

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4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者

国立保健医療科学院 大澤 絵里

令和5（2023）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	001
	大澤 絵里

(資料1) (研究班からの5つの提言)

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道の補強 日本語版 Paving the Road to Universal Health Coverage 英語版	007
---	-----

分担研究報告

1. 途上国におけるUHCの要素である医療の質・安全の現状 - 1次医療を中心に	016
	種田 憲一郎, 堀井 聡子, 宮本 勝行, 竹形 みずき, Ishdorj Enkhtsolmon, Nansalmaa Bazarragchaa

(資料2) 調査の詳細報告	022
---------------------	-----

2. Universal Health Coverageを達成するためのPPP (Public-Private Partnership) について	048
	児玉 知子

(資料3) WHO Europe. Public-private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe	054
---	-----

(資料4) Department of Economic Affairs in India/Green Book for Healthcare Sector Guide for Practitioner's for PPPs in Primary Healthcare	106
---	-----

3. 各国の状況に適した制度構築の重要性	132
	林 玲子

(資料5) 論文 各国の状況に適した制度構築の重要性	137
----------------------------------	-----

4. 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	161
	藤田 雅美, 横堀 雄太

5. UHC達成のための患者負担のあり方と影響に関する研究	172
	岡本 悦司

6. UHCとSDGsの文脈におけるプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の必要性に関する分析 : タイの事例を参考に	180
	野村 真利香, 大澤 絵里

(資料6) WHO/unicef. A vision for primary health care in the 21st century -towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals 日本語版	192
---	-----

研究成果の刊行に関する一覧表	256
----------------------	-----

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4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達成のために、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】

研究2年目の本年度は、6つの分担研究課題によって、研究を進めた。1. 途上国におけるUHCの要素である医療の質・安全の課題～1次医療を中心に、2. サービス提供に関わる官民連携の動向、3. 高齢化するアジア各国の状況に適したUHC達成のための制度構築の重要性、4. アジア地域における脆弱層における社会保障、特に社会扶助とUHCの関連、5. UHC達成のための患者負担のあり方と影響、6. UHCとSDGsの文脈におけるプライマリ・ヘルス・ケアの必要性。各分担課題において、公開資料、二次資料、フィールドワークから得た情報を分析した。また、年間4回の研究班勉強会（UHC達成のための官民連携、UHC達成のためのプライマリ・ヘルス・ケア、社会保障とUHCの関連、医療の質・安全）を開催し、情報共有、各課題について考察を深めた。最後に、研究班から、アジアの国々のUHC達成のための提言をまとめ、リーフレットを作成した。

【結果】

医療の質・安全の研究では、調査対象国4か国（ベトナム、フィジー、ジンバブエ、モンゴル）のうち、3か国で医療の質や安全に関して、法規制や国家政策があった。1次医療での具体的な医療事故の事例共有は、2か国であった。サービス提供に関する官民連携については、近年、プライマリ・ヘルス・ケアでの予防・治療サービスを含めた官民連携によるサービス提供の報告が増加し、インセンティブが生じることで事業間の競争が刺激され、サービス提供の改善がめざされているものの、公平性、質、効率やシステム全体に及ぼす効果について不確実であった。高齢化するアジア各国のUHCのための制度構築に関しては、日本、韓国、タイ、フィリピンの法的枠組みの推移と現状を比較した。対象国では、公的医療保障制度は、すでにある程度構築されていることが示された。アジア地域の脆弱層における社会保障とUHCの関連性については、社会保険の効果は、脆弱層への効果は限定的であるが、社会扶助は、脆弱層を含んだ人々の医療サービスの改善に有効であることが報告されていることがわかった。東南アジア諸国（カンボジア、ベトナム、インドネシア、タイ）では、社会保障制度が拡大・拡充してきているが、その制度が縦割りでバラバラな現状が課題として認識されてきていた。UHC達成のための患者負担のあり方の研究では、患者負担が医療需要や医療費を確実に減少させるが、医療の質の低下や貧困者の受療阻害といった副作用も大きいことがわかった。プライマリ・ヘルス・ケアの研究課題では、2018年のPHC国際会議で採択されたアスタナ宣言では、「PHCアプローチ」によって保健医療サービスの背景に働きかけることでUHCを可能にするという考え方が示されていた。また低中所得国の中でも、早期に財政的な観

点から UHC を達成しているタイの事例も、アスタナ PHC に示されている「PHC アプローチ」の統合保健サービス、多部門にわたる政策と行動、人々や地域社会のエンパワメント、の3つに合致すると考えられた。

【結論】

上記の分担研究課題の結果から、今後アジアの国々で UHC を発展させるために、以下の5つの点を、本研究班からの提言とした。

1. 高齢化や非感染性疾患など現代社会の特徴的な人口構造や疾病にも適応するような、人々やコミュニティを中心とした柔軟かつ持続的なプライマリ・ヘルス・ケアのアプローチを求め続け、推進すること
2. 社会・経済的、身体・精神的に脆弱な人々を取り残さないためにも、保健医療サービスの提供だけではなく、社会扶助を含めた社会保障との連携を推進すること
3. 保健医療サービス提供の公平性、質、効率性、効果を最大限にするような民間医療サービスと公的なしくみの望ましい連携の在り方について、模索し、議論を続けること
4. 保健医療サービス提供の拡大のみならず、提供されるサービスによって人々を傷つけることがないように、サービスの安全を保障するしくみづくりを推進すること
5. 自国の法律や政令、国家計画、プログラムに基づき保健システムを構築・進化させ、UHC の発展を確保すること

(研究班作成リーフレット「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道の補強」より)

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
児玉知子 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
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 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

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
堀井 聡子 株式会社フジタプランニング
宮本 勝行 株式会社フジタプランニング
竹形 みずき 株式会社フジタプランニング
Ishdorj Enkhtsolmon
Nansalmaa Bazarragchaa

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

今年度は、以下の方法で、各分担研究課題を実施した。

1. 途上国におけるUHCの要素である医療の質・安全の現状～1次医療を中心に（担当 種田憲一郎）

インターネットや紙媒体（行政機関からの発行資料等）、文献（新聞記事等を含む）等オープンアクセスの情報源を中心に、WHO/WPROの3か国を含む4か国（ベトナム、フィジー、モンゴル、ジンバブエ）において、特に1次医療に焦点をあて、下記の点について調査を行った。

- (1) 医療の質や安全に関する法規制や国家政策について
- (2) 国・地域・医療機関のそれぞれにおける計画や対策の状況について
- (3) 国・地域・医療機関のそれぞれにおける評価方法・指標の有無について（「有り」の場合は医療関係訴訟の数や医療に関わる苦情の数等）
- (4) 具体的な医療事故（疑い含む）の事例について

2. 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）

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から、特にプライマリヘルスケアにおけるPPPに焦点を絞って情報収集を行った。

3. 各国の状況に適した制度構築の重要性（担当 林玲子）

東アジアから日本、中国、韓国、東南アジアのうち、タイ、フィリピン、インドネシアを対象とし、それらのSDG3.8指標を確認したうえで、各国政府による公表資料、研究論文等により医療保障制度の沿革を概説した。

4. 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（担当 藤田雅美）

PubMedおよびsocialprotection.orgのデータベースにて、「社会的保護」と「UHC」または「社会的保護」と「健康」をキーワードとして、文献検索し、それらを対象に文献レビューを実施した。

5. UHC達成のための患者負担のあり方と影響に関する研究（担当 岡本悦司）

UHCの財政的持続可能性の重要な条件として給付率と様々なアウトカム（医療費や治療効果、健康水準や死亡率等）との関連をPubMed等で検索し、文献をレビューした。

6. UHCとSDGsの文脈におけるプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）の必要性に関する分析：タイの事例を参考に（担当 野村真利香）

2018年に発表されたアスタナ宣言のプライマリ・ヘルス・ケア（Primary Health Care: PHC）に関する議論や要点を整理し、そのうえで現在のタイにおけるPHCの実践を事例として取り上げ、「誰一人取り残さない」SDGsのもとでUHC実現に向けた取組みを加速するための今後の方向性について検討した。

C. 研究結果

1. 途上国におけるUHCの要素である医療の質・安全の現状～1次医療を中心に（担当 種田憲一郎）

- (1) 関係法令等
－4か国のうち3か国（フィジー、モンゴル、ジンバブエ）において関係する法令がみられた。
- (2) 計画・対策
－4か国全てにおいて何らかの活動が行われていた。
- (3) 評価方法・指標

ー4 か国のうち1 か国（モンゴル）のみで取組みがみられた。

(4) 1次医療レベルでの医療事故の実例

ー4 か国のうち2 か国（フィジー、モンゴル）において事例について情報収集できた。

2. 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)

PPP とプライマリヘルスケアに関するコンセンションのあり方など、これまでに World Bank によるモデルの紹介等がなされているが、その取組内容は各国によって様々であった。イランでは、医療協同組合 (health cooperative) という新たな官民連携モデルを開始し、プライマリヘルス領域のサービスの評価を行っていた。また、インドでは、PPP のベストプラクティスを共有し、PPP 部署で開発された様々なプロダクトを紹介していた。

WHO/欧州委員会の最新の報告書では、PPP のポイントとして、以下の3点をあげていた。

①契約前に、保健省は医療システムの中で投資が必要な分野やサービスに優先順位をつけ、最も費用対効果の高い解決策である場合にのみ PPP を実施すべきであること。

②政府は、財政的持続可能性を確保するための支払い方法（調達決定）に関する全体的な戦略計画を策定する内部能力を持つこと

③政府は、競争的な調達プロセスの運営、効果的な契約の設計、契約の履行状況のモニタリングにおいて、地方保健当局を支援する内部能力を持つ必要があること。

3. 各国の状況に適した制度構築の重要性 (担当 林玲子)

日本では、第二次世界大戦、韓国では、朝鮮戦争、中国では、文化大革命や改革開放と、日中韓においては、社会体制すべてに影響を及ぼす事象がそれぞれ異なり、医療保障制度構築の歩みが異なった。タイ、フィリピン、インドネシアをみる限り、ASEAN では1960-70年代に公務員、企業従業員を対象とした制度が整備され、2000年前後に全国民を対象とした制度に拡大される、という共通の流れがみられた。

4. 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 (担当 藤田雅美)

本文献レビューで取り上げたのは58件であった。その中では、社会保険は医療サービス利用や財政保護の改善に有効であると思われるが、脆弱な集団への影響は限定的であること、社会扶助が、特に脆弱な人々の間で、医療サービスの利用や健康アウトカムにプラスの効果をもたらすことが、示された。国際機関でも、UHC の実現に向けて社会保険だけでなく、社会扶助も含めた社会保障の重要性を議論していた。カンボジア、ベトナム、インドネシア、タイにおいて、社会扶助を含めた社会保障制度が拡大・拡充してきているが、縦割りでバラバラな現状が課題として認識されてきていた。

5. UHC 達成のための患者負担のあり方と影響に関する研究 (担当 岡本悦司)

患者負担割合を増やすと薬剤、外来受診の利用を確実に抑制するが、入院率には何の影響もないことや、患者負担増が薬剤給付を減少させる効果が証明されていた。健康状態への効果としては、死亡率の悪化がみられたと報告もあつた。貧困世帯はそうでない世帯よりも、患者負担が重くなると受診を抑制する効果が大きくなることが示されていた。また、患者負担等の操作は、家計を守るという効果が有意に示された研究はなかった。他レビュー結果も合わせると、総じて、患者負担は医療需要や医療費を確実に減少させるが、医療の質低下や貧困者の受療阻害といった副作用も大きいということが示唆された。

6. UHC と SDGs の文脈におけるプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の必要性に関する分析: タイの事例を参考に (担当 野村真利香)

アスタナPHCでは、「PHCアプローチ」として、統合保健サービス、多部門にわたる政策と行動、人々や地域社会のエンパワメントの3つを、PHC の構成要素とし、その「PHCアプローチ」により、保健医療サービスの背景に働きかけることでUHCを可能にするという考え方が示されていた。低・中所得国の中でも早期に財政的な観点

から UHC を達成しているタイにおいて、村落保健ボランティア (Village Health Volunteers: VHVs) 制度、デジタル技術の活用、個人のセルフケアや薬局の活用が機能しており、これらはアスタナ PHC に示されている「PHC アプローチ」の 3 つに合致すると考えることができた。

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、本年度は、6 つの分担課題により研究を実施した。

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が、一方で、ほとんどの国々で医療事故の具体的な事例が公開されていない、医療に関わる訴訟や苦情の数などが把握されていないことは、患者安全の課題を把握することの難しさを示している。特に 1 次医療レベルでの課題把握は現段階では、世界的に難しく、各国の患者安全への取り組みの状況を継続的に把握し、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。

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。

2030 年までに UHC を達成ための各国の制度設計については、後発である新興国でも 2015 年前後に制度構築が大きく進んでおり、今後の進展と UHC 達成に希望が持てる。一方、いずれの国も医療支出は大きく増加しており、今後の増大する高齢者数に応じて、さらなる増大は避けられないところである。制度がどのように構成され何が足りないか、といった分析には、各国の制度を的確に把握する必要があり、その把握

を通じて、効率的な施策を抽出し、他国へ適用することを提案することもできるだろう。

脆弱層に対する社会保障と UHC の関連に関しては、社会保障の効果は脆弱な人々には限定的であるが、社会扶助は脆弱な人々を含む医療サービスの利用を改善するのに有効であることが示唆された。保護、予防、促進、変革の観点から、社会保障の包括的な拡充を目指すとともに、保健サービスへの利用資格、保健サービスへのアクセスしやすさ、人々のニーズへの対応力、変化を促すための方策といった視点から、社会扶助を含む社会保障と保健医療との連携・協力のあり方を検討する必要がある。

UHC (国民皆保険) は、潜在的な医療需要を掘り起こし、医療費と財政負担の膨張をもたらす。患者負担の増は医療費抑制手段として安易に利用されるが、副作用も大きく貧困者への影響や医療の質等への様々な影響を加味しつつ慎重に判断すべきである。

紛争、自然災害、公衆衛生危機、気候変動や薬剤耐性によるアウトブレイク・健康危機への対応に加えて、先進技術 (新薬開発、情報システム、デジタル技術等) の活用がこれまで以上に求められる世界では、保健医療施設内だけでなく、コミュニティをはじめとしたあらゆるセッティングで具体的に対応する必要があり、PHC の特徴が機能する。予防、健康増進、種々の決定要因、人中心のアプローチを重視する PHC は、疾病の原因やリスク因子に柔軟に対応する有効・効率的な方法であると言われている。また、誰一人取り残さないと謳った SDGs、Universal と謳った UHC を達成していくために、より脆弱な人々・集団・地域・国、あるいは主要なアプローチの対象になりにくい集団にも配慮して包括的に取り組む必要があり、このためには PHC の包括的な概念に基づく行動が必要である。UHC 達成への道筋をより加速するためには、「PHC アプローチ」によって保健医療サービス機能の決定要因への働きかけが求められるとともに、保健システムだけでなく、特に人中心のセルフケアを重視した戦略的アプローチが求められる。

E. 結論

本研究では、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。分析した結果から、研究班からの提言として、下記の5つの点を提言する。(別添リーフレット「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道の補強」参照)

1. 高齢化や非感染性疾患など現代社会の特徴的な人口構造や疾病にも適応するような、人々やコミュニティを中心とした柔軟かつ持続的なプライマリ・ヘルス・ケアのアプローチを求め続け、推進すること

2. 社会・経済的、身体・精神的に脆弱な人々を取り残さないためにも、保健医療サービスの提供だけではなく、社会扶助を含めた社会保障との連携を推進すること

3. 保健医療サービス提供の公平性、質、効率性、効果を最大限にするような民間医療サービスと公的なしくみの望ましい連携の在り方について、模索し、議論を続けること

4. 保健医療サービス提供の拡大のみならず、提供されるサービスによって人々を傷つけることがないように、サービスの安全を保障するしくみづくりを推進すること

5. 自国の法律や政令、国家計画、プログラムに基づき保健システムを構築・進化させ、UHCの発展を確保すること

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

学会発表

1. Tomoko Kodama, Eri Osawa. How we can achieve Universal Health Coverage in Sustainable Development Goal 3 with Public-Private Partnerships? 第37回日本国際保健医療学会学術大会. 2022年8月. 愛知. 抄録集. P145.

