サービスキャパシティに関しては保健人材が非常に低く、最も低い方から PNG7、ソロモン 15、クック諸島 16 で、太平洋島嶼国で最も高いミクロネシアで 52 であった。

図 6 に、WPRO 加盟国の上位 5 位までの主要死因と、上位 5 位までの主要リスク要因を示した。主要死因に関しては、太平洋島嶼国だけでなく WPRO 加盟国の特徴として 1-3 位は心血管疾患、脳梗塞、糖尿病が占めていることが多く、4-5 位は下気道感染症、結核、新生児死亡などの感染症・母子保健による死亡が占めており、疾病構造の二重負荷が見られた。この傾向については太平洋島嶼国に顕著に見られた。

一方、主要リスク要因については地域

差が顕著に出ていた。太平洋島嶼国のうち、ミクロネシア、ポリネシアの 1-3 位には代謝リスク、次いで喫煙や食事リスクが多く占めた。対してメラネシアは低栄養、空気汚染、水と衛生などが見られた。太平洋島嶼国以外では、主要リスク要因としてタバコ、低栄養、食事リスクのような行動リスクが上位を占め、次いで高血圧、高血糖、高 BMI のような代謝リスクが見られた。

D. 考察

本報告では太平洋島嶼国における UHC サービスカバレッジ指数の特徴を概観し、課題抽出を試みた。結果として、WPRO 地域事務局の指数は世界平均を超え、地域事務局 6 つの中でも最も高い値が報告されていたが、国別に見ると太平洋島嶼国の指数の劣悪が見られた。このことにより当該地域の UHC のモニタリングに関しては一括ではなく、地域特性に着目してデータを見ていく必要があると考えられた。日本の立場からは、同じ WPRO 地域事務局の太平洋島嶼国の指標改善は必須であり、これらに働きかける協力が求められる。

太平洋島嶼国に関しては、古くから The Pacific Community (SPC) が、地域戦略の立案から実施まで、保健をはじめ様々な分野で支援している(11)。太平洋島嶼国の国々も地域保健戦略を重視し地域一体となった取り組みを行なっている(12)。特徴的なのは、1995 年の第 1 回太平洋保健大臣会合でのヘルシーアイランド宣言(ヤスカ宣言)である(7)。20 年後の 2015 年にレビューが行われ、ヘルシーアイランドは、太平洋における統一のビジョンとして残すべきとの結論に至った。同時にヘルシーアイランドの進捗を追跡するためのモニタリング評価メカニズムが存在しないことが指摘され、2015 年か

ら 2017 年にかけて WPRO 地域事務局がその開発を進めてきた(13)。この結果として Healthy Islands Monitoring Framework (HIMF) と、Healthy Islands indicators が構築された。その後 2019 年の報告書では UHC と HIMF との関わりについて、「UHC の主要な概念と特性は太平洋地域に非常に関連性が高く、ヘルシーアイランド・ビジョンの中に強く内包されるものである。ビジョンでは、必須保健サービスは、「子どもと大人が成長し、学び、遊び、尊厳を持って歳をとることができることを保証するための主要な源である」とされ、SDGs 指標(特に指標 3.8.1 と指標 3.8.2)との整合させるための整理が試みられている(14)。このように、UHC 推進においても、そのモニタリング評価においても、太平洋島嶼国独自の地域戦略と整合性を持たせる形で読み替えつつ、地域全体で取り組む姿勢が見られる。

本報告における UHC サービスカバレッジ指数の分析からは、特に NCDs の関連指標とサービスキャパシティ(人材)関連指標が劣悪で、これらの指標が影響し、太平洋島嶼地域の UHC サービスカバレッジ指数の低さとなっていることが明らかとなった。The Lancet NCD Countdown 2030 では、WPRO 加盟国のオーストラリア、日本、シンガポール、韓国など高所得国の女性が NCDs で死亡する可能性が 6%未満であるのに対し、PNG は NCD 死亡率が最も高い国の一つであることが特筆された。NCDs による早期死亡を 3 分の 1 減らすという 2030 年の目標達成に向けては、軌道に乗っているのはニュージーランド、シンガポール、韓国の高所得国 3 カ国のみとして、この地域の国間ギャップが指摘されている(15)。

UHC サービスカバレッジ指数では NCD 指標として血圧と空腹時血糖の 2 指標が用いられているが、これらの指標を改善

するためには、保健システムへの資源投入だけでは改善はあり得ない。NCDs の多くは、不健康な食事、少ない運動量、喫煙、飲酒など、行動変容で予防可能な危険因子を有する。これらの行動は、各個人の社会経済的地位に影響され、脆弱な集団が最も顕著に影響を受けるため、栄養・運動・投薬はじめ個人・コミュニティレベルでの行動変容・ヘルスリテラシーに働きかける投入がなければならない。また同時に、コミュニティの人々の近くで行動変容・ヘルスリテラシーへの働きかけと環境づくりを支援できるような保健医療従事者の能力強化が不可欠である。

しかし現状として、太平洋島嶼国の特徴として保健医療資源が元々非常に少なく、島嶼が多い地域特性のために一次レベルあるいはコミュニティレベルの取り組みは困難であり見逃されがちであった(16)。WPRO 地域事務局は 2018 年に発表した報告書で、「PHC をより公平で効率的、分散化された人々を中心としたサービスに方向転換すること、NCDs 予防に焦点を当てること、ヘルスセキュリティと気候変動への適応、ICT の利用能力の拡大が WPRO 地域の主な将来の方向性である。」と述べた(17)。また Craig は、2015 年から 2020 年の 5 年間の保健大臣会合の報告書を分析し、UHC 達成に向けた太平洋島嶼地域の課題として、コミュニティレベルでの統合的なプライマリヘルスケアを支える適切なサービス提供モデルの確立が必要、また UHC 達成には保健人材の育成が必須と提言している(18)。

日本の保健医療協力においても、このような太平洋島嶼国の地域戦略の方向性に沿ったものとしている。ヘルシーアイランド・ビジョンをコミュニティで具現化する試みとして JICA は、ソロモン諸島ヘルシービレッジ推進プロジェクトを実施した(19-20)。ソロモン諸島の中でも保

健医療資源が極めて少なく保健人材が皆無に近い村落部や離島を対象地域として村落健康推進員を育成し、地域の健康増進と住民を保健サービスにつなげる仕組みのモデルを構築し、疾病構造の二重負荷に働きかける取り組みである。コミュニティレベルで農業省と共同で野菜づくりの講習会などを行い、野菜摂取の促進や健康診断を行い、NCD 指標である血圧、空腹時血糖の改善に取り組み、行動変容・ヘルスリテラシーにはたらきかけた。このような取り組みはまさにアルマアタのプライマリヘルスケア実施上の 5 原則(①住民主体で住民ニーズに基づく方策、②地域資源の有効活用、③住民参加、④他のセクター(農業、教育、通信、建設、水など)との協調・統合、⑤適正技術の使用)に沿って実践が行われ、NCDs 予防を目指したものである。

しかし一方で、2018 年のアスタナ宣言を経て、「プライマリヘルスケア」(21)と、「プライマリレベルのヘルスケア」(22)とが限りなく重なり合うようになっていたため、記述された文脈にあった解釈を要し、注意が必要である。

最後に、2022 太平洋保健大臣会合では、the Pacific Legislative Framework for Noncommunicable Diseases が承認された。タバコ規制、酒類規制、健康増進、母乳育児促進・保護、子どもに対する不健康な食品・飲料の販売規制、食塩・砂糖・トランス脂肪の消費削減、NCD 税制など、NCDs を予防・管理するための環境を整え、人々がより健康的な選択をしやすくするための法律、税金、政策の導入ガイドである(23-24)。特に太平洋島嶼国が重視している乳幼児・学童・青年期からの NCDs 予防の観点からは、プライマリヘルスケアのようなボトムアップのアプローチだけでなく、法規制のトップダウンのアプローチで環境を整え、グローバリゼーション

への暴露を人生早期から防ぐことは、間接的な行動変容・ヘルスリテラシーに働きかけるアプローチであり効率的と考えられる。

E. 結論

WPRO 地域事務局の UHC 達成には、太平洋島嶼国への取り組みが鍵と考えられる。当該地域の UHC サービスカバレッジの拡大に向けて、保健システムへの介入だけでなく、人々の行動変容・ヘルスリテラシーに働きかける取り組みが重要である。

F. 引用文献

1. World Health Organization (2015). Tracking universal health coverage: first global monitoring report. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564977>
2. World Health Organization (2017). Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf>
3. World Health Organization UHC Index of Service Coverage. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>
4. World Health Organization (2019). Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 global monitoring report (Conference Edition). [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report.pdf>
5. World Health Organization (2021). Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>
6. A less visible pandemic. Lancet Reg Health West Pac. 2020 Sep; 2:100035.
7. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (1995). Conference of Ministers of Health for the Pacific Islands, Suva and Yanuca Island, Fiji 6-10 March 1995: report. WHO Regional Office for the Western Pacific. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208714>
8. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2021.
9. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Country profile. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2021. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://www.healthdata.org/results/country-profiles>.
10. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor 2022. Geneva: World Health Organization; 2022.
11. The Pacific Community Public Health Division. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://php.spc.int>