2. Hayashi R. Global Impact of COVID-19 on Population Dynamics. 2nd International Borneo Public Health Conference (IBPHC) 2022. 2022年8月. オンライン

3. Hayashi R. Regional Difference of COVID-19 Mortality: Excess and Deficit. The International Conference on Population Geographies 2022. 2022年8月. オンライン

4. 大澤絵里, 林玲子, 岡本悦司, 藤田雅美, 野村真利香, 種田憲一郎, 児玉知子, 横堀雄太. 「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) への道の補修の必要性. 第41回日本国際保健医療学会西日本地方会. 2023年3月. 長崎.

5. 林玲子, 大澤絵里. 各国の状況に適した制度構築の重要性アジアにおけるUHC施策の比較から. 第41回日本国際保健医療学会西日本地方会. 2023年3月. 長崎.

論文発表

1. Hayashi R. COVID-19 and Mortality Decline in Asia in 2020. Journal of Population Problems (Jinko Mondai Kenkyu). 2022; 78(4): 493-508. doi:10.50870/00000436

2. Yokobori Y.; Kiyohara H.; Mulati N.; Lwin K. S.; Bao T. Q. Q.; Aung M. N.; Yuasa M.; Fujita M. Roles of Social Protection to Promote Health Service Coverage among Vulnerable People toward Achieving Universal Health Coverage: A Literature Review of International Organizations. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2023; 20 5754.

<https://doi.org/10.3390/ijerph20095754>

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道の補強

Paving the Road to Universal Health Coverage



令和4年度 厚生労働科学研究補助金
地球規模保健課題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の達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究班

SUSTAINABLE
DEVELOPMENT
GOALS



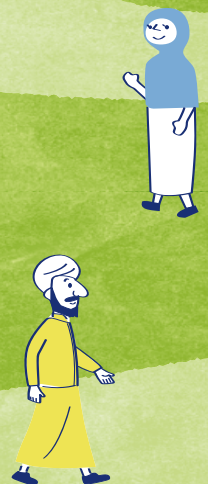
ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとは

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)とは、すべての人が、必要なときに、必要な場所で、経済的な困難なしに、質の高い保健医療サービスにアクセスできる状態をさします。2000年代以降、世界的に保健システム強化と国民皆保険制度を通し、UHC達成を目指すという戦略のもと、各国の整備がすすみ、UHCという言葉は注目を浴びてきました。今では、持続可能な開発目標(SDGs: Sustainable Development Goals)の一つの指標でもあります。



高齢化や非感染性疾患など現代社会における人間中心としたヘルスケアアプローチ:新たなプライマリ・ヘルス・ケア(PHC)

PHCとは、人々のニーズを中心とし、健康増進、病気の予防、治療、リハビリテーション、緩和ケアまで包括的なケアを行い、健康とウェルビーイングを最大化させるアプローチです。そのアプローチでは、人々の日常生活の環境に限りなく近い場所での継続的な地域に根差した包括的ケア、地域の主体性、地域での資源の活用、個人と集団両方へのアプローチが重要視されています。現代社会に特徴的である高齢化社会や非感染性疾患対策においては、そのようなアプローチが今まで以上に不可欠になります。例えば、日本では高齢者の地域ケアとして、高齢者の生活を重視した地域包括ケアが進められ、地域の多様な関係者や関係機関の連携により、そのしくみが作られてきました。また、タイでは、国の保健政策の一端を担う地域保健ボランティアが、新型コロナウイルス感染症への対応でも各地域で活躍をしました。このようなコミュニティ中心のPHCのアプローチは、新たにおこる健康課題にも柔軟に対応でき、持続可能なUHCの発展に寄与します。



脆弱な人々を取り残さないための保健医療と社会扶助を含めた社会保障との連携の必要性

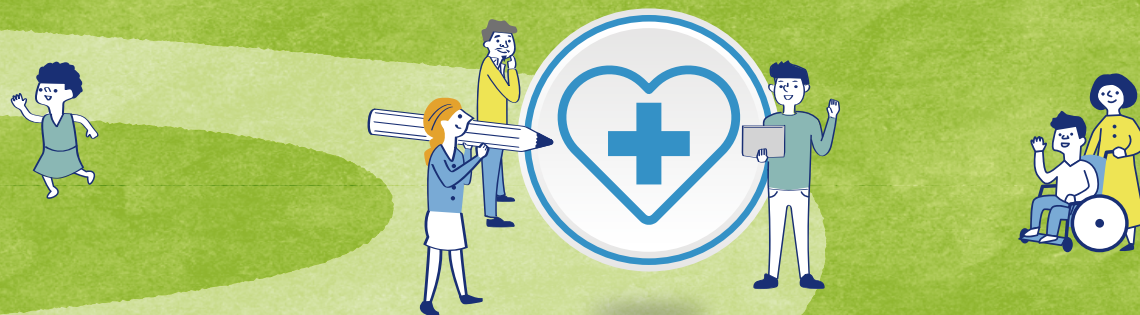
新型コロナパンデミックでは、様々な脆弱層が、健康危機対策から取り残されがちであることを浮き彫りにしました。脆弱層は、社会・経済的、または身体・精神的に困難な状況にある人々とされることが多い一方、その捉え方は国や状況や文脈により大きく異なります。WHO西太平洋地域事務局は、新型コロナの影響を受けやすい脆弱層として、ホームレス、スラムや密集住宅に住む人々、難民、移住労働者、障がい者、閉鎖施設の収容者、僻地に住む人々、困窮者、いくつもの脆さの要因が重なる人々、情報が得られにくい人々を挙げています。国連は、これらに加えて、新型コロナ禍において最も社会経済的な影響を受けやすい集団として、女性、高齢者、子どもと若者、先住民、マイノリティ、HIV等の基礎疾患を持つ人々、長期化した紛争に直面している人々、LGBTI等の差別や排除を受けている人々を挙げています。UHCを達成するためには、このような人々を取り残さない必要があり、それには、保健医療サービスの提供だけでなく、社会経済的な脆さへの対応として、社会扶助を含めた社会保障との連携が重要です。



また、世界中が新型コロナウイルス感染症のパンデミックを経験し、UHCの重要性を認めています。本研究班は、新型コロナウイルス感染症の経験乗り越え、SDGsの目標年である2030年までにUHCの更なる発展のために、さらに強化することは何かを考察し、提言します。

公的医療保険と多様なアクター：民間医療サービスとの連携

UHC達成には、民間団体、市民社会組織など多様なアクターとの協働が必要であり、社会全体でUHCの発展を目指すような仕組みをつくることが重要です。医療分野においては、サービス提供に関する様々な場面で連携が推進されています。プライマリ・ヘルス・ケアの提供において、民間と契約することにより、事業者間の競争が刺激され、アクセスの改善などの良い効果も報告されています。日本では、国民全員が公的医療保険を保障されており、同じ診療報酬制度のもと、公的施設や民間施設の区別なく、診療が提供されています。新型コロナウイルス感染症パンデミック禍で、多くの低中所得国の保健セクターでは、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が報告されました。医療サービス提供における公平性や、質、効率性、システム全体に及ぼす効果についての検証は今後も必要であり、望ましいUHCを目指すための持続可能な官民連携のあり方について、各国が知恵を出し合って検討する必要があるでしょう。



安全な保健医療サービスなしに、UHCの達成はなし：安全をシステムで担保する

安全は「効果的で良質な保健医療サービス」に求められる最低限の条件です。しかしながら、ヘルスサービスの提供によって、かえって患者に有害事象を与えていることが報告されています。先進国においても入院患者の約1割が、グローバルには外来においても約4割の患者が有害事象を経験していることが指摘されています。アジアの某国においては、感染管理が不適切な注射器を使っていたために村人の多くがHIV感染をしたり、日本国内においても、コロナ禍で新型コロナワクチン接種を進める中で、誤った患者に誤った種類・誤った濃度・誤った回数を接種したりなどの報告もされており、100%安全な医療はありません。安全は当たり前のように存在するものではなく、むしろあるのはリスクだけで、どれだけリスクを低くすると、より安全なサービスとして受け入れられるかが問われています。UHCを達成するためには、ヘルスサービスの提供とともに、サービスの安全を担保するシステムづくりがグローバルに求められています。

UHCを確かにするための基盤

国民のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを目指すためには、その基盤として法律、政令、国家計画、それらの実現のためのプログラムなどで構成されるその国固有の制度が必要となります。その制度のうえに、保健財政、保健人材、保健施設、医薬品や保健医療技術を提供する保健システムが基盤となり、安全、公平、効果的、効率的な保健医療サービスが提供され、人々の健康を守ることができ、このシステムづくりは一夜としてはならず、UHCを発展させてきた国々の推移をみると、このプロセスに多くの年数をかけて、改革・発展させています。このように、国家が主体的にその基盤をつくることをなくして、確かなUHCの達成はなしえませんが、

提言 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを発展させるために

- 1 高齢化や非感染性疾患など現代社会の特徴的な人口構造や疾病にも適応するような、人々やコミュニティを中心とした柔軟かつ持続的なプライマリ・ヘルス・ケアのアプローチを求め続け、推進すること
- 2 社会・経済的、身体・精神的に脆弱な人々を取り残さないためにも、保健医療サービスの提供だけではなく、社会扶助を含めた社会保障との連携を推進すること
- 3 保健医療サービス提供の公平性、質、効率性、効果を最大限にするような民間医療サービスと公的なしくみの望ましい連携の在り方について、模索し、議論を続けること
- 4 保健医療サービス提供の拡大のみならず、提供されるサービスによって人々を傷つけることがないように、サービスの安全を保障するしくみづくりを推進すること
- 5 自国の法律や政令、国家計画、プログラムに基づき保健システムを構築・進化させ、UHCの発展を確保すること

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班

令和4年度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

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/上席主任研究官)

研究分担者

林 玲子(国立社会保障・人口問題研究所/副所長)

岡本 悦司(福知山公立大学/教授)

藤田 雅美(国立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)

野村 真利香(国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所国際栄養情報センター/協力研究員)

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)

児玉 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)

研究協力者

横堀 雄太(国立研究開発法人 国立国際医療研究センター国際医療協力局)





Paving the Road to Universal Health Coverage



R4-Health and Labour Science Research Grants - Chikyukibo
Research on progress and challenges in Asian
countries toward achieving Universal Health Coverage by 2030



What is Universal Health Coverage (UHC)?

Universal health coverage (UHC) means that all people have access to the full range of quality health services they need, when and where they need them, without financial hardship.

Since 2000, “UHC” has attracted global attention due to development progress made by countries aiming to achieve UHC by strengthening health systems and building a universal health insurance system.



People-centered Healthcare Approaches for Ageing and Non-communicable diseases: Renewed Primary Health Care (PHC)

Primary Health Care (PHC) is an integrated care approach that focuses on people’s needs through health promotion, disease prevention, treatment, rehabilitation, and palliative care to maximize health and well-being. This approach places importance on continuous community-based integrated care as close as possible to people’s living with community autonomy, use of community resources, and approach to both individual and community. The necessity of this approach will become more essential than ever to further address ageing population and non-communicable diseases (NCDs) in coming year. For example, in Japan, “the Community-based Integrated Care System” as a community-based care system for the elderly has been created and promoted through the cooperation of various stakeholders and related organizations. In Thailand, community health volunteers, actively play a role in national health policies in response to COVID-19-related care needs. Such community based PHC approaches can flexibly accommodate such needs, when emerging health challenges arise, and contribute to the development of sustainable Universal Health Coverage.



Coordination between Health Services and Social Protection, including Social Assistance for Vulnerable Populations

The COVID-19 pandemic has highlighted the existence of various vulnerable groups that may be passed over in emergency health responses. Vulnerable groups are often represented by those who live with challenging social/economic or physical/mental conditions. How these people are perceived varies greatly depending on the country, living situations, and contexts of their lives. The WHO Western Pacific Regional Office recognizes people experiencing homelessness, residents of slums and overcrowded housing, refugees, migrant workers, the disabled, people residing in closed facilities, people living in remote areas, people in poverty or extreme poverty, people facing intersecting and compounding vulnerability, and people affected by the digital divide. In addition to the above, the affected populations also include at-risk populations experiencing socio-economic marginalization and requiring specific attention under COVID-19 pandemic recognized by the United Nations to include women, the elderly, children and young people, indigenous peoples, minorities, people with underlying conditions (such as HIV), people living in areas subject to protracted conflicts, as well as LGBTI populations and other groups that face discrimination and exclusion. To achieve UHC, these people must not be left behind, not only with regard to providing health services, but also in response to the socioeconomic challenges that make them vulnerable. Coordination with social protection that include social assistance is key.



Today, UHC is recognized as a key indicator of the Sustainable Development Goals (SDGs). The experience of the global COVID-19 pandemic has shown the world the importance of UHC. Based on the experience of COVID-19, this research group now considers the means for development of UHC by 2030, the target year of the SDGs, and makes the proposals following.

Public Health Insurance and Diverse Stakeholders: Cooperation with Private Healthcare Services

To achieve UHC, collaboration among various players as private organizations and civil society organizations is necessary, as is creation of a mechanism by which the whole of society may aim toward the development of UHC. In the medical field, collaborations are now promoted in the various aspects of service provisions. Contracting with the private sector to provide primary health care has been reported to have positive effects, such as improved care access, by stimulating competition among providers. In Japan, all citizens are covered by public health insurance, under the same medical fee system, and with no distinction made between public and private facilities.

When the COVID-19 pandemic appeared on the world scene, health care sectors in many developing countries reported crises in private sectors providing healthcare services, which also resulted in worsening the situations of the countries. This illustrates the necessity of close monitoring for fairness, quality, efficiency in health care services as well as its systemwide impact. Every country must pool its collective wisdom regarding what form sustainable public-private partnerships should take to achieve desirable outcome, which is UHC.



No Achievement of UHC without Patient Safety: the System Must Ensure the Safety

Safety is the minimum requirement for effective, quality health care services. However, it has been reported that providing health services can cause adverse events in patients. It has been noted that about 10% of hospitalized patients in developed countries and about 40% of outpatients globally experience adverse events. In a certain Asian country, for example, several residents in a village became infected with HIV due to an improper use of syringes. In Japan, there have also been reports of inoculations administered that were the wrong type, wrong concentrations, or wrong number of doses. There is no 100% safe medical treatment. Safety does not exist as a matter of course, but there are always risks and the question remains as to how levels of risk can be reduced the point where a service is considered safe. To achieve UHC, there is a global demand for the provision of health services that includes creation of a system that ensures their safety.

A Solid Foundation for Universal Health Coverage

To achieve UHC, an institution composed of laws, ordinances, plans and programs that are specific to the context of each country is needed. On top of that, a health system securing financing, health workforce, infrastructure, medicines, and technology would serve as a foundation for providing safe, fair, effective, and efficient health care services. The creation of this foundation cannot happen overnight. Countries that have developed UHC took many years to create, reform and develop it. Without the national commitment to build this foundation, it will be impossible to achieve UHC.