12. 野村 真利香, 三浦 宏子, 石川 みどり, 太平洋島嶼国における非感染性疾患 (Noncommunicable diseases: NCDs) 対策の現状と課題, 国際保健医療, 2016, 31(4). 309-321
13. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2018). Monitoring progress towards the vision of Healthy Islands in the Pacific 2017: first progress report. WHO Regional Office for the Western Pacific. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325900>.
14. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2020). Monitoring progress towards the vision of healthy islands in the Pacific: second progress report 2019. WHO Regional Office for the Western Pacific. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334362>.
15. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. Lancet. 2020 Sep 26;396(10255):918-934.
16. Gilbert K, Park K, Capuano C, Soakai TS, Slatyer B. Achieving UHC in the Pacific, a Closer Look at Implementation: Summary of a Report for Pacific Health Ministers. Health Syst Reform. 2019;5(1):83-90.
17. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2018). Primary health care in the Western Pacific Region : looking back and future directions. WHO Regional Office for the Western Pacific.
18. Craig AT, Beek K, Gilbert K, Soakai TS, Liaw ST, Hall JJ. Universal Health Coverage and the Pacific Islands: An Overview of Senior Leaders' Discussions, Challenges, Priorities and Solutions, 2015-2020. Int J Environ Res Public Health. 2022 Mar 30;19(7):4108.
19. JICA. ソロモンヘルシービレッジ推進プロジェクト. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://www.jica.go.jp/project/solomon/002/index.html>
20. 外務省. 2021 年版開発協力白書ソロモンヘルシービレッジ推進プロジェクト. P101. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/files/100314156.pdf>
21. World Health Organization Declaration of Alma-Ata; Proceedings of the International Conference on Primary Health Care; Alma-Ata, Kazakhstan. 6-12 September 1978.
22. World Health Organization Universal Health Coverage: Universal Health Coverage in the Western Pacific. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/universal-health-coverage>.
23. WPRO. Pacific Health Ministers commit to strengthening health systems to meet current and future health challenges. [(accessed on 8 May 2022)]. Available online:

<https://www.who.int/westernpacific/about/how-we-work/pacific-support/news/detail/24-03-2022-pacific-health-ministers-commit-to-strengthening-health-systems-to-meet-current-and-future-health-challenges>

24. Pacific Community (SPC). Pacific legislative framework for non-communicable diseases Suva Fiji, 2021 [(accessed on 8 May 2022)]. Available online: https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/dps/phmm-phoh-documents/14th-phmm/ncds-annex-2-english.pdf?sfvrsn=8a8e06ae_3