Proposal for the development of Universal Health Coverage

- 1 Continue to seek and promote flexible and sustainable primary health care approaches that are people- and community – centered to adapt to emerging population dynamics and epidemiological transitions such as ageing, noncommunicable diseases etc.
- 2 Not leave behind socially, economically, physically and mentally vulnerable people – not only regarding health care services but also with social protections including social assistance
- 3 Continue to explore and discuss cooperation between private medical services and public systems that maximize the fairness, quality, efficiency, and effectiveness of health care services
- 4 Promote the creation of a system that guarantees safety so that people are not harmed by health care services
- 5 Build and continuously improve the foundation for health systems based on national laws, ordinances, plans and programs to ensure the development of UHC

Research on progress and challenges in Asian countries toward achieving Universal Health Coverage by 2030

R4-Health and Labour Science Research Grants - Chikyukibo

Principal investigator

Eri Osawa

Chief Senior Researcher, National Institute of Public Health, Department of International Health and Collaboration

Research Members

Reiko Hayashi

Deputy Director-General, National Institute of Population and Social Security Research

Etsuji Okamoto

Professor, The University of Fukuchiyama

Masami Fujita

Director, National Center for Global Health and Medicine, Division of Global Health Programs,

Bureau of International Health Cooperation

Marika Nomura

Researcher, National Institute of Health and Nutrition, International Center for Nutrition and Information

Kenichiro Taneda

Chief Senior Researcher National Institute of Public Health, Department of International Health and Collaboration

Tomoko Kodama

Chief Senior Researcher, National Institute of Public Health, Department of International Health and Collaboration

Research Collaborator

Yuta Yokobori

National Center for Global Health and Medicine, Division of Global Health Programs,

Bureau of International Health Cooperation



ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道の補強/Paving the Road to Universal Health Coverage

引用・参考文献

高齢化や非感染性疾患など現代社会における人間中心としたヘルスケアアプローチ：新たなプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）

- WHO/UNICEF. A vision for Primary Health Care in the 21st Century. 2018

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>

脆弱な人々を取り残さないための保健医療と社会扶助を含めた社会保障との連携の必要性

- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. Actions for Consideration in the Care and Protection of Vulnerable Population Groups for COVID-19; WPRO: Manila, Philippines, 2021.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333043>

- United Nations. A UN Framework for the Immediate Socio-Economic Response to COVID-19; UN: New York, NY, USA, 2020.

<https://unsdg.un.org/resources/un-framework-immediate-socio-economic-response-covid-19>

公的医療保険と多様なアクター：民間医療サービスとの連携

- World Health Organization, Europe. New WHO report lays out concrete actions for governments to optimize public-private partnerships for health

<https://www.who.int/europe/news/item/26-01-2023-new-who-report-lays-out-concrete-actions-for-governments-to-optimize-public-private-partnerships-for-health>

- The World Bank. Public-Private Partnerships

<https://www.worldbank.org/en/topic/publicprivatepartnerships>

安全な保健医療サービスなしに、UHC の達成はなし：安全をシステムで担保する

- WHO/World Bank Group/OECD. Delivering quality health services - A global imperative for universal health coverage. 2018

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?ua=1>

- WHO. Patient Safety (Website)

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

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4年度 分担研究年度終了報告書

途上国における UHC の要素である医療の質・安全の現状
- 1次医療を中心に

研究分担者 種田憲一郎 (国立保健医療科学院)
研究協力者 堀井 聡子 (株式会社フジタプランニング)
宮本 勝行 (株式会社フジタプランニング)
竹形 みずき (株式会社フジタプランニング)
Ishdorj Enkhtsolmon
Nansalmaa Bazarragchaa

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関係法令等、計画・対策、評価方法・指標、とくに1次医療レベルにおける医療事故の実例について、情報収集することを目的とする。

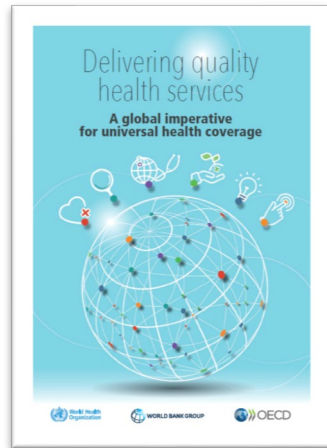
【方法】情報収集の協力が得られた4か国（ベトナム、フィジー、ジンバブエ、モンゴル）を対象に、インターネットや紙媒体（行政機関からの発行資料等）、文献（新聞記事等を含む）等オープンアクセスの情報源を中心に調査を行った。

【結果】患者安全または医療の質向上に関わる取組みは、4か国の全ての国々で、何らかの活動が行われていた。一方で医療の質や安全に関する法規制や国家政策については3か国（75%）、評価方法・指標の有無については1か国（25%）、具体的な医療事故（疑い含む）の事例共有については2か国（50%）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4か国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。一方で、ほとんどの国々で医療事故の具体的な事例が公開されていない、医療に関わる訴訟や苦情の数などが把握されていないことは、患者安全の課題を把握することの難しさも示唆されている。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。

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) 「全ての人々が基礎的保健医療サービスを必要な時に経済的・社会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人々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、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)

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>

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いて、とくに1次医療レベルにおける患者安全に関わる取組み・医療事故の事例について、情報収集することを目的とする。

B. 研究方法

【調査方法と調査項目】

インターネットや紙媒体（行政機関からの発行資料等）、文献（新聞記事等を含む）等オープンアクセスの情報源を中心に調査を行う：

- (1) 医療の質や安全に関する法規制や国家政策について
- (2) 国・地域・医療機関のそれぞれにおける計画や対策の状況について
- (3) 国・地域・医療機関のそれぞれにおける評価方法・指標の有無について（「有り」の場合は医療関係訴訟の数や医療に関わる苦情の数等）
- (4) 具体的な医療事故（疑い含む）の事例について

【対象国】

以下の4か国の状況について調査を行う：

- ① ベトナム社会主義共和国
- ② フィジー国
- ③ ジンバブエ共和国

④ モンゴル国

<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（参照：表、別添資料）

- 関係法令等
 - －4か国のうち3か国（75%）において関係する法令がみられた。
- 計画・対策
 - －4か国全て（100%）において何らかの活動が行われていた。
- 評価方法・指標
 - －4か国のうち1か国（25%）のみで取り組みがみられた。
- 1次医療レベルでの医療事故の実例
 - －4か国のうち2か国（50%）において事例について情報収集できた。

国名	調査項目	関係法令等	計画・対策	評価方法・指標	1次医療レベルにおける医療事故の実例
①	ベトナム社会主義共和国	×	△	×	×
②	フィジー国	○	○	×	○（1件のみ）
③	ジンバブエ共和国	△	△	×	×
④	モンゴル国	○	○	○	○

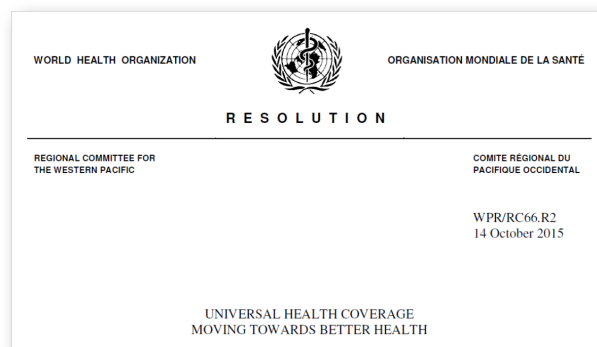
D. 考察

一部の国々においては1次医療における患者安全に関する法令等の有無が不明瞭であるが、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いた。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。一方で患者安全の取組みに関する評価方法・指標はモンゴル以外の国々では見つけられなかった。また、1次医療レベルにおける医療事故も皆無ではないはずであるが、ほとんどの国々で報告が見つけられなかった。

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、組織としての課題である。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、これらのシステムの課題を把握し解決する端緒となる医療事故の具体的な事例が公開されていない国々や、患者安全に関わる指標（訴訟や苦情の数など）がない国々があることは、1次医療における患者安全の課題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。

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の取組みの一つとして、世界各国の保健大臣が中



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

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た。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/>)。2019年にはジェッダ(サウジ・アラビア)において、第4回のサミットが開催された

(<https://www.spsc.gov.sa/English/Summit/Pages/About-the-Summit.aspx>)。

これらのサミットの会合において、OECDは様々な医療分野における患者安全に関する医療経済学的評価のレポートを発表している。そのうちの1つが、1次医療に関わる「The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care」である

(<https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>)。この中で言及されているメッセージは以下である：

1. プライマリーケアと外来診療は、高いパフォーマンスで持続可能かつ強靱な医療システムの基盤であり、鍵である。
2. プライマリーケアや外来診療における安全性の欠如はよくあることであり、その多くは回避することができる。
3. 患者への危害に起因する世界の疾病負担の半分は、プライマリーケアと外来診療で発生している。
4. 安全性の欠如がもたらす金銭的、経済的コストは高い。
5. 部門の分断と適切な情報の欠如を克服しなければならない。
6. より強力なガバナンスと監視が必要である。
7. より安全なプライマリーケアや外来医療を実現するためには、患者さんの関与を深めることが鍵となる。
8. 医療システムのすべてのレベルでリーダーシップが必要である。

2020年以降、新型コロナウイルスのパンデミックによりサミット開催は延期されていたが、2023年2月23日・24日に、Patient Safety 5th Global Ministerial Summit（患者安全の第5回世界閣僚級サミット2023）が、スイスのモントルーでスイス政府の主催によって開催された（<https://pss2023.ch/>）。サミットのスローガンは「Less harm better care - from resolution to implementation」（危害を

より少なくし、よりよいケアを—対策からその実装へ）であった。当日の発表によると世界中から600名余りの参加者があり、80カ国以上から閣僚や上級行政官などの参加があった。サミット後に発表された

「Montreux Charter on Patient Safety」（患者安全に関するモントルー憲章）によると、世界各地の専門家・上級行政官・閣僚のための重要な行動決議として、まず明記されていたことは以下であった：「患者安全の戦略・政策及び介入の実施を強化することで、グローバルな公衆衛生上の優先事項として患者安全を位置づける」。患者安全の取組みがグローバルにさらに高まっ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4か国全ての国において、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。患者安全への取組みはグローバルにも高まっており、UHCの達成にも欠かせない。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必要がある。

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）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

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 5 年 3 月

(2023 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
I. ベトナム社会主義共和国.....	2
II. フィジー国.....	7
III. ジンバブエ共和国.....	12
IV. モンゴル国.....	15

図表一覧

図 1: 医療提供体制（ベトナム）.....	2
図 2: 人口（モンゴル）.....	15
表 1: 人口の推移（フィジー）.....	7
表 2: 各医療レベルにおける保健医療施設の概要（フィジー）.....	8
表 3: 各地域の地域病院・地区病院・専門病院のリスト（病院名）（フィジー）.....	9
表 4: 医療事故事例（2010年以降）（フィジー）.....	11
表 5: 各医療レベルにおける施設種別と施設数（ジンバブエ）.....	12
表 6: 持続可能な開発目標モニタリング指標・評価（モンゴル）.....	16

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4か国を対象とし、調査を実施した。

- (1) ベトナム社会主義共和国
- (2) フィジー国
- (3) ジンバブエ共和国
- (4) モンゴル国

3. 調査方法

インターネットや紙媒体（行政機関からの発行資料等）、文献（新聞記事等を含む）等オープンアクセスの情報源を中心に、以下の項目について情報収集を行った。

- (1) 医療の質や安全に関する法規制や国家政策について
- (2) 国・地域・医療機関のそれぞれにおける計画や対策の状況について
- (3) 国・地域・医療機関のそれぞれにおける評価方法・指標の有無について（「有り」の場合は医療関係訴訟の数や医療に関わる苦情の数等）
- (4) 具体的な医療事故（疑い含む）の事例について

4. 調査結果

1. ベトナム社会主義共和国

1. 基本情報

ベトナム社会主義共和国（以降、ベトナム）の人口は9,762万人¹、平均寿命は男性が71.2歳、女性が79.4歳である。主な死因は、心血管疾患（33.2%）、悪性新生物（19.9%）、糖尿病（6.7%）等の生活習慣病である²。合計特殊出生率は2.1、人口に占める高齢者割合は12.3%（ベトナムでは60歳以上を高齢者と定義）であり、近年、高齢化が急速に進んでいる^{3,4}。

ベトナムの公的医療の提供体制は、国・省・郡・コミュニティの4つのレベルに分類されている（図1）。各レベルの公的医療施設の所管は、国立病院は保健省、省・郡病院はそれぞれ省・郡行政組織である。コミュニティレベルの医療施設はコミュニティヘルステーションと呼ばれ、医師（一般医）、看護師、助産師等が勤務している。これら医療施設間では、患者の病状に応じて下位の病院から上位の病院へ紹介したり、治癒した患者を逆紹介したりするリファラルシステムが存在するが、実際には、コミュニティヘルステーション、郡病院を経由せずに、省や国・中央レベルの病院を受診する患者は少なくない。民間医療施設も存在するが（施設数は国内の全病院の10%未満）は、リファラルシステムには含まれていない。本稿では、公的医療の提供レベルのうち、コミュニティレベルで提供されている医療を指して1次レベルの医療とする。

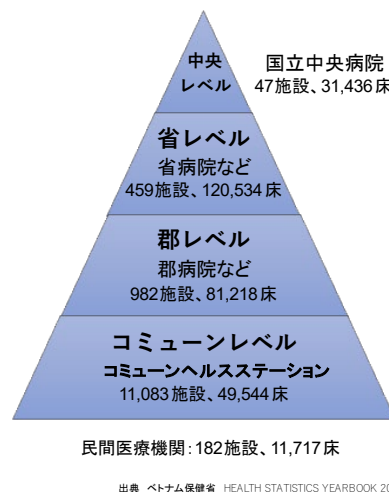


図1：医療提供体制（ベトナム）

¹ 外務省. ベトナム社会主義共和国. <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/vietnam/data.html#section1>

² IHME. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

³ Help age Vietnam. <https://ageingasia.org/ageing-population-vietnam/>

⁴ world bank databank.

https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=VNM

2. 関係法令等

ベトナムにおける医療安全に関する法律・計画等は保健省医療サービス局 (Medical Service Administration) の所掌である⁵。

本調査時、ベトナムには医療安全に関する法律は存在しなかった⁶。ただし、政府は、医療従事者の資格・免許・教育に関する事項や医療機関の機能・体制等を規定する「診断治療法 (2009年発効)」⁷の改定作業を進めており、同改定を通じて医療安全に関する章が新設される予定である⁸。改定案には、病院の安全を確保し、患者や医療従事者の安全を確保する活動の法的拘束力を確立・強化することを目的として、医療事故や苦情・医療紛争の解決に関する事項を盛り込むことが検討されている。ただし、同法律の内容が、医師をはじめとする医療従事者の免許 (国家試験の導入) に関する事項等広範にわたることから、改定案に関する関係者の合意が得られておらず、国会への法案提出はなされていない^{9,10}。

医療安全に関する主な行政文書には、2013年に保健省より発出された「保健省通達：病院の医療サービスのクオリティ・マネジメント・ガイドライン (19/2013/TT-BYT)」¹¹と「保健省大臣決定：病院の質基準 (4858/QĐ-BYT)」¹²がある。通達には、患者中心の医療を理念として、医療の質を担保するための定期的な監査の実施等について記載されている。加えて、患者安全に関する事項として、正確な患者の特性、医療行為に関する事故の予防、安全な外科手術の実施、安全な薬剤の使用、患者の転落防止等を推進するために、環境改善の取り組み、医療事故の報告と要因分析の実施等を具体的な対策として掲げられている¹³。一方の大臣決定では、5項目83指標からなる病院の質の基準を定めている。同基準に患者安全の項目は含まれていないものの、全指標に患者安全の視点が横断的に取り入れられている¹⁴。以上のことから、ベトナムでは医療安全に係る法制度整備を進めているが、改訂法案および通達の対象となる医療施設の種類の種類は「病院」のみである。