G. 研究発表（学会発表、論文発表）

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

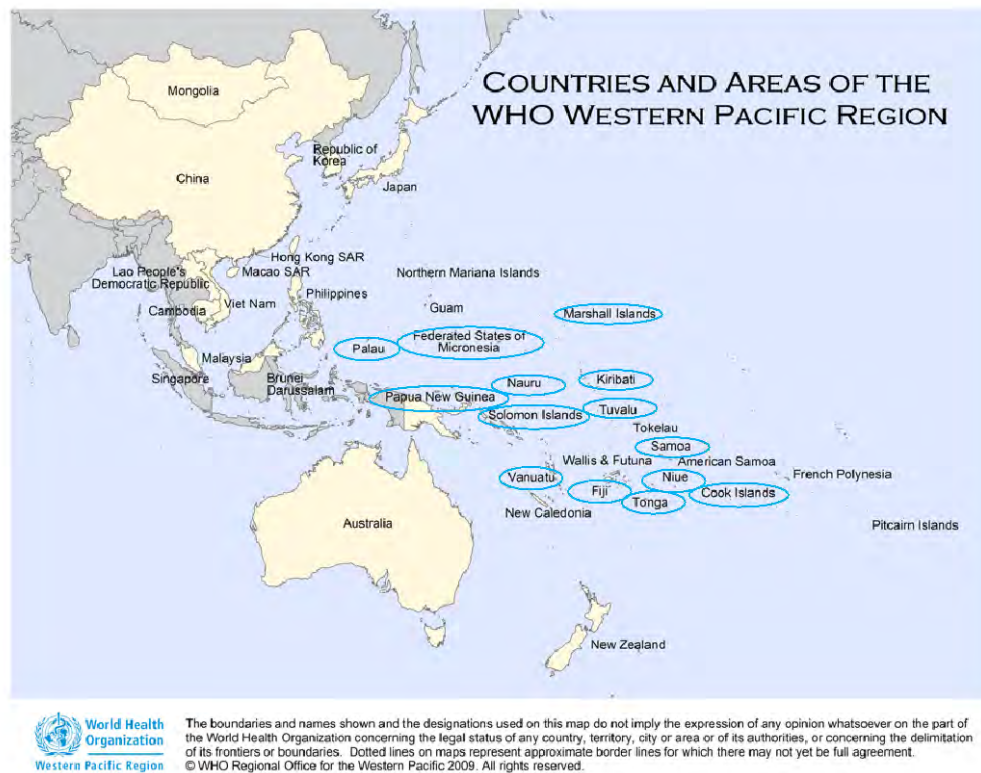


図 1 WPRO 地域事務局に加盟している 27 カ国のうち、太平洋島嶼国として扱う 14 カ国

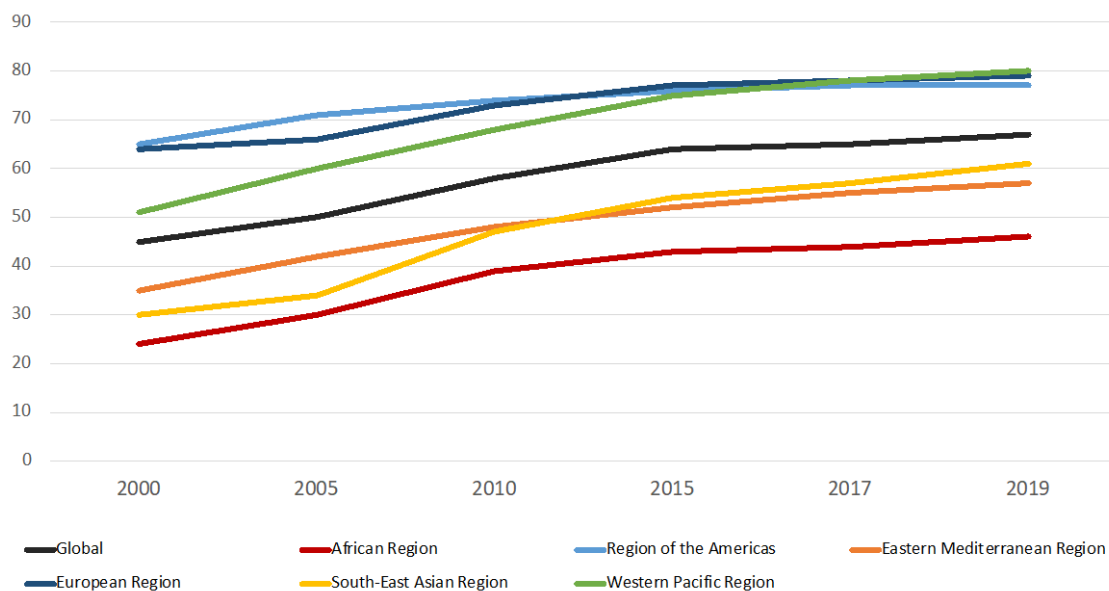


図 2 WHO 地域事務局ごとの UHC サービスカバレッジ指数の年次推移（2021 報告書から報告書作成）

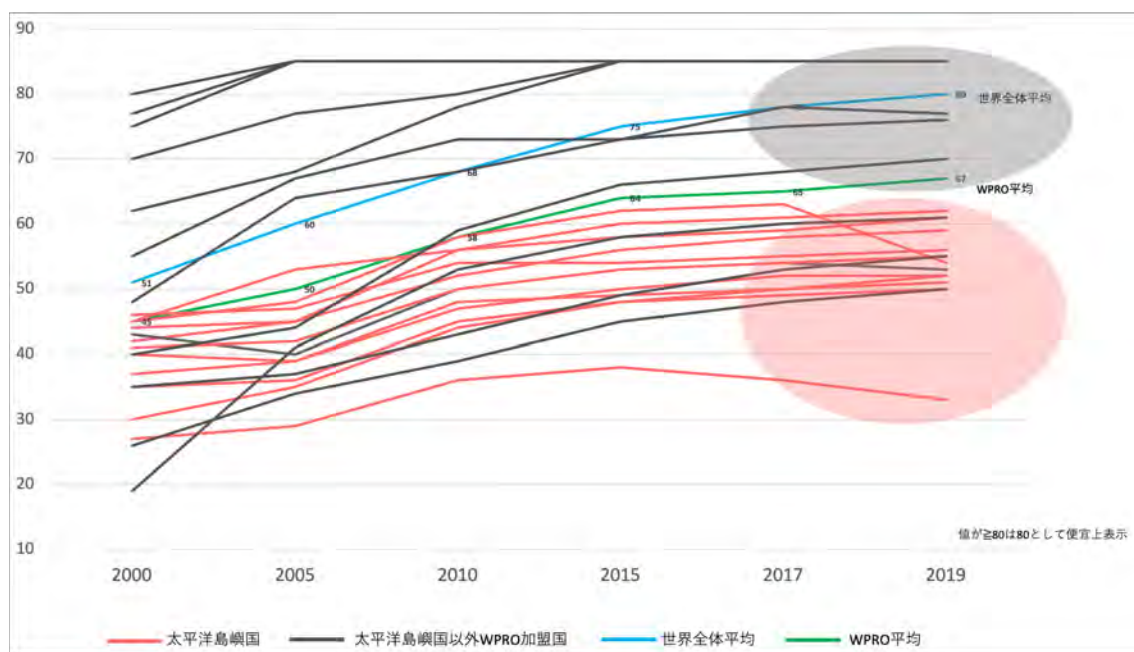


図3 WPRO加盟国（太平洋島嶼国とそれ以外の加盟国）におけるUHCサービスカバレッジ指数の改善（2021 報告書から筆者作成）

Summary of SDG 3 indicators for which country-level values are reported as comparable estimates^a

		3.1.1	3.2.1	3.2.2	3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.3.4	3.4.1	3.4.2	3.5.2	3.6.1	3.8.1	3.9.1	3.9.2	3.9.3	3.a.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1
	Member State	Maternal mortality ratio ^b	Under-five mortality rate ^c	Neonatal mortality rate ^c	New HIV infections ^d	Tuberculosis incidence ^e	Malaria incidence ^f	Hepatitis B prevalence ^g	Probability of dying from the four major NCDs ^h	Suicide mortality rate ⁱ	Alcohol consumption ^j	Road traffic mortality rate ^e	UHC service coverage index	Air pollution mortality rate ^k	WASH mortality rate ^e	Unintentional poisoning mortality rate ^e	Tobacco use prevalence ^k	DTP3 immunization ^l	MCV2 immunization ^m	PCV3 immunization ^l	HPV vaccine ⁿ
		2017	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2017	2016	2016	2019	2018	2019	2019	2019	2019
	Australia	6	4	2	0.03	6.9		0.13	8.6	12.5	10.4	4.9	87	8.4	0.1	0.1	16.2	95	94	96	79
	Brunei Darussalam	31	11	6		64		0.10	18.5	2.7	0.5	7.5	81	13.3	<0.1	0.0	15.5	99	98		90
	Cambodia	160	27	14	0.05	287	12.0	0.19	22.5	4.9	7.8	19.6	60	149.8	6.5	0.5	21.8	92	82	89	
	China	29	8	4		58	0.0	0.22	15.9	8.1	6.0	17.4	79	112.7	0.6	1.8	24.7	99	98		
	Cook Islands		8	4		13					10.9						26.6	98	98		73