1次医療の質に関しては「大臣決定：草の根レベルのヘルスケアネットワーク構築に関するプロジェクト (2348/QĐ-TTg)」¹⁵の中に言及されている。ただし、本決定は、コミュニケーションヘルスセンターを含めた1次医療の提供体制、提供される医療の内容を充実させることを

⁵ 2019年度 医療技術等国際展開推進事業 報告書

⁶ Ministry of Health. Report draft of law on medical examination and treatment. EPORT DRAFT OF LAW ON MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT (Amendment), 2019

⁷ Law on the medical examination and Treatment (40/2009/QH12)

⁸ Ministry of Health. Report draft of law on medical examination and treatment (Amendment), 2019

⁹ <https://en.vietnamplus.vn/draft-revised-law-on-medical-examination-treatment-under-discussion/240633.vnp>

¹⁰ <https://vietnamlawmagazine.vn/na-scrutinizes-draft-laws-on-health-facilities-treatment-48707.html>

¹¹ The Ministry of Health, Vietnam. Circular: Specifying Implementation Guidelines for Healthcare Service Quality Management in Hospitals. -No. 19/2013/TT-BYT, 2013

¹² BỘ TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN số 4858/QĐ-BYT, 2013 年

¹³ The Ministry of Health, Vietnam. Circular: Specifying Implementation Guidelines for Healthcare Service Quality Management in Hospitals. -No. 19/2013/TT-BYT

¹⁴ アジアの開発途上国における医療の質の改善への取り組み NCGM テクニカルレポート Vol.09, 2016

¹⁵ Project of building and development health care network at the grassroots level in the new context QUYẾT ĐỊNH PHÊ DUYỆT ĐỀ ÁN XÂY DỰNG VÀ PHÁT TRIỂN MẠNG LƯỚI Y TẾ CƠ SỞ TRONG TÌNH HÌNH MỚI 2348/QĐ-TTg, 2015

目的としたものであり、医療安全に関する記載は見られなかった。

3. 計画・対策

ベトナムでは、医療施設における医療安全対策を進めるため、2009年に医薬品に関する有害事象を報告する National Centre of Drug Information and Adverse Drug Reactions Monitoring (National DI&ADR Centre)を設立するとともに、2011年には「Be Safe with Medicines」と呼ばれる誤薬防止や薬の安全性に関する取り組みを開始した。また、保健省は2018年に医療事故を予防することを目的として「通達：医療施設における医療事故予防のためのガイドライン (43/BYT/2018)」を発行し、医療施設における医療事故の特定・分析・報告のためのシステム確立に向け取り組んでいる¹⁶。本通達を受け、「現在、多くの病院においてインシデント報告が実施されるようになった」、という報告がある¹⁷。加えて、前項に記載した大臣決定 (4858/QĐ-BYT) の指標のひとつに「質管理部門の設置」が明記されていたことから、病院における質管理部門の設置が急速に進み、現在では、郡病院における設置が進んでいるという報告がある¹⁸。ただし、前述の通り、いずれの行政文書も病院を対象としており、1次医療を提供する施設で同様の対策がなされているかについては、情報は得られなかった。

医療安全に係る制度とは別に、Direction of Healthcare Activities と呼ばれる制度があり、省病院等には、それより下位レベルの病院に対して、医療サービス、予防活動、科学研究、研修等の実施支援が推奨されている¹⁹。また、国立または省病院等に設置された研修センターや、研修実施に関する国の認可を受けた病院は、自組織のみならず、それより下位の病院に勤務する看護師等に対しても感染症対策や看護管理等、各種テーマの卒後研修（現任教育）を実施できる制度がある。こうした制度を用いて、1次医療を提供する医療従事者に対する医療安全に関する知識の普及がされている可能性がある。

4. 評価方法・指標

上述のとおり、「保健省大臣決定：病院の質基準 (4858/QĐ-BYT)」が2013年12月に発出された²⁰。評価指標は5項目22コード83指標で構成されている。項目と指標数は、患者中心ケア（19指標）、保健人材（14指標）、専門活動（38指標）、質改善活動（8指標）、専門領域基準（4指標）である。専門活動の項目に、感染管理、インフラ・機材の安全性、薬剤管理等のコードが含まれている²¹。評価は、国内すべての公的病院で定期的（年1回）に実施され、全指標を「悪い、普通、おおむね良い、良い、非常に良い」の5段階で評価して

¹⁶ WHO. Quality and Safety. <https://www.who.int/vietnam/health-topics/patient-safety>

¹⁷ 国立国際医療研究センター. 2019年度医療技術等国際展開推進事業報告書. 7.医療の質・安全に係る組織内連携促進のための保健医療従事者マネジメント能力強化事業. 2020

¹⁸ 2019年度医療技術等国際展開推進事業 報告書

¹⁹ アジアの開発途上国における医療の質の改善への取り組み NCGM テクニカルレポート Vol.09, 2016

²⁰ BỘ TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN số 4858/QĐ-BYT, 2013 年

²¹ アジアの開発途上国における医療の質の改善への取り組み NCGM テクニカルレポート Vol.09, 2016

いる。また、評価点の平均値を保健省の WEB サイトで公開している²²。ただし、この評価は「病院」に対しての取り組みであり、1次医療を提供する施設に対する質評価の指標や方法に関する情報は得られなかった。

5. 1次医療レベルにおける医療事故の実例

ベトナムの医療安全に関する記載として、2015年に「医療機関における事故報道が相次ぎ、国民の医療機関への患者安全への取り組みの注目度が急速に高まっている」という記述²³があったほか、「医療現場での医療事故・医療ミス等が社会問題化し、患者や住民からは医療施設での患者安全や医療の質が問われるようになったことを受け、2013年に病院の質管理部に関する保健省通達が発出された²⁴」との記述があった。これらのことから、2012年より以前から、ベトナムでは、報道等を通じて国民に医療事故等が認識されるようになっていたと推察される。

そこで、2010年から現在までに登録された論文について、PubMedを用いて(((patient safety) OR (medication errors) OR (medical errors)) AND (vietnam))をキーワードで検索したところ192件の論文が該当した。このうち、医療事故の内容と発生状況を明らかにしている論文が3件^{25,26,27}あり、うち2件^{26,27}は同一研究チームによるベトナム都市部の2箇所の公立病院を対象とした投薬事故に関する研究であった。2014年に実施された調査(7日間の観察研究)の結果、全投薬ケース5,271中2,060のケースで少なくとも1回の医療事故(投薬事故)があったことが明らかになっている(発生率:39.1%,95%CI:37.8%-40.4%)。具体的な事故の内容は、投与方法の間違い(23.5%)、調製方法の間違い(15.7%)、投薬漏れ(2.3%)、投与量の間違い(1.8%)であった。これらの事故の臨床上的インパクトは、軽度72(1.4%)、中等度1,806(34.2%)、重度182(3.5%)であった²⁶。

また、上記と同時期に実施された調査は、インスリンに限定した投薬事故が229ケース中66件発生していたことを明らかにした(発生率:28.8%,95%CI:23.1%-35.2%)。いずれも臨床上のインパクトが中等度～重度の可能性のあるものであった。投与方法により発生率は異なり、皮下注射(22.5%)より点滴(80.0%)による発生率が高かった。具体的な事故の内容は、投与時間の誤り、準備・投与技術の誤り、投与漏れであった²⁷。

²² 国立国際医療研究センター. 2019年度医療技術等国際展開推進事業 報告書 7.医療の質・安全に係る組織内連携促進のための保健医療従事者マネジメント能力強化事業, 2020

²³ <https://www.jica.go.jp/project/vietnam/010/news/20150409.html>

²⁴ 2019年度医療技術等国際展開推進事業 報告書

²⁵ Nguyen H-T, Nguyen T-D, van den HeuvelER, Haaijer-Ruskamp FM, Taxis K (2015) Medication Errors in Vietnamese Hospitals: Prevalence, Potential Outcome and Associated Factors. PLoS ONE 10(9):e0138284. doi:10.1371/journal.pone.0138284

²⁶ Huong-Thao Nguyen 1, Tuan-Dung Nguyen, Flora M Haaijer-Ruskamp, Katja Taxis Errors in preparation and administration of insulin in two urban Vietnamese hospitals: an observational study. Nurs Res. 2014 Jan-Feb;63(1):68-72.

²⁷ Reema Harrison1*, Anurag Sharma1, Merrilyn Walton2, Esmond Esguerra3, Seinyenede Onobrakpor1, Bui Trung Nghia4 and Nguyen Duc Chinh4 Responding to adverse patient safety events in Viet Nam Harrison et al. BMC Health Services Research (2019) 19:677<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4518-y>

もう一件は、1 教育病院（外科病院）の医師・看護師 1,000 人を対象とした研究であった。調査の結果、回答者 497 名中 295 名（59%）がインシデントを経験しており、うち 86 名（17%）は重度のインパクトが生じる可能性がある事象を経験していた。また、397 名（80%）はニアミスを経験しており、そのうち 140 名（28%）のケースは重度のインパクトが生じる可能性のある事象であった。発生した事象の具体的な内容については記載がなかった。なお、これらインシデントの報告後の対応について、何等かの対応（ガイドラインの修正等）が取られたケースは 19%にとどまり、報告制度があってもその後の対応は十分ではないことが示唆された。

以上のように、医療事故の実態やその原因を客観的に把握し、対策を講じる動きもみられているが、1 次医療を提供する施設における情報は得られなかった。

II. フィジー国

1. 基本情報

フィジー共和国（以降、フィジー）は、2020年時点で、人口は896,444人²⁸、平均寿命は男性が66歳、女性が70歳である²⁹。2020年時点で2.5であり²⁹、全人口の19%程が20歳未満である。また、主な死因は、2021年度の報告によると、心血管疾患（33.5%）、内分泌/代謝系疾患（16.7%）、悪性新生物（9.4%）と非感染性疾患（Noncommunicable diseases）が上位を占める³⁰。

表 1：人口の推移（フィジー）

	2019年	2020年	2021年	2022年
総人口（人）	918,465	920,422	924,610	929,766

保健医療サービス省より共有

フィジーの医療提供体制は、スバを拠点とした中部地域（Central division）、西部地域（Western division）、東部地域（Eastern division）、北部地域（Northern division）の4地域に区分けされ、各地域での保健公衆衛生上の行政機関として地域保健局（Divisional Medical Office）が設置されている。各地域で3次レベルである地域病院（Divisional Hospital）と2次レベルである地区病院（Sub-divisional Hospital）、1次医療レベルであるヘルスセンター（Health Centre）またはナースステーション（Nurse station）の3層の公的医療機関が配置されている。この他、公的医療機関として専門病院も数か所設置されている。公的保健医療施設における人的資源、財務、医薬品及び医療資機材の管理は保健医療サービス省（Ministry of Health and Medical Services, MHMS）によって一元化されている。MHMSの傘下において、Medical Superintendents（以降、MS）が地域病院及び専門病院の臨床サービスを管理し、Divisional Medical Officers（以降、DMO）が群小地域病院、ヘルスセンター、ナースステーションを管理している。

また、表3に国内の各地域（中部、東部、西部、北部）における、地域病院（Divisional Hospital）、地区病院（Sub-divisional Hospital）、専門病院、民間病院のリストを示す（2022年11月時点）。

²⁸ 外務省. フィジー共和国 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/fiji/data.html#section1>

²⁹ World Bank. Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN?locations=FJ>

³⁰ フィジー国保健医療サービス省提供資料

表 2：各医療レベルにおける保健医療施設の概要（フィジー）³¹

施設種別	人員配置例	カバー人口	概要
地域病院	医師、助産師、看護師、環境保健オフィサー、放射線技師、歯科医、栄養士、理学療法士、ヘルスプロモーションオフィサー、ピア・エドゥケーター、検査室スタッフ等	100,000～800,000	公的病院では、3つの地域病院と2つの専門病院を通じて専門の外来治療と入院患者のケアが提供される。 院内の医療機器、医薬品、消耗品、包帯等の医療資源は、Essential Drugs List (EDL) ³² 及び関連する機材リストに基づき、調達、保管されている。
地区病院	医師、助産師、看護師、環境保健オフィサー、放射線技師、歯科医、栄養士、理学療法士、ヘルスプロモーションオフィサー、ピア・エドゥケーター、検査室スタッフ等	10,000～80,000	病床数は10～80床である。院内の医療機器、医薬品、消耗品、包帯等の医療資源は、Essential Drugs List (EDL)及び関連する機材リストに基づき、調達、保管されている。 緊急時、ヘルスセンターからの搬送先として夜間もオンコールで対応している。
ヘルスセンター	医師、あるいはナースプラクティショナーと看護師	3,500～10,000	大規模なヘルスセンターには、薬局、臨床検査室、X線撮影室が備わる。歯科、ヘルスインスペクター ³³ 、栄養士、看護師が在籍し、学校訪問や地域看護活動を実施している。一部のヘルスセンターには、外来患者の短期観察（最大12時間）及び緊急出産に対応できるベッドがある。 全てのヘルスセンターの基本的なインフラは、政府の定める施設基準に従っている。また、EDLに従って医薬品・消耗品・医療機器・その他の備品が供給される。
ナースステーション	看護師	1,000～5,000	多くのナースステーションはMHMSによって運営されている（95%）。一部は電気が通っており、他施設へのリファラルのための無線電話を有している。その他、コミュニティが独自に運営するナースステーションについても、政府の基準を満たす必要がある。 看護師は、保健省が管轄する発注システムを通じて医薬品やその他の消耗品の供給を受けている。

（出典：保健医療サービス省提供資料）

³¹ フィジー保健医療サービス省提供資料

³² 保健医療サービス省. Essential Drugs List (EDL). <https://health.gov.fj/PDFs/Essential%20Medicine%20List.pdf>

³³ ヘルスインスペクター：食品安全、水衛生、タバコ、感染症等の公衆衛生上の規制に基づき、食堂、学校、空港、医療施設等の機関に所属し、管理・指導を実施する職種

表 3：各地域の地域病院・地区病院・専門病院のリスト（病院名）（フィジー）

中部	東部	西部	北部
地域病院 (Divisional Hospital)			
Colonial War Memorial		Lautoka	Labasa
地区病院 (Subdivisional Hospital)			
Navua	Levuka	Sigatoka	Savusavu
Korovou	Vunisea	Nadi	Waiyevo
Vunidawa	Lakeba	Tavua	Nabouwalu
Nausori	Lomaloma	Rakiraki	
Wainibokasi	Rotuma	Naiserelagi Maternity	
	-	Ba	
専門病院		民間病院	
St. Giles	-	Military Hospital	Suva Private Hospital
Tamavua/Twomey	-	Naiserelagi Maternity	

(出典：MHMS 共有資料)

2. 関係法令等

フィジーにおける医療安全に関する計画等は、MHMS が所轄である。MHMS が発行している「戦略計画 2020-2025 (National Strategic Plan 2020-2025)」³⁴によると、国内の医療安全の取り組みについては「優先分野 2：質が高く安全で患者中心の医療サービスへのアクセスの向上」の内「成果 2.3：患者安全とサービスの質と価値の持続的な改善」の中で「すべての保健医療セクターにおける患者安全や質の向上に係る実践、クリニカルガバナンスの強化 (活動 2.3.1.1.)」と関連している。この他、病院管理体制の構築や質の向上については、「優先分野 3: 効率的で効果的なヘルスシステムの管理」の内、「重点分野 3.1：すべてのスタッフの貢献が認められ評価される技能に優れた人材の育成」、「重点分野 3.2：サプライチェーン・調達システム・医療機器/機材の維持管理の効率性の向上」、「重点分野 3.6：MHMS 全体の計画とガバナンス体制の強化の継続」等とも関連している。