	Fiji	34	26	11	0.14	66		0.13	37.7	9.0	3.7	13.5	64	99.0	2.9	0.3	26.7	99	94	99	56
	Japan	5	2	1		13		0.96	8.3	15.3	10.1	3.6	83	11.9	0.2	0.2	21.9	98	93	97	0
	Kiribati	92	51	22		436		1.57	58.8	28.3	2.3	1.9	41	140.2	16.7	2.6	52.0	97	91	97	
	Lao People's Democratic Republic	185	46	22	0.11	155	2.8	0.68	26.8	5.4	12.1	17.9	51	188.5	11.3	0.6	37.8	68	57	56	
	Malaysia	29	9	5	0.20	92	0.0	0.06	18.4	5.7	0.9	22.5	73	47.4	0.4	0.7	21.8	98	87		85
	Marshall Islands		32	15		483												79	64	63	24
	Micronesia (Federated States of)	88	29	16		100		0.40	46.3	28.2	2.5	0.2	47	151.8	3.6	0.9		78	52	73	57
	Mongolia	45	16	8	0.01	428		0.47	35.0	17.9	5.9	21.0	62	155.9	1.3	2.8	27.6	98	98	49	
	Nauru		31	20		182					4.2						52.1	96	95		
	New Zealand	9	5	3	0.03	7.5		0.77	10.3	11.0	10.7	9.6	87	7.2	0.1	0.2	14.8	92	90	91	67
	Niue		23	13		0.0					9.9							99	99	99	
	Palau		17	9		38											23.7	97	88	74	67
	Papua New Guinea	145	45	22	0.38	432	156.4	1.36	36.0	2.9	2.1	12.6	40	152.0	16.3	1.4		35	20	35	
	Philippines	121	27	13	0.14	554	0.7	0.38	24.5	2.2	7.0	12.0	61	185.2	4.2	0.2	24.3	65	40	43	0
	Republic of Korea	11	3	2		59	0.1	0.09	7.3	28.6	8.5	8.6	86	20.5	1.8	0.2	22.0	98	96	98	52
	Samoa	43	15	8		11		0.34	31.2	12.6	2.8	13.0	58	85.0	1.5	0.4	28.9	58	44		
	Singapore	8	3	1	0.03	41		0.13	9.5	11.2	2.0	2.1	86	25.9	0.1	0.0	16.5	96	84	82	0
	Solomon Islands	104	20	8		66	247.9	0.87	39.2	14.7	1.7	16.5	47	137.0	6.2	2.3	37.9	94	54	94	
	Tonga	52	17	7		11		0.89	24.8	3.8	0.4	33.0	58	73.3	1.4	1.1	30.2	99	99		
	Tuvalu		24	16		296					1.3						48.7	92	92		
	Vanuatu	72	26	11		41	3.5	2.25	39.7	18.0	2.1	14.9	48	135.6	10.4	0.7	24.1	90			
	Viet Nam	43	20	10	0.05	176	0.1	0.64	21.2	7.5	7.9	30.6	75	64.5	1.6	0.9		89	92		