保健人材の質の担保に係る法令は職種に応じて設けられており、すべての医療レベルでの医療・保健職種に対して、登録・役割・違反行為・罰則等が規定されている。医師・歯科医師の関連法令としては、1978 年に発効された医師/歯科医師法 (Medical and Dental Practitioner) があり、2017 年に改訂されている³⁵。この法令はフィジーの医療、歯科、鍼治療、カイロプラクティック治療に関して、医師および歯科医師の登録と役割、医師、歯科医師会の役割についても明記している。また、看護師・助産師の関連法令としては、2011 年に発効された看護師法 (Nursing Act 2011) があり、助産師その他の看護系医療職については 1999 年発効の看護師・助産師・看護系医療職法令 (Nurses, Midwives and Nurse Practitioner' rules 1999) が対応している³⁶。栄養士等の保健関連職種 (Allied Health Professionals) については、2011 年発効の保健関連職種法 (Allied Health Professionals Decree 2011) が対応してい

³⁴ MHMS. <https://www.health.gov.fj/health-ministry-launches-infection-prevention-and-control-guidelines/>

³⁵ WHO. Medical and Dental Practitioners Act. <https://extranet.who.int/mindbank/item/151>

³⁶ The Laws of Fiji. <https://laws.gov.fj/Acts/DisplayAct/3219>

る³⁷。

3. 計画・対策

フィジーでは、医療施設における医療安全対策を進めるため、MHMS 事務次官 (Permanent Secretary) に直属する役職として「国家患者安全・質マネジャー (National Manager of Patient Safety & Quality)」が設置され、1名の担当官が保健医療施設における患者安全と医療サービスの質に係る管理を担っていた。2023年1月に名称が「国家患者安全マネジャー (National Manager of Patient Safety)」に変更となった。同役職では、患者安全及び保健医療施設における医療サービスの質に係る管理を担い、地域保健局との協働のもと、リスクマネジメント、クリニカルガバナンス体制、患者満足、医療サービスの質の向上、5S-KAIZEN-TQM 手法を管轄する。さらに、各地域保健局にリスクマネジャーが配置され、各担当地域の医療安全と質の向上に関わっている。さらに、地域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。

また、2017年、患者の権利と顧客満足度の向上のため、保健省は患者からの苦情受付ホットラインを開設した。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。

2004年に策定された院内感染対策ガイドラインは、世界銀行の財政援助と太平洋共同体 (Pacific Community, SPC) の技術支援のもと、2022年に改訂され発行された。各医療機関では、ガイドラインに基づいた院内感染研修が実施されているものの³⁸、改訂版発行後、世銀の財政支援のもと、西部地域、北部地域を中心に医療施設を対象とした集中的な院内感染予防の研修が開催された。

4. 評価方法・指標

1次医療を提供する施設に対する質評価の指標、方法に関する情報は得られなかった。

5. 1次医療レベルにおける医療事故の実例

2010年から現在までに登録された論文について、PubMed を用いて (((patient safety) OR (medication errors) OR (medication errors) OR (medical errors)) AND (fiji)) をキーワードで検索をしたところ 18 件の論文が該当した。しかし、病院内の医療事故やインシデントについて分析した論文は得られなかった。

次に、新聞等を基に医療事故 (Medical accident) や医療過失 (Medical negligence) 等をキーワードとして検索を試みた。Fiji Times 誌によると、フィジー消費者協議会 the Consumer

³⁷ WHO. Allied Health Practitioners Decree 2011. <https://extranet.who.int/mindbank/item/5776>

³⁸ MHMS. <https://www.health.gov.fj/ipc-training/>

Council of Fiji) に 2011 年から 2016 年の 7 月までに寄せられた医療関連の苦情件数は 83 件を報告している³⁹が、この内何件が 1 次医療レベルで発生したものは明らかではない。さらに、2010 年以降の新聞等からは 3 件の医療訴訟が取り上げられていたが、内 2015 年に発生した 1 件のみが 1 次医療施設であるヘルスセンターで発生したものであった。

表 4：医療事故事例（2010 年以降）（フィジー）

発生年	事故内容	出所
2022	膀胱結石除去手術後、容体が悪化し死亡した。家族が、医療過失があるとして地域病院の院長を相手に訴訟。(3 次医療レベル)	FBC News (2022 年 5 月) ⁴⁰
2015	ヘルスセンターの看護師が、口腔内に外傷を受傷した小児に対し、医師の診察等の外来診療を受けさせずに帰宅させた。数日後に死亡。2020 年 12 月フィジー高等裁判所は看護師の医療過失を判決した。(1 次医療レベル)	Fiji Sun ⁴¹ (2021 年 1 月)
2011	腰背部の手術後に身体障害が発生した成人男性が、地域病院に対して訴訟。フィジー高等裁判所は、病院側の医療過失として判決した。(3 次医療レベル)	Fiji village news (2011 年 2 月) ⁴²

³⁹ Fiji Times. Justice for medical negligence. <https://www.fjitime.com/justice-for-medical-negligence/>

⁴⁰ FBC News. Man files medical negligence case against Labasa Hospital.

<https://www.fbcnews.com.fj/news/health/man-files-medical-negligence-case-against-labasa-hospital/>

⁴¹ 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/>

⁴² Fiji village. News. Man awarded \$413,000 in compensation. <https://fjivillage.com/news/Man-awarded-413000-in-compensation-29ks5r/>

III. ジンバブエ共和国

1. 基本情報（主に医療提供体制）

ジンバブエ共和国（以降、ジンバブエ）の保健医療サービスの提供体制は、リファラルシステムを基本として、1次医療レベルから4次医療レベルまでの五段階に分類されている。このうち、プライマリ・ケアを提供する医療施設は1次（プライマリ）レベルに分類される診療所や保健センターであり、2019年時点で表1に示す施設数が設置されている。⁴³プライマリ・ケアサービスの提供は、農村部の診療所では主に「プライマリ・ヘルスケア看護師（Primary Health Care Nurse）」が提供し、都市部等の診療所では主に看護師・助産師・クリニカルオフィサーが提供している。⁴⁴

表 5：各医療レベルにおける施設種別と施設数（ジンバブエ）

サービス提供レベル	施設種別	施設数
4次（Quaternary）	Government Central Hospitals	6
3次（Tertiary）	Government Provincial Hospitals	8
2次（Secondary）	Government District Hospitals	44
	Mission Hospitals	62
	Private Hospitals	32
1次（Primary）	Government Rural Hospitals	62
	Municipal Polyclinics	15
	Private Clinics	69
	Mission Clinics	25
	Local Authority Clinics	1,122
	Urban Council/Municipal Clinics/FHS	96
	Government Rural Health Center	307
総計		1,848

人口10,000人対の医療施設数の全国平均は1.1であり、政府の目標値である2には及ばない。特に、ジンバブエ全10州の中でも人口密集地域であるハラレ特別州（首都ハラレが所在）とブラワヨ特別州においてはそれぞれ0.2と0.4である。さらに、これらの特別州には、プライマリ・ケアサービスの一部を提供する2次医療レベルの施設ならびに地域の中核医療施設となる3次レベルがいずれも設置されてないため、住民がプライマリ・ケアサービス以上の保健医療サービスを必要とする場合は、1次医療レベルから高度医療を提供する4次医療レベルに直接紹介される、または、4次医療レベルの施設に直接受診することとなる。

2. 関係法令等

本調査時、医療安全や医療事故に関する法令は存在しなかった。また、保健医療分野にお

⁴³ Ministry of Health Child Care. National Health Strategy (2021-2025)

⁴⁴ S.Ray, N. Masuka: Facilitators and barriers to effective primary health care in Zimbabwe. African Journal of Primary Health care & Family Medicine. 2017; 9(1): 1639. doi: 10.4102/phcfm.v9i1.1639

ける主な関連法規である「医療専門職法 (Health Professions Act [Chapter 27:19])」⁴⁵「医療サービス法 (Medical Services Act [Chapter 15:13])」⁴⁶「公衆衛生法 (Public Health Act [Chapter 15:09])」⁴⁷においても、医療安全に関する明確な記述は見つけれなかった。

保健省が 2021 年似策定した「国家保健戦略 (National Health Strategy, 2021-2025)」は、プライマリ・ヘルスケアの強化・再活性化を基盤として、利用可能な資源を最大限に活用して、国民に公平、適切、利用可能、手頃 (Affordable) で、質の高い保健医療サービスを提供して、国民の高い健康レベルと Quality of Life の実現を目指している。本戦略は 4 つの重要結果項目 (Key Result Areas) に紐付いた合計 11 の分野別成果項目 (Sector Outcome Areas) で構成されているが、医療安全については「伝統医療の安全性の確保」に関する事項のみである。プライマリ・ケアレベルにおける医療安全・患者安全・職員安全等については言及されていない。

また、保健省が 2015 年に策定した「質保証・質向上戦略 (Quality Assurance and Quality Improvement Policy)」⁴⁸では、医療安全 (Patient safety) の定義を「医療サービスの提供に伴う患者へのエラーや有害事象の防止」としている。さらに、本戦略の優先課題のひとつに「患者安全の向上と医療サービスの提供におけるエラーの提言」を取り上げて、安全文化の醸成とエラーの監視・発生防止の必要性について強調するとともに、必要なシステムの構築・強化や医療従事者の訓練の必要性について言及している。ジンバブエにおいて、患者や医療従事者の安全を脅かす状況として、院内感染、医療廃棄物の不適切な処理、医薬品の非合理的な使用、外科手術における不適切な安全・感染管理等があげられている。一方で、プライマリ・ケアレベルに特化した医療安全に関する戦略等の記載は見当たらなかった。

3. 計画・対策

国レベル、つまり中央省庁である保健省 (Ministry of Health and Child Care, MOHCC) において、保健医療サービスの質と安全を監督する部局は、「質保証・患者安全局 (Directorate of Quality Assurance and Patient Safety)」である。保健省は、医療安全や患者安全に特化した国家ガイドライン等は発行していない。

医療機関における医療事故報告のシステムの構築・運用等に関する法令や規則等は策定されていないため、医療事故報告に関するプロトコルを医療機関で独自に規定して運用している医療機関もある。一方で、本調査の範囲においては、医療機関によって取りまとめられた医療事故報告書等の文献は見つけれなかった。

⁴⁵ Government of Zimbabwe. Health Profession Act (Chapter 27:19) : <http://www.mdpcz.co.zw/wp-content/uploads/2016/09/Health-Professions-Act.pdf>

⁴⁶ Government of Zimbabwe. Medical Service Act (Chapter 15:13).

<https://zimlil.org/akn/zw/act/1998/27/eng@2016-12-31#:~:text=6.-,No%20choice%20of%20health%20practitioner%20at%20Government%20hospitals,of%20any%20specific%20health%20practitioner.>

⁴⁷ Government of Zimbabwe. Public Health Act (Chapter 15:09). <https://faolex.fao.org/docs/pdf/zim21475.pdf>

⁴⁸ Ministry of Health and Child Care. https://depts.washington.edu/edgh/zw/hit/web/project-resources/QA_QI_policy.pdf

4. 評価方法・指標

ジンバブエにおける、プライマリ・ケアレベルの医療安全や患者安全を評価する方法や指標は、国・地域・医療機関のいずれのレベルにおいても見つからなかった。一方で、保健省が世界銀行の支援を受けて 2011 年から導入した「成果連動型資金調達 (Results-Based Financing)」⁴⁹における医療施設に対するチェックリスト⁵⁰のチェック項目のうち、医療安全・患者安全に関連するものとして、「WHO が発行する Surgical Safety Checklist の利用率」が取り上げられている。

5. 1 次医療レベルにおける具体的な医療事故の事例

2010 年から現在までに登録された論文について、PubMed を用いて(((patient safety) OR (medication errors) OR (medical errors)) AND (Zimbabwe)))をキーワードで検索をしたところ 95 件の論文が該当した。95 件のうち、プライマリ・ケアレベルの医療事故の内容やその発生状況について明らかにしている論文はなかった。

オンラインでアクセス可能なジンバブエのいくつかの主要紙 (New Zimbabwe 紙、The Sunday Mail 紙、Daily News 紙、NewsDay 紙) において、「patient safety」「medical error」「medical accident」等のキーワードを用いて検索したが、1 次医療レベルにおける医療事故や患者安全の内容を主題として扱っている記事は見当たらなかった。

⁴⁹ World Bank. Policy Brief “Evolution of Results-Based Financing in Zimbabwe”. https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/Policy-Brief-Zimbabwe-Evolution-of-RBF.pdf

⁵⁰ Ministry of Health and Child Care, Zimbabwe. Hospital Quality Supervision Checklist (February 2016)

IV. モンゴル国

1. 面積・人口について

モンゴル国は、中央アジアに位置し、面積としては160万平方kmで世界19位を誇る開発途上国である。なお、2022年にモンゴルと日本は国交樹立50周年を迎えた。

人口は340万人で（2022年、[Статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сан \(nso.mn\)](http://www.nso.mn)）、その人口の66,9%が首都ウランバートル市などの都心部に集中している。全人口の30,6%が遊牧民であり、人口密度は2.1人/平方kmで、人口増加率は2.2%である。平均寿命は70,7歳（うち女性76,2歳、男性66,7歳）とされている。

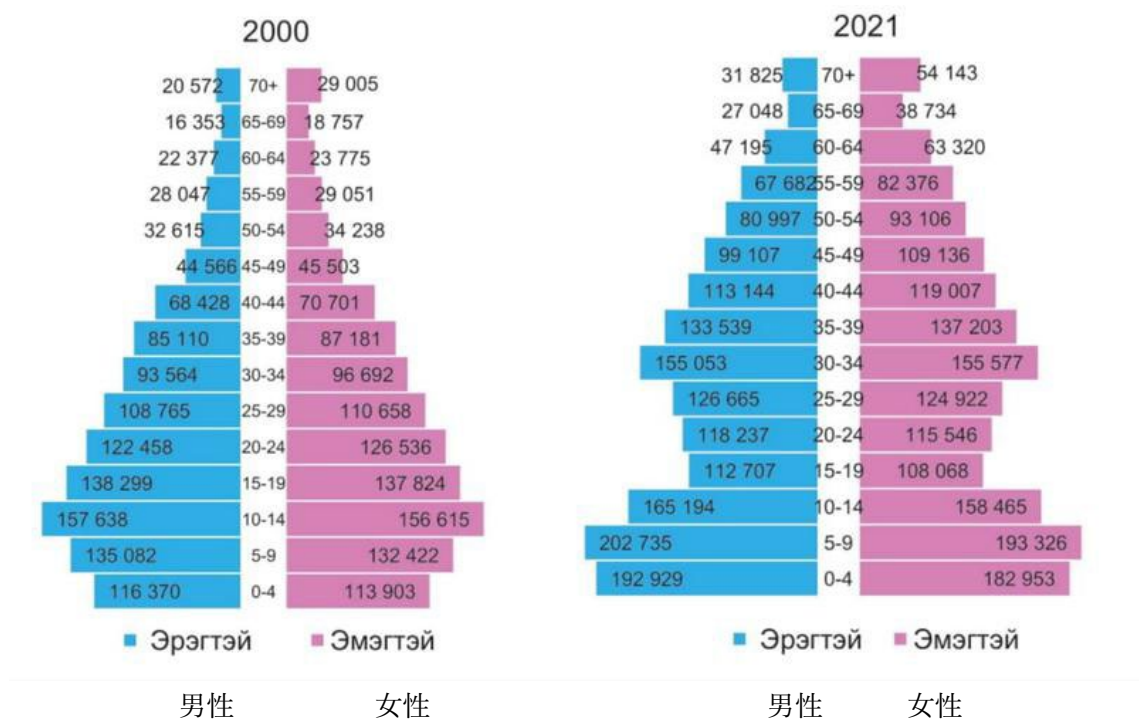


図 2: 人口 (モンゴル)

2. 医療の基本情報について

モンゴル政府として、長期開発政策を発表として「長期開発ビジョン 2050」を掲げており、モンゴル国家長期開発政策は九つの目標、47の目的からなり、2021-2030年、2031-2040年、2041-2050年の三つのステップでそれぞれの目標を達成することになっている。目標達成の評価は73の指標で行われる。[em.uzuulelt 2021.pdf \(hdc.gov.mn\)](http://em.uzuulelt.2021.pdf)

これらの目標、目的を達成するために、1998年に施行された医療法（2002年、2011年に改正）に基づく一次医療施設やリファラル病院のスタッフが日々奮闘している。医療サービスを提供する4,952の施設に約58,696人の医療従事者が従事しているとされ、その中の82%が女性である。内訳として、医師は22,1%、看護師が23,0%となっており、医師対看護師率は1:1,0である。医師免許は5年毎の更新制である。

また、全国的にバグ、ソム（モンゴルの行政の一番小さい単位）の病院、家庭保健センターという一次医療施設となる 208 カ所の施設に 3,259 名（医師が 1127 名、看護師が 1063 名、ソーシャルワーカーが 1069 名）の医療従事者が勤務している。ソム保健センターに関しては、A,B,C と三つに分類されており、A レベルのソム保健センターはそのソムの人口に対する医療サービス提供以外に周辺の 4 つのソムの住民に対して 4 つ以上の専門医療を提供できる体制で、B レベルとは、国境沿いや国道や鉄道沿いに位置し、鉱山、観光地、産業地域また事故特定区域に医療サービスを提供する施設を指す。C レベルは、A または B レベルに該当しない地域での医療サービス提供する施設を指すとしている。

[/https://moh.gov.mn/](https://moh.gov.mn/) /<http://hdc.gov.mn/file-category/13//>

コモディティーズとしては、消化器系疾患 49,6%、呼吸系疾患 10,7%、循環器系疾患 10,2%と、モンゴル国保健開発センターが発表している。

3. 持続可能な開発目標と UHC について

モンゴル政府は、保健セクターにおける「長期開発ビジョン 2050」の第一フェーズを 2020-2030 年に実施しており、「医療の質、安全基盤を構築する」と名付け、以下の 4 つの方向性を示した。

1. 国民またその家族、雇用主の参加に基づいた公衆衛生サービス制度を構築する。
2. エビデンスに基づいた近代的な診断または治療の技術イノベーションを導入し、医療の質、パフォーマンスに基づいた財政、保険制度を構築する。
3. 保健分野においてデジタル化を進め、国家情報データベースを構築する。
4. 保健分野の人材開発、能力向上を図り、医療従事者の社会保障の再構築をする。

目標に関しては昨年、世界の 165 カ国の中で、持続可能な開発目標のパフォーマンス指標（KPI）63,8 点で、106 位となっている。西太平洋地域の国々の平均指標が 65,7 でモンゴルが 1,8 点下回っている。モンゴルの医療保健目標の実施兼パフォーマンスはレベルとしては「中」だが、改善途中にあると評価されている。

表 6 持続可能な開発目標モニタリング指標・評価（モンゴル）

持続可能な開発目標保健関連指標	モンゴル値	期間	評価	進捗度
妊産婦死亡率 （出産 10 万人当たり）	45	2017	●	↑

新生児死亡率 (出生 1000 件中当たり)	8,1	2019	●	↑
5 歳未満死亡 率(出生 1000 件中当たり)	15,6	2019	●	↑
結核感染者数 (人口 10 万 人当たり)	428	2019	●	→
非感染者 1000 人当た りの新規 HIV 感染者数	0,0	2019	●	↑
30～70 歳の 循環器疾患、 ガン、糖尿病 または慢性呼 吸器系疾患に よる死亡率 (%)	30,2	2016	●	→
交通事故死亡 率(10 万人あ たり)	21	2019	●	↓
(出産から計 算する) 平均 寿命	68,1	2019	●	→
15～19 歳の 女性 1000 人 当たりの出産 数	31,4	2018	●	→
医療従事者の 出産介助(%)	98,9	2014	●	●

プライマリ・ケアの維持 (%)	62	2017	●	↗
-----------------	----	------	---	---

www.sdgindex.org

表の説明

↓	現在下がっていて、改善する必要がある
→	2030年には、持続可能な開発目標を達成するスピードの50%以下である
↗	点数が50%以上だが、2030年に持続可能な開発目標を達成するには不十分
↑	2030年には、十分持続可能な開発目標を達成する可能性がある

なお、2020年のUHCプライマリ・ケアの達成度は85%で、世界平均を19%、地域平均を8%上回るとWHOと共同で作成した「2021年保健指標」に記載している。

[em_uzuulelt_2021.pdf \(hdc.gov.mn\)](#)

https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=745463080278322&id=100044439099331

4. 医療施設の情報収集・管理について

保健大臣の2019年のA611令には、3-4「国家レベルで行う医療に関する情報分析をし、評価や指標を改訂し、それぞれの機関の保健分野におけるデータを月、期、年ごとに統計を集計しまとめること」、3-5「モンゴル全体のすべての報告、情報をまとめ、分析をし、基礎指標に基づいて統計集計し、フィードバックする」。3-7には「各レベルの医療機関の報告情報の質を監理し、専門的な分析方法等を提示し、IT専門家、生理統計医、情報処理技術者が能力開発できるように支援バックアップする」、また、4-1-1「すべての医療機関は、モンゴル国における出生、死亡、出産時の母子死亡、外来、医療指標、コモンディージーズを毎日記録し、症例ごとに分類し、オンラインデータベースに登録する」とある。

また、4-1-2「すべての医療機関は、登録された出生、死亡、出産時の母子死亡、外来、医療指標を国家報告書式 ӨМТ-501-1に基づいて毎月オンラインにて報告する」としている。

さらに、2-1-7には「月毎の集計を家庭、ソム、村の保健センター、県、地区の総合病院、地域医療診断センター、専門病院、特別専門病院等は、次の月の2日までに、県及び市の保健局は、次の月の4日までに管轄となる医療機関に報告すること」、2-1-8「保健開発センターは、国全体の報告情報をまとめ、国家統計局に次の月の6日までに、保健省や他関連機関

に次の月の7日までに紙媒体またはオンライン上で提出すること」、2-1-9「保健センターは、国家大会議及び政府に届ける報告情報を保健省の関連部局を通し、次の月の7日までに紙媒体またはオンライン上で提出すること」と示されている。[/https://moh.gov.mn/](https://moh.gov.mn/)

5. 医療現場のアクシデント等についての最新データ

2023年1月には、モンゴル保健開発センターが、「2022年には医療サービス提供の段階で4,119件のヒヤリハットまたはアクシデントが報告された」と発表している。臨床現場では2,095件で全体の50,86%、非臨床現場では2,024件で49,14%を占めるとした。臨床現場のアクシデントとしては治療時の事例が30%、臨床における感染リスクに関する事例は28%、薬品の安全管理に関わる事例は13%、患者誤認が13%、検査に関する事例が13%、輸送時の安全に関わる事例が2%、手術時の安全性に関する事例が1%だった、とホームページ上で公表した。

またここで、非臨床現場のヒヤリハットの実例としては、医療従事者のコミュニケーション能力に関する事例は28%、医療機器に関する事例は23%、診療費に関する事例は17%、医療情報システムに関する事例は16%、施設の老朽化に関する事例は13%、スタッフの安全に関する事例は3%だった、と記載されている。モンゴル保健開発センターのサイト内にある「保健指標情報データベース」[С т а т и с т и к м э д э э л л и й н с а н \(1313.mn\)](http://www.hdc.gov.mn/)で、各県ごとにあるソムの家庭保健センターの情報を公表している。同データベースには、患者や顧客が一次医療施設における医療サービス提供の質、安全に関する意見苦情等を記入できる「一次医療施設の人材開発、資金調達状況、顧客の評価状況」という欄があり、保健開発センターではどんな小さな単位での出来事も把握できる状況にあるとされる。

<http://www.hdc.gov.mn/>

https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=739470550877575&id=100044439099331

6. プライマリ・レベルの医療の質・安全

- 某県保健局における取組み（県保健局プライマリ・ケア担当専門官からのヒアリング）
- 1. 医療事故・事例などを記録し、報告する仕組みと、その実状
 - 保健大臣の A/566 令に従い、医療サービスを提供する過程でのアクシデント・事故について記録し、月に一回、関係者に注意喚起を行っている。
- 2. 地域の医療機関における医療の質・安全を維持する組織・仕組み
 - どの医療機関でも医療安全管理室を置き、3-5名配置している。
- 3. 医療従事者向けの医療の質・安全に関する勉強会・研修
 - 3カ月に1回実施し、総合病院、家庭保健センター、ソム保健センターの関係者が参加
- 4. 患者の安全に対してその家族からの意見、苦情の解決処理・対策

- 患者の安全に関する意見、苦情は十分な説明を行わなかったことが原因になることが多い。医療機関ごとにその家族と連絡を取り、状況を把握し、必要に応じて自宅を訪問し、解決している。

5. 医療の質・安全を保つ妨げになっている要因と必要な支援

- 医療の質・安全について専攻した職員がいないこと。質・安全に関する研修を増やす必要がある。

① 県立総合病院レベルでの取組み（医療安全管理室室長からのヒアリング）：

1. 医療事故・事例などを記録し、報告する仕組みとその実状

- 保健大臣の2019年のA566令に従って部・科ごとに記録し、医療安全管理室に紙媒体またはオンラインで報告。大臣令により1A、1Bレベルのケースはその部・科で解決し、3・4レベルのケースは医療安全管理室の年間計画に沿って解決する。

2. 地域の医療機関における医療の質・安全を維持するための組織・仕組み

- 医療安全管理室の管理監督の下で、感染制御部、看護部と協力している。医療安全管理室は室長、マネジャー、報告担当という3名体制。リスク・安全マネジャーが不足している。

3. 医療従事者向けの医療の質・安全に関する勉強会・研修

- 年に1回モンゴル医療の質委員会と共に研修を実施。院内研修としては、院内の医療の質・安全の課題について他の科と勉強会を行っている。

4. 患者の安全に対してその家族からの意見・苦情の解決処理・対策

- 手技・手術の安全に関する意見・苦情はある。院長の規定により解決し、対策を取る。対象者となる従事者に内容を確認し、指導を行う。また院内全体に情報共有し、研修を行う。

5. 医療の質・安全を保つに妨げになっている要因と必要な支援

- 定期的に医療従事者向けに医療の質・安全に関する研修をい、病院全体の医療の質・安全に対する意識を高める必要がある。また、医療安全管理室の人材を育成し、能力向上を図る必要性がある。

- 感染制御の観点からは、使い捨て器材の供給を改善する

- 内外研修で他の機関の経験・事例から学ぶ

- 基準・ガイドライン・マニュアルの規定、マネジメントシステムの構築

② ソム保健センターレベルでの取組み（保健センターの主任看護師からのヒアリング）：

1. プライマリ・ケアにおける医療事故・事例などを記録し、報告する仕組みとその実状

- 保健大臣のA/566令に従い、医療事故、アクシデント事例を記録し、医療安全管理室の担当者が注意し、指導する。

2. プライマリ・レベルで患者の安全に関わる取組み

- 医療の安全、リスクに関する発生事例について、リスク評価をし、対策を取る。

3. 医療の質・安全に関する研修

- 2022年1月と4月にモンゴル医療の質委員会主催の「医療サービスの安全」研修（6日間）に参加

4. 家庭保健センター、ソム保健センターレベルでの医療の質・安全に関する研修

- 保健大臣のA/566とA/565令と、関連のある他の令やガイドラインに沿った勉強会を実施

5. 患者の安全に対してその家族からの意見・苦情の解決処理・対策

- ほとんどの意見、苦情は医療サービス提供に対するもの。意見・苦情を受け付け、対策を取るが、情報共有し記録することが困難。

6. 医療の質・安全を保つ妨げとなっている要因と必要な支援

- 啓発指導、定期的な研修、医療サービスマネージャーなどの人材育成

③ 家庭保健センターレベルでの取組み（家庭保健センター医師からのヒアリング）：

1. プライマリ・ケアにおける医療事故・事例などを記録し、報告する仕組みとその実状

- 医療の質チームを設置・管理しているが、多くの職員には参加意識が乏しい。発生事例についての記録登録や、解決に向けた対応のチーム連携が整っていない。医師の問題意識が低い。

2. プライマリ・レベルで、患者の安全に対してその家族からの意見、苦情の解決処理・対策

- 医療事故はほとんど起こっていない。

3. 医療の質・安全に関する研修

- モンゴル医療の質委員会主催の研修に参加

4. 家庭保健センター、ソム保健センターレベルで医療の質・安全に関する勉強会・研修

- 患者の安全、誤認、医療廃棄物について。

5. 患者の安全に対してその家族からの意見、苦情の解決処理・対策

- コミュニケーション不足による苦情がある。仲裁した事例1件、減給を行った事例が1件。

6. 医療の質・安全を保つ妨げになっている要因と必要な支援

- 職員の参加意識が不足していると感じる。

7. 最近発生した医療事故等の事例

No.	内容
事例1	「お腹が痛い」と訴え一次医療施設であるバヤンホンゴル県ガルトソム病院を受診した9歳（2019年当時）の男児が、二次医療施設（当時）にあたるバヤンホンゴル県立総合病院に2019年

	<p>5月10日に搬送された。当初の診断名は「急性虫垂炎」だった。緊急手術が行われたが、意識が戻らなかったことを理由に親に、相談することなく脊髄液を採取した。原因が分からないということで、次の日に2度にわたり脊髄液を採取した。脊髄麻酔をしたのちに静脈注射で睡眠導入剤を投入したとされている（後に調査団によって、同時に体内に入れたことにより脳組織の損傷が起こった、と結論付けられた）。しかし病院側は、髄膜炎菌によって脳組織が損傷したと両親に説明した。日に日に病状が悪化したため、両親の判断で、11日目になって同病院から男児を退院させてウランバートル市に移送した。その後も症状は改善することもなく、今も四肢麻痺が残ったままだ。12歳未満の子どもには、麻酔は全身麻酔を用いるというガイドラインがあるにもかかわらず、バヤンホンゴル県立総合病院の麻酔科の医師は脊髄麻酔を使用した上、静脈に睡眠導入剤を注射したことから男児の脳に重い障害が残ったとされる。バヤンホンゴル県の専門調査局の調査官の報告は、「子どもが急性虫垂炎か否かについても自ら検査を指示するなどして確認していないことが根本的なミスである」と結論付けている。</p> <p>2019年8月27日、家族がこれは医療ミスだとして会見し、医師を告訴しようとしたが、バヤンホンゴル県の警察や検察の行動が鈍く、モンゴル国保健省にも状況報告書を提出したが、法的なプロセスはなかなか進まなかった。</p> <p>ようやく裁判が始まったのは、2021年12月28日だった。関係者が集まったが、被告の麻酔科医が弁護士を交代させたいという理由で、延期になった。その後も被告は、予定された裁判に、「コロナに感染した」という理由で出廷しなかった。後になって「再捜査が必要」とされ、現在まで責任を負う者がいないまま、事故から3年がたつ。この間の治療費、移動費などはすべて男児の家族の自己負担である。https://zaag.mn/archives/66108</p>
事例 2	<p>2021年9月18日にウランバートル市にある三次医療施設(当時、現在はリファラル病院)の国立第一産科病院で、看護師が臨月の妊婦に「アトロピン」の代わりに誤って「アトラクリウム」</p>