^a Comparable estimates refer to country values of the same reference year, which may be adjusted or modelled to allow comparisons between countries and are produced for countries with underlying primary data and, in some cases, for those without. Refer to Annex 2 for the full set of SDG 3 indicators. Shading from blue to orange represents low to high for mortality, incidence and prevalence indicators; and from high to low for immunization coverage and service index indicators. Each indicator is graphed on an individual scale.

^b per 100 000 live births

^c per 1000 live births

^d per 1000 uninfected population

^e among children under 5 years (%)

^f per 1000 population at risk

^g among children under 5 years (%)

^h between ages 30 and 69 (%)

ⁱ litres of pure alcohol per capita ≥15 years

^j age-standardized, per 100 000 population

^k age-standardized, among adults 18+ (%)

^l among 1-year-olds (%)

^m by the nationally recommended age (%)

ⁿ among 15-year-old girls (%)

図 4 WPRO 加盟国の SDG3 指標一覧 (文献 8 より)

	Reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH)				Infectious diseases (ID)				Noncommunicable diseases (NCD)				Service capacity and access (Capacité)				RMNCH		ID	NCD	Capacity	UHC service coverage index
	FP	ANC	DTP3	Pneumonia	TB	ART	ITN	WASH	BP	FPG	Tobacco	Hosp	HWF	IHR								
大洋州以外	パラオ	58	≥80	≥80	75	50	≥80		≥80	28	20	74	≥80	34	63	76	76	35	60	59		
	ミクロネシア	63	77	78	68	50	≥80		≥80	45	3	60	≥80	52	32	71	71	19	55	48		
	マーシャル	72	68	79	66	50	≥80		≥80	47	27	59	≥80	71	49	71	70	42	70	62		
	(5)	50	40	≥80	69	50	≥80		66	31	≥80	29	≥80	19	61	60	66	43	49	54		
	カリバス	46	67	≥80	≥80	50	≥80	45	30	30	30	39	≥80	23	61	71	57	33	52	51		
	ツバル	44	67	≥80	72	50	≥80	≥80	17	43	47	51	≥80	18	51	67	71	33	45	52		
	サモア	27	77	58	73	50	≥80	≥80	36	31	62	55	33	61	61	55	75	41	48	53		
	ニウエ	36	77	≥80	77	50	≥80	≥80	34	39	60	44	22	67	68	78	43	40	40	55		
	(5)	48	≥80	≥80	76	50	≥80	≥80	28	11	55	55	≥80	50	61	75	74	26	67	56		
	トンガ																					
	クック	64	77	≥80	≥80	50	43		≥80	8	27	64	≥80	16	68	80	60	37	48	54		
	PNG	49	49	35	63	61	≥80		19	54	56	42	10	7	21	48	46	50	11	33		
	メラネシア	53	68	≥80	79	50	≥80		34	51	51	46	71	15	41	72	52	49	35	50		
	(4)	60	52	≥80	72	50	75		53	34	32	73	≥80	20	45	67	58	43	44	52		
	バヌアツ																					
フィジー	65	≥80	≥80	70	38	≥80		≥80	36	26	65	65	≥80	47	61	≥80	67	39	66	61		
大洋州以外	オーストラリア	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80		≥80	51	≥80	80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	73	≥80	≥80		
	ブルネイ	76	≥80	≥80	≥80	71	≥80		≥80	23	68	76	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	49	≥80	77		
	カンボジア	61	76	≥80	69	≥80	63		66	57	≥80	68	50	21	50	74	70	73	37	61		
	中国	≥80	77	≥80	≥80	75	≥80		≥80	55	72	63	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	63	≥80	≥80		
	日本	57	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80		≥80	48	≥80	70	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	69	≥80	≥80		
	ラオス	70	62	≥80	40	50	61	79	53	53	≥80	53	43	11	35	61	62	65	26	50		
	マレーシア	55	≥80	≥80	≥80	50	≥80	≥80	32	76	67	67	≥80	≥80	≥80	≥80	76	55	≥80	76		
	モンゴル	70	≥80	≥80	76	32	31	7	29	≥80	≥80	57	≥80	≥80	≥80	≥80	40	51	≥80	63		
	ニュージーランド	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	48	≥80	≥80	80	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	69	≥80	≥80		
	フィリピン	57	≥80	77	66	43	68	≥80	44	≥80	≥80	66	56	12	51	71	62	66	32	55		
	韓国	75	≥80	≥80	≥80	75	≥80	≥80	56	≥80	≥80	69	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	70	≥80	≥80		
	シンガポール	77	≥80	≥80	≥80	76	≥80	≥80	48	≥80	≥80	76	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80	71	≥80	≥80		
	ベトナム	79	74	≥80	≥80	65	60	≥80	51	≥80	≥80	64	≥80	34	66	≥80	70	69	61	70		
	大洋州平均																63	38	49	53		
	WPRO平均																80	≥80	64	≥80		