	<p>を注射し、死亡させた医療事故が発生した。新型コロナに感染した妊婦が息苦しいと訴えたのを聞いた看護師が電話で医師に指示をおおぎ、聞き間違えたと弁解している。現在裁判中である。 https://mpress.mn/p/3305</p>
事例 3	<p>ウランバートル市から 581 キロ東南に位置するスフバートル県で狂犬病ワクチンの代わりに誤って結核予防ワクチンを注射したという事例が発生したことを、保健大臣が 2023 年 1 月 6 日に記者会見で発表した。2022 年 12 月 5～26 日の間に 7 匹の犬にかまれた計 9 人（8 歳と 14 歳の子どもが含まれる）のうち 3 人に 3 回の接種で規定の 30 倍量投与、4 人に 2 回の接種で規定の 20 倍量投与、2 人に 1 回の接種で規定の 10 倍量投与したとされ、モンゴル保健省が専門家チームを派遣し、真相究明を急いでいる。噛まれた人に狂犬病ワクチンを接種した場合、9 カ月間経過観察が必要とされることから、保健省としては今回、間違えてワクチンを接種された人々の結核や狂犬病についての経過観察等を国の費用負担で行い、危険性に応じて海外での治療も検討するとした。</p> <p>またスフバートル県の保健局の薬剤の監理、登録情報、安全性について状況報告を求めている。県の総合病院でなぜこのような失態が繰り返されたか、患者への説明責任等についても調査し、情報提供を求める文書を県知事宛に出したこともこの会見で保健大臣が明らかにした（2023 年 1 月 7 日付日刊紙 Unuudur、 https://www.unuudur.mn/a/252583）</p>
事例 4	<p>18 歳の男性が尿管結石と診断され、右の尿管にできたと思われる結石を取る手術を受けたが、術後 3 日で足が動かなくなった。神経内科の医師が診察したが、カテーテルのまま何日か放置した。髄液を採取する必要があるとされたが、うまくいかなかった。家族からの苦情によると、この際、20 回刺した針の痕があったそうだ。そうしているうちに状態がさらに悪化し、集中治療室に移行したが、間もなく亡くなった。入院日数は 8 日間で、年末が重なった。この事故の調査によると、初期段階の検査で患者に頸髄症があることを正しく判断できていれば、死亡医療事故に発展</p>

	<p>することはなかったと思われる。患者が外来の際にうまく歩けずに壁をつたって歩いていた上、強い頭痛があり、数日食事がとれなかったと訴えたにも関わらず、泌尿器科の医師が患者に聞いてカルテに記載することもしなかった。ただ手術にばかり注目した結果だ。また、頸髄症の影響で髄液が出ないことを単なる技術上の問題と考え、診断名を疑わなかった。当直の神経内科の医師や病棟を回診したすべての医師が診断を怠った。多方面から診断についてコンファレンスをしなかったことがそもそもの原因であるという結論に至った。</p> <p>結果、今回の事例に関係する泌尿器科、麻酔科、神経内科の医師3人に3か月無給の処分となり、各医師が所属する科の科長、副科長に嚴重注意を行った。患者の家族からは、関係する医師たちに責任を取ってもらいたいと要求があり、葬儀が終わったら医療安全管理室が家族と連絡をとることになっている。</p>
事例 5	<p>内科病棟に入院していた45歳の女性が朝方5時に窓から落ちて亡くなった。この女性には発達障害のある子供が2人いて、家族からその子供たちには病死と伝えてほしいと言われた。真相について法医学また警察の方で捜査中である。</p>
事例 6	<p>曲がった鼻を治療する手術のために入院した61歳の男性が、抗生剤のセファゾリン注射をされる際にアナフィラキシーショックにより、死亡した。入院前日にしたテストでアレルギー反応がなく、看護師もガイドラインに沿って注射をしたことが分かっている。現在、事実確認中。</p>
事例 7	<p>医療安全管理室に、当病院で手術を受けた際にC型肝炎ウイルスに感染したとして医療従事者の男性が訴えている。これに対しても事実確認中。</p>

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4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 上席主任研究官

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】本年度は、保健医療分野における官民連携・PPP について、初年度に引き続き 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。特に、プライマリヘルスケアにおける PPP に焦点を絞って情報収集を行った。

【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報告も増加している。サービスのアウトソーシング等によって事業者間の競争が刺激され、経済的インセンティブが生じることにより、サービス提供の改善が目指されているものの、多くの場合、サービスへのアクセス改善は期待されるが、公平性、質、効率といった他のパフォーマンスやシステム全体に及ぼす効果については不確実である。また、PPP プロジェクトの対象とはなりにくい分野でもあるため、公的機関によるコスト確保が推奨される。具体的には、専門医や診断サービスなどの小規模プロジェクトで試験的に利用し、時間をかけてより複雑なサービス領域で契約することが提案されている。

【考察・結論】PPP の進展や有効性は、各国の PPP に関する基盤的な法整備状況等が大きく関与している。世界銀行等の国連機関による援助がある一方で、サービス提供側の運営や人材育成、公平性や質、国のサービス全体への効果について、さらに検討する必要がある。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、各国において優先度の高い保健課題を中心に有効な PPP のあり方の検討が求められる。施設型の医療サービスや地域におけるプライマリヘルスケアサービスなど、各国の実状に応じた PPP 構築のため、システム全体を俯瞰した対応が期待される。

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

本年度は、保健医療分野における官民連携・PPPについて、初年度に引き続き

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から、特にプライマリヘルスケアにおけるPPPに焦点を絞って情報収集を行った。

<倫理的配慮>

該当なし

C. 研究結果

PPPとプライマリヘルスケアに関するコンセンションのあり方など、これまでにWorld Bankによるモデルの紹介等がなされているが、その取組内容は各国によって様々である[4]。

イランでは、医療協同組合（health cooperative）という新たな官民連携モデルを開始し、プライマリヘルス領域のサービスの評価を行っている[5]。既存の公衆衛生センター（PHC）と協同組合保健センター（CHC）における保健サービスの実績と質を比較したところ、スクリーニング・プログラム中の訪問者の割合や母性健康管理のいくつかのプログラムでは、CHCがより良い結果を出しており、子どもの健康管理のほとんどの指標、学校保健プログラムおよび健康教育のすべての指標は、CHCの方が優れているか、同程度であった。環境衛生ではPHCがカバーする人口と比較して、CHCがカバーする人口に有意な差はなかった。この他、マネジメントにおける顧客と職員の満足度、職員の経営への参加と態度もCHCの方が優れていた。PHCがカバーする人口の一人当たりの平均年間コストは、PHCの方が高かった。結果として、イランにおける官民連携モデルとしてのCHCは、多くの分野でPHCと同等の予防医療サービスを提供できる可能性があり、地域によってはさらに優れていると報告されている。

インドでは、PPP のベストプラクティスを共有し、公務員や民間開発者の PPP プロジェクト実施能力を高めるために、PPP 部署で開発された様々なプロダクトを紹介している。これらのナレッジプロダクト(knowledge products)には、マニュアル、グリーンブック、PPP に関する委員会の報告書、インドにおける PPP イニシアチブを含むケーススタディ、インフラにおける PPP プロジェクトの実施に関連するオンラインツールキットなどのガイダンス資料が含まれている[6]。この中に、プライマリヘルス向け、およびプライマリヘルスのプラクティショナー向けの仕様書が掲載されている[7,8]。

インドのプライマリヘルスケアは、医師不足、物理的なインフラや施設の不備、薬剤不足、国民への説明責任の欠如やコミュニティへの参加の欠如、ケアの質を監視する基準の欠如、など様々な課題を抱えている。

プライマリヘルスセンターで提供されるサービスには、24 時間の救急を含めた外来治療、家族計画を含む母子健康管理（産前ケア、産後ケア、紹介、産後ケア、新生児保育。育児や家庭福祉を提供するサービス、医学的な妊娠の終了（人工妊娠中絶）、妊娠の管理、性感染症、思春期外来サービス等）や、厳選された外科的処置（腹腔鏡を含む）が想定されている[8]。PPP によるプライマリー・ヘルスケア・クリニック（PHC クリニック）は、プロジェクトの目的や当局の要求、疫学的評価、予算支出に応じて、上記のサービスの一部または全部を提供することができる。

PHC クリニック運営者のための上記ガイドでは、PHC クリニックの設置について①クラスターで開発するもの（州政府が、地域に複数の PHC を開発するためのコンセッション業者を任命）、②個々の PHC 開発（当局が一次医療機関の開発の

ためのコンセッション業者を任命）を提案している。

クラスターで開発する PPP プロジェクトは、州政府が様々なプロジェクトを1つの共通の傘の下にまとめ、そのパッケージを民間企業に提供するものである。まず、地区レベルで一次診療所が必要な地域を特定する（例えば 20 の PHC）。その後、通常 3~6 箇所の PHC からなるクラスターにパッケージ化され、各パッケージは、個別のプロジェクトとして扱われる。入札者は、いずれか、またはすべてのパッケージに対して入札を行う。すべてのパッケージについて単一の技術提案書を提出し、各パッケージについて個別の財務提案書を提出することになる。

クラスター開発のメリットは、PHC の統一性・標準化が可能であること、また PHC 規模が大きくなるため投資とリターンの最適性が期待できること、合同入札プロセスによる効率化、手頃な価格（複数のプロジェクトが集まるため、より良い規模の経済を達成）、より良いモニタリングが可能となることである。

WHO/欧州委員会の最新の報告書では、医療分野における PPP を最適化するために、各国政府が取るべき主要な行動を提示している[9]。WHO ヨーロッパ地域の中所得国は、プライマリーケアレベルの能力不足、インフラの老朽化、高額な自己負担、あるいは病院や専門施設の過剰など、医療システムの効率化に対する共通の課題に直面しており、多くの国では、PPP がこれらの課題に対処する役割を果たすことができるという認識がある。

この報告書の中では、PPP の抱えるリスクを踏まえたうえで、「バリューフォーマネーを確保する」ということは、PPP が他の調達オプションと比較して最も費用対効果の高いソリューションである場合

にのみ実施する」ことが推奨されており、政府が複雑で長期的な契約を設計、計画、監視し、医療予算への長期的な影響を考慮することができなければならないと述べている。

また、公的機関が他の社会的義務を損なうことなく、プライマリーケアなど PPP プロジェクトの対象とはなりにくい分野への投資を減らすことなく、コストを確保できるようにすることを推奨している。具体的には、PPP を利用する際には、専門医や診断サービスなどの小規模なプロジェクトで試験的に利用し、時間をかけてこの種のパートナーシップで政府の能力を高めてから、より複雑なサービス領域で契約することを提案している。

具体的なステップとして、

- ① パートナーシップを結ぶ前に、保健省は医療システムの中で投資が必要な分野やサービスに優先順位をつけ、最も費用対効果の高い解決策である場合にのみ PPP を実施すべきであること。
- ② 次に、政府は、医療インフラの近代化（投資決定）と、医療システムの将来の財政的持続可能性を確保するための支払い方法（調達決定）に関する全体的な戦略計画を策定する内部能力を持つことが挙げられる。これらは保健システムの長期的な効率性に不可欠な政府の中核的機能であり、外部機関が行うべきものではないとされている。
- ③ さらに、多くの PPP が地方レベルで行われる可能性があるため、政府は、競争的な調達プロセスの運営、効果的な契約の設計、契約の履行状況のモニタリングにおいて、地方保健当局を支援する内部能力を持つ必要があること。また、透明性を確

保し、財政リスクを最小化し、公共の利益を守るために、制度的なチェック・アンド・バランスも整備されることとして

D. 考察

昨年度の報告書でも言及したように、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おり[10]、最新の WHO 報告書ではさらに踏み込んだ内容となっていた。

報告書では、プライマリヘルスケアにおける PPP 事例について述べた。高齢化や非感染性疾患（NCD）の罹患率が増加しているインドでは、2017 年の国家保健政策で、包括的なプライマリヘルスケアを提供するプラットフォームとして「ヘルス&ウェルネスセンター(HWC)」の設立を通じて、プライマリヘルスケアの提供を強化することを推奨し、保健予算の 3 分の 2 をプライマリーヘルスケアに充てることを求めている[11]。

現在、インドの一次医療には、サブセンター(Health Sub Center : HSC. 最末端の保健医療施設であり、農村部の人々に母子保健サービスを提供する拠点である。人口 5,000 人につき 1 施設(丘陵地域では人口 3,000 人につき 1 施設)設置)8,713 施設、プライマリーヘルスセンター(Primary Health Center : PHC. 農村

部では人口 3 万人につき 1 施設(丘陵地域では人口 2 万人につき 1 施設)設置される。医師、看護師等を配置し、予防・治療サービスを提供) 2,330 施設、コミュニティヘルスセンター(Community Health Center : CHC. PHC4 か所のリファーマル(医療連携)施設として、人口 8 万から 12 万人につき 1 施設設置。専門医 4 名(外科医、内科医、婦人科医、小児科医)およびその他の医療従事者を配置し、外来診療を 24 時間対応で行い、病床 30 床を備え、臨床検査、X 線検査等のサービスを提供)400 施設が存在する[12]。

長寿化インド計画(Ayushman Bharat)では、現在の HSC や PHC をヘルス&ウェルネスセンター(HWC)に転換し、「治療までの時間」を 30 分以内とすることを原則に、住民により近い場所で包括的なプライマリーケアを提供する方針とされている[11]。

E. 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ーヘルスケアレベルにおいても実現する必要がある。

PPP の進展や有効性は、各国の基盤的な法整備状況等が大きく関与している。世界銀行等の国連機関による援助がある一方で、サービス提供側の運営や人材育成、公平性や質、国のサービス全体への効果について、さらに検討する必要がある。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、各国において優先度の高い保健課題を中心に有効な PPP のあり方の検討が求められる。施設型の医療サービスや地域におけるプライマリーヘルスケアサービスなど、各国の実状に応じた PPP 構築のため、システム全体を俯瞰した対応が期待される。

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 . <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/library/green-book-health-care-guide-practitioners-ppp-primary-health-care>
5. Farahbakhsh M, Sadeghi-Bazargani H, Nikniaz A, Tabrizi JS, Zakeri A, Azami S. Iran's Experience of Health Cooperatives as a Public-Private Partnership Model in Primary Health Care: A Comparative Study in East Azerbaijan. *Health Promot Perspect*. 2012 Dec 28;2(2):287-98. doi: 10.5681/hpp.2012.034. PMID: 24688945; PMCID: PMC3963636.

6. Public Private Partnerships in India
<https://www.pppinindia.gov.in/guidance-material-and-reference-documents>
7. Green book for Primary Healthcare
<https://www.pppinindia.gov.in/documents/20181/27281/Greenbook+for+Primary+Healthcare+-+25+02+14.pdf/6395babf-4158-4eae-a161-7dfcf4b87e99>
8. Guide for Practitioners for Primary Healthcare
<https://www.pppinindia.gov.in/documents/20181/27281/Guide+for+Practitioners+for+Primary+Health+Care.pdf/5bfd812c-28d0-46aa-9b00-21ccf553b5fc>
9. World Health Organization. New WHO report lays out concrete actions for governments to optimize public-private partnerships for health. 26 January 2023 News release
<https://www.who.int/europe/news/item/26-01-2023-new-who-report-lays-out-concrete-actions-for-governments-to-optimize-public-private-partnerships-for-health>
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. インド国次世代医療物流センター事業準備調査（PPP インフラ事業）予備調査業務完了報告書.2022 年 6 月.独立行政法人国際協力機構（JICA）
12. Ayushman Bharat - Health and Wellness Centre.
<https://ab-hwc.nhp.gov.in/home/aboutus>

G.研究発表 学会発表

1. Tomoko Kodama, Eri Osawa.
How we can achieve Universal Health Coverage in Sustainable Development Goal 3 with Public-Private Partnerships ? 第 37 回日本国際保健医療学会学術大会.2022 年 8 月. 愛知. 抄録集. P145.
2. 大澤絵里, 林玲子, 岡本悦司, 藤田雅美, 野村真利香, 種田憲一郎, 児玉知子, 横堀雄太. 「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) への道」の補修の必要性. 日本国際保健医療学会. 第 41 回西日本地方会. 2023 年 3 月. 長崎.