死因に占める死因1 ^b 死因2 ^b 死因3 ^b 死因4 ^b 死因5 ^b リスク1 ^c リスク2 ^c リスク3 ^c リスク4 ^c リスク5 ^c											
NDW ^a											
太平洋諸島 国ミクロネシア（5）	バプオ	-	Ischemic heart disease	Diabetes	Stroke	Lower respiratory infect	Chronic kidney disease	High fasting plasma glucose	Tobacco	High blood pressure	Dietary risks
	ミクロネシア	79	Ischemic heart disease	Diabetes	Stroke	Chronic kidney disease	HIV/AIDS	High blood pressure	Tobacco	High blood pressure	Dietary risks
	マーシャル	-	Ischemic heart disease	Stroke	Diabetes	Lower respiratory infect	COPD	High fasting plasma glucose	High blood pressure	Dietary risks	Tobacco
	ナウル	-	Ischemic heart disease	Stroke	Diabetes	Road injuries	Neonatal disorders	High BMI	High fasting plasma glucose	Tobacco	Dietary risks
	キリバス	73	Ischemic heart disease	Stroke	Diabetes	Tuberculosis	Neonatal disorders	High fasting plasma glucose	High BMI	High blood pressure	Malnutrition
太平洋諸島 国ポリネシア（5）	ツバル	-	Ischemic heart disease	Stroke	Diabetes	COPD	Lower respiratory infect	High fasting plasma glucose	High blood pressure	Tobacco	Dietary risks
	サモア	82	Ischemic heart disease	Stroke	Diabetes	COPD	Lower respiratory infect	High BMI	Tobacco	High blood pressure	Dietary risks
	ニウエ	-	Ischemic heart disease	Diabetes	Stroke	Chronic kidney disease	COPD	High fasting plasma glucose	High blood pressure	Tobacco	Dietary risks
	トンガ	79	Ischemic heart disease	Diabetes	Stroke	Lower respiratory infect	Chronic kidney disease	High fasting plasma glucose	Tobacco	High blood pressure	Dietary risks
	クック諸島	-	Diabetes	Ischemic heart disease	Hypertensive heart disease	Stroke	Lower respiratory infect	High BMI	High blood pressure	Tobacco	Dietary risks

太平洋島嶼 国 メラネシア (4)	PNG	62	Ischemic heart disease	Lower respiratory infect	Stroke	COPD	Diabetes	Malnutrition	Air pollution	High fasting plasma glucose	Tobacco	WASH
	ソロモン	67	Ischemic heart disease	Stroke	Lower respiratory infect	Diabetes	Diarrheal diseases	Air pollution	Tobacco	High fasting plasma glucose	High BMI	High blood pressure
	バヌアツ	74	Ischemic heart disease	Stroke	Diabetes	COPD	Lower respiratory infect	High blood pressure	Air pollution	High fasting plasma glucose	High BMI	Dietary risks
	フィジー	85	Diabetes	Ischemic heart disease	Stroke	Chronic kidney disease	Asthma	High fasting plasma glucose	High BMI	High blood pressure	Dietary risks	Tobacco
太平洋島嶼 国 以外	オーストラリア	89	Ischemic heart disease	Stroke	Alzheimer's disease	Lung cancer	COPD	Tobacco	High BMI	High blood pressure	Dietary risks	High fasting plasma glucose
	ブルネイ	85	Ischemic heart disease	Diabetes	Stroke	Lung cancer	Lower respiratory infect	High fasting plasma glucose	Tobacco	Dietary risks	High blood pressure	High BMI
	カンボジア	68	Stroke	Lower respiratory infect	Ischemic heart disease	Cirrhosis	Tuberculosis	Malnutrition	Air pollution	Tobacco	High fasting plasma glucose	Dietary risks
	中国	90	Stroke	Ischemic heart disease	COPD	Lung cancer	Stomach cancer	Tobacco	High blood pressure	Dietary risks	Air pollution	Dietary risks
	日本	85	Alzheimer's disease	Stroke	Ischemic heart disease	Lower respiratory infect	Lung cancer	Tobacco	High blood pressure	Dietary risks	High fasting plasma glucose	High BMI
	ラオス	65	Stroke	Ischemic heart disease	Lower respiratory infect	Neonatal disorders	Tuberculosis	Malnutrition	Air pollution	Tobacco	High blood pressure	High fasting plasma glucose
	マレーシア	73	Ischemic heart disease	Lower respiratory infect	Stroke	Road injuries	COPD	High blood pressure	Tobacco	Dietary risks	High BMI	High fasting plasma glucose
	モンゴル	83	Ischemic heart disease	Stroke	Liver cancer	Cirrhosis	Stomach cancer	High blood pressure	Dietary risks	Alcohol use	Tobacco	High BMI
	ニューージーランド	90	Ischemic heart disease	Stroke	COPD	Alzheimer's disease	Lung cancer	Tobacco	High BMI	High blood pressure	Dietary risks	High fasting plasma glucose