論文発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

Public–private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe



WHO Barcelona Office for Health Systems Financing

The WHO Barcelona Office is a centre of excellence in health financing for universal health coverage. It works with Member States across WHO's European Region to promote evidence-informed policy making.

A key part of the work of the Office is to assess country and regional progress towards universal health coverage by monitoring financial protection – the impact of out-of-pocket payments for health on living standards and poverty. Financial protection is a core dimension of health system performance and an indicator for the Sustainable Development Goals.

The Office supports countries to develop policy, monitor progress and design reforms through health system problem diagnosis, analysis of country-specific policy options, high-level policy dialogue and the sharing of international experience. It is also the home for WHO training courses on health financing and health systems strengthening for better health outcomes.

Established in 1999, the Office is supported by the Government of the Autonomous Community of Catalonia, Spain. It is part of the Division of Country Health Policies and Systems of the WHO Regional Office for Europe.



Public–private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe

ISBN: 978-92-890-5860-5 (PDF)
ISBN: 978-92-890-5861-2 (print)

© World Health Organization 2023

Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-Non Commercial-Share Alike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Under the terms of this licence, you may copy, redistribute and adapt the work for non-commercial purposes, provided the work is appropriately cited, as indicated below. In any use of this work, there should be no suggestion that WHO endorses any specific organization, products or services. The use of the WHO logo is not permitted. If you adapt the work, then you must license your work under the same or equivalent Creative Commons licence. If you create a translation of this work, you should add the following disclaimer along with the suggested citation: "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 shall be the binding and authentic edition: Public-private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023."

Any mediation relating to disputes arising under the licence shall be conducted in accordance with the mediation rules of the World Intellectual Property Organization (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Suggested citation: Public-private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>.

Sales, rights and licensing. To purchase WHO publications, see <http://apps.who.int/bookorders>. To submit requests for commercial use and queries on rights and licensing, see <http://www.who.int/about/licensing>.

Third-party materials. If you wish to reuse material from this work that is attributed to a third party, such as tables, figures or images, it is your responsibility to determine whether permission is needed for that reuse and to obtain permission from the copyright holder. The risk of claims resulting from infringement of any third-party-owned component in the work rests solely with the user.

General disclaimers. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by WHO in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by WHO to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall WHO be liable for damages arising from its use. The named authors alone are responsible for the views expressed in this publication.

Design and typesetting by Alex Prieto and Aleix Artigal.

Abstract

There is increasing interest in using public–private partnerships (PPPs) to mobilize funds for and enable reforms of health systems. This report provides a review of PPP models currently being used or considered in the WHO European Region. It finds that, in comparison with other models of engagement with the private sector, PPPs have led to good outcomes in terms of post-contractual cost-certainty, but also higher transaction and financing costs. Securing value for money means selecting the right projects, reflecting their degree of priority for the health system as a whole (allocative efficiency) and implementing these effectively (technical efficiency). PPPs should be used only when they represent the most cost-effective solution compared to other procurement options and where the capacities needed to plan, design, negotiate and monitor long-term and complex transactions are readily available. To minimize fiscal risks, ensure the integrity of procurement processes and safeguard the public interest, robust institutional checks and balances need to be in place.

Keywords

PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIPS
PRIVATE SECTOR
HEALTH FINANCING
CAPITAL INVESTMENTS
MIDDLE-INCOME COUNTRIES

Contents

Acknowledgements	vi
Abbreviations	vii
Executive summary	viii
1. Introduction	1
2. What models are being used or are being actively considered in the MICs of Europe?	7
3. What balance of costs, risks and benefits do PPPs present?	11
3.1 Model 1. Specialized clinical and diagnostic services	13
3.2 Model 2. Health facility PPP	17
3.3 Model 3. Integrated PPPs	21
4. What actions can governments take to make effective use of PPPs?	23
4.1 Determining the role of PPPs in shaping the provider network	25
4.2 Financing the long-term costs of PPP contracts	26
4.3. Strengthening capacity to undertake effective PPP projects and programmes	27
5. Conclusion and recommended actions	29
References	33

Acknowledgements

This report was produced by the WHO Barcelona Office for Health Systems Financing, which is part of the Division of Country Health Policies and Systems in the WHO Regional Office for Europe. This document was written by Mark Hellowell (Associate Professor, University of Edinburgh, United Kingdom).

This report was developed under the overall strategic and technical guidance of Natasha Azzopardi-Muscat (Director of the Division of Country Health Policies and Systems, WHO Regional Office for Europe) and Tamás Evetovits (Head of the WHO Barcelona Office for Health Systems Financing).

Internal review was provided by Triin Habicht (Senior Health Economist, WHO Barcelona Office for Health Systems Financing), Joseph Kutzin (Unit Head, WHO headquarters), Naomi Nathan (consultant, WHO Regional Office for Europe) and Gabriele Pastorino (Technical Officer, WHO Regional Office for Europe).

The WHO Barcelona Office for Health Systems Financing would like to extend sincere thanks to the following experts who provided important insights for this report: Nata Avaliani (Global Health Specialist, Deloitte Consulting), Karine Bachongy (Global Social Infrastructure Lead, International Finance Corporation), Caryn Bredenkamp (Lead Economist and Program Leader for Human Development for Eastern Europe, World Bank Group), Dana Burduja (Senior Health Economist, European Investment Bank), Ilker Dastan (Policy Adviser, WHO Country Office in Tajikistan), Olena Doroshenko (Health Specialist, World Bank Group), Nigel Edwards (Chief Executive, Nuffield Trust, United Kingdom), Toker Ergüder (National Professional Officer, WHO Country Office in Türkiye), Niko Gachechyladze (Head of Public–Private Partnership Agency, Ukraine), George Gotsadze (Associate Professor, Ilia State University and President and Chief Executive Officer, Curatio International Foundation, Georgia), Loraine Hawkins (independent consultant), Marat Kaliev (WHO consultant, former Director of the Mandatory Health Insurance Fund, Kyrgyzstan), Paul Da Rita (Principal, PdR Infra Advisory, United Kingdom), Mirja Sjöblom (Senior Economist, World Bank Group), Aigul Sydikova (National Professional Officer, WHO Country Office in Kyrgyzstan), Robert Taylor (independent consultant), Elizabeth Villarroel (Chief of Party, United States Agency for International Development Health Reform Support) and Akaki Zoidze (Associate Professor, Ilia State University, Georgia).

Abbreviations

EBRD	European Bank for Reconstruction and Development
EIB	European Investment Bank
IFC	International Finance Corporation
IMF	International Monetary Fund
MES	managed equipment service
MICs	middle-income countries
PPPs	public-private partnerships

Executive summary

Middle-income countries (MICs) in the WHO European Region face a number of common policy challenges that reduce their capacity to improve population health. Prominent among these are legacy issues that drive inefficiencies in health expenditure, including lack of capacity at primary care level, an excess of hospital and mono-profile specialist facilities, obsolescence of infrastructure, and high and rising out-of-pocket payments. Sustained investment and structural reform are required to address these challenges.

In many countries, there is a perception that public–private partnerships (PPPs) can play an important role in this regard, partly because they can create a (superficial) relaxation of the public capital budget constraint by leveraging private financing. This report aims to examine the empirical experience of PPPs in the MICs of the Region to provide governments and other health system stakeholders with evidence on which to base their policy frameworks in relation to PPPs and their role in capital investment strategies. In particular, the report is focused on three key questions.

1. What PPP models are being used or actively considered by MICs in the Region?
2. What are the costs, risks and benefits of these models?
3. What actions can governments in the Region take to optimize the use of PPPs?

In most countries of the Region, the PPP agenda is highly centralized, with policy formulation led by ministries of finance, and then – in effect – transplanted into the ministry of health, and from there to individual regional or local authorities. In many cases, this leads to a prioritization of form over function, as policy analysis begins with the assumption that PPPs will be used and proceeds to identify service areas/localities that may provide viable opportunities for them. Instead, investment decisions should come first and procurement decisions second. However, capital projects should be prioritized according to a plan for reconfiguration of the health estate by, for example, responding to a lack of capacity at primary care level and addressing excess capacity and/or fragmentation at secondary and tertiary levels.

Once a prioritization plan is in place, decisions about the mode of procurement/financing should be informed according to a clear assessment of the costs, benefits and risks associated with alternative options. As noted, PPPs are often seen as a means of mobilizing

additional capital; by utilizing private finance, they allow for the deferral of the budgetary recognition of capital expenditures, whereas, with conventional procurement (in which the construction/equipping project is tendered independently of facilities management/maintenance, services continue to be provided by the public sector, and funding for capital is provided by government through, for instance, grants or loans to public authorities involved), the up-front capital expenditures are recognized as they are incurred.

However, PPP contracts signed today will still place a significant call on public budgets tomorrow (once the associated facilities, equipment and services are established, and the bill must be paid). Consequently, their use should be informed by a clear strategic plan for the reconfiguration and modernization of the health estate (the investment decision – whether to invest or not in a given project) and identification of how to deliver this in a way that maximizes value for money and safeguards the future financial sustainability of the health system (the procurement decision – whether to use a PPP or conventional procurement, as defined above).

To address the latter question, a large evidence base exists on the use of health sector PPPs in high-income countries (notably for Australia, Canada, Italy, Portugal, Spain, the United Kingdom and the United States of America). This evidence demonstrates that:

- post-contractual cost overruns tend to be lower under the PPP route than under alternative procurement routes;
- standards of maintenance tend to be higher in PPPs, as private operators are incentivized to ensure that physical assets (buildings and equipment) are fully available and at the level of quality outlined in the contract (whereas maintenance of purely public assets tends to be neglected, especially, but not only, in periods when budget constraints are strict);
- transaction and financing costs tend to be higher – for example, the private operator’s weighted average cost of capital will normally be a multiple of the interest rate on the government’s debt, indicating that in financial terms, deficit financing is a lower-cost option for governments; and
- the obligations created by PPPs for the public sector and other health system stakeholders are debt-like in that they cannot legally be avoided or adjusted and can undermine the financial sustainability of health systems.

What PPP models are being used or are being actively considered in the MICs of the Region?

In the health sector, PPPs involve a long-term contract between a private sector entity and a government entity for the provision of health facilities, equipment and services. In general, the contract is designed to ensure that the private entity bears significant risk and managerial responsibility, and that its remuneration is tied to its performance. These features are designed to ensure limited variation in the prices paid by public authorities and/or service users once contracts have been signed. In addition, a central characteristic of PPPs is that they bundle together a range of project functions (such as facility design, build, finance, maintenance and operation). This creates the potential for economies of scope to be realized by the private operator – assuming the original procurement process was competitive, this may reduce the prices paid by authorities and/or service users. There are different models of PPP, however, incorporating different assets, project functions and payment mechanisms, and featuring different combinations of costs, risks and benefits. This report focuses on three such models:

- **Model 1**, specialized clinical/diagnostic services PPPs, in which a public entity contracts with a private operator for delivery of specialist equipment and clinical services (such as dialysis, radiotherapy and day surgery) or diagnostic services (like laboratory services, imaging and nuclear medicine);
- **Model 2**, health facility PPPs, in which a private operator manages the design, build, financing and operation of health care facilities (such as hospitals, ambulatory care facilities, polyclinics, primary care centres and maternal and paediatric clinics) while management responsibility for clinical services remains in the public sector; and
- **Model 3**, so-called integrated PPPs, in which a private operator manages the design, build, financing and operation of health facilities (such as hospitals, ambulatory care facilities, polyclinics, primary care centres and maternal and paediatric clinics) alongside a defined range of associated clinical services.

What are the costs, risks and benefits of these models?

Experience in the Region demonstrates that the three models present different combinations of costs, risks and benefits.

Model 1 can in principle enhance the scope and quality of specialist medical infrastructure, equipment and services that are available to the general population when, for instance, relevant capacity is lacking in the public sector, and cannot easily be established in the required timeframe. Safeguarding allocative efficiency, however, requires detailed assessment of the net benefits of allocating additional public funds to the service areas to be targeted, compared to alternatives. There is a danger that additional spending on relatively low-value, high-tech services will erode fiscal space for additional low-tech, high-value services (such as those relating to chronic conditions such as asthma, diabetes and hypertension) at the expense of allocative efficiency.

In terms of cost–efficiency, the opportunity costs of procurement through Model 1 PPPs should be compared to alternative procurement routes (such as direct public sector investment and service provision, or more routinized contracting arrangements administered by a social/national health insurance agency or governmental purchaser). While quantitative data are absent, interviews completed for this report suggest that Model 1 PPPs are associated with higher transaction costs and/or per capita/per session prices than these alternative forms of provisioning.

Use of Model 2 is largely driven by the superficial benefits of private financing – its apparent ability to defer and smooth out the budgetary recognition of capital costs. From a public interest point of view, however, this feature of Model 2 is undesirable: it can, for example, create perverse incentives within the public sector, in particular a willingness to overcommit future government revenues by, for instance, entering into contracts that will in the long term prove to be unaffordable for the public sector and other health system stakeholders. This may be driven by a combination of technical errors (related to the inherent difficulty of predicting the future), optimism bias (a non-deliberate tendency to underestimate costs/overestimate capacity to bear costs) or strategic misrepresentation (a deliberate effort to underestimate costs/overestimate capacity to bear costs).

Whatever the cause, the international evidence shows that the resulting underestimation of future costs or overestimation of the health authority's ability to service them has real, and sometimes severe, consequences for health systems. Yet in the absence of such behaviour by public authorities, this model can generate cost–efficiencies if the public authority:

- is able to generate strong competition in procurement;
- specifies its requirements in a clear and operationally relevant manner in the contract; and
- verifies (through monitoring of performance against the contractual provisions) that the operator is meeting these requirements in practice.

Where these things are not possible, or are not achieved, the risk transfer on which value for money depends will be undermined.

Compared to conventional public procurement, and to the standard forms of Models 1 and 2 as outlined above, PPPs of Model 3 can mobilize additional private financing for recurrent expenditures while enhancing the availability of medical equipment and clinical services to persons in the targeted populations. The costs to government (and service users) can be high, however, and both forecasting of, and budgeting for, these can be extremely challenging. As with the other PPP models, risks to affordability and value for money can be severe and difficult to mitigate via contract design. In this case, however, the risks are greater in magnitude and the potential impacts more severe due to the inherent difficulty of specifying long-term requirements for complex clinical services (and monitoring them adequately). In addition, equity of access and financial protection can be compromised when – as is being considered in some health system contexts – user fees are to be introduced as a major source of private operator revenues.

What actions can governments take to make the most effective use of PPPs?

While each of the three models presents a different combination of costs, risks and benefits, certain principles of good practice apply equally to all. Specific recommendations for Member States include the following.

1. Ensure that the investment decision is separated from the procurement route decision and that these decisions are made in the right order. The investment decision comes first. It is concerned with questions such as what is needed to deliver the right combination of services (those covered in a State Guaranteed Benefit Package or similar, for instance) in