フィリピン	70	Ischemic heart disease	Stroke	Lower respiratory infect	Chronic kidney disease	Tuberculosis	Tobacco	High blood pressure	Malnutrition	Dietary risks	Air pollution
		Stroke	Ischemic heart disease				Tobacco	High fasting plasma glucose	Alcohol use	Dietary risks	High blood pressure
韓国	78	Ischemic heart disease	Stroke	Lower respiratory infect	Alzheimer's disease	Alzheimer's disease	Tobacco	High fasting plasma glucose	High BMI	High blood pressure	Dietary risks
		Stroke	Ischemic heart disease				Tobacco	High fasting plasma glucose	High fasting plasma glucose	Dietary risks	Air pollution
シンガポール	75	Ischemic heart disease	Stroke	Lower respiratory infect	Alzheimer's disease	Alzheimer's disease	Tobacco	High fasting plasma glucose	High BMI	High blood pressure	Dietary risks
		Stroke	Ischemic heart disease				Tobacco	High fasting plasma glucose	High fasting plasma glucose	Dietary risks	Air pollution
ベトナム	81	Ischemic heart disease	Stroke	Lower respiratory infect	Alzheimer's disease	Alzheimer's disease	Tobacco	High fasting plasma glucose	High BMI	High blood pressure	Dietary risks
		Stroke	Ischemic heart disease				Tobacco	High fasting plasma glucose	High fasting plasma glucose	Dietary risks	Air pollution

^a Noncommunicable diseases progress monitor 2022.

^{b-c} GBD Country Profile

図 6 WPRO 加盟国の主要死因と主要リスク要因（上位 5 位まで）

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

なし

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Okamoto, E.	Japan's Dental Care Facing Population Aging: How Universal Coverage Responds to the Changing Needs of the Elderly.	Int. J. Environ. Res. Public Health	18, 9359	https://doi.org/10.3390/ijerph18179359	2021

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院
所属研究機関長 職 名 院長
氏 名 曾根 智史

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けたアジア各国の進捗状況と課題に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国際協力研究部・上席主任研究官
(氏名・フリガナ) 大澤 絵里・オオサワ エリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 曽根 智史

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けたアジア各国の進捗状況と課題に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国際協力研究部・上席主任研究官
(氏名・フリガナ) 種田 憲一郎・タネダ ケンイチロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立保健医療科学院
所属研究機関長 職 名 院長
氏 名 曽根 智史

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けたアジア各国の進捗状況と課題に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国際協力研究部・上席主任研究官
(氏名・フリガナ) 児玉 知子・コダマ トモコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 田辺 国昭

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業

2. 研究課題名 2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けたアジア各国の進捗状況と課題に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 副所長

(氏名・フリガナ) 林 玲子・ハヤシ レイコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

機関名 国立研究開発法人
国立国際医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 國土 典宏

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けたアジア各国の進捗状況と課題に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国際医療協力局 運営企画部 部長
(氏名・フリガナ) 明石 秀親 アカシ ヒデチカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年 4月 1日

厚生労働大臣 殿

機関名 福知山公立大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 川添 信介

次の職員の令和 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けたアジア各国の進捗状況と課題に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 地域経営学部医療福祉経営学科
(氏名・フリガナ) 岡本 悦司 (オカモト エツジ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
医薬基盤・健康・栄養研究所

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中村 祐輔

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けたアジア各国の進捗状況と課題に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国際栄養情報センター・協力研究員
- (氏名・フリガナ) 野村真利香・ノムラマリカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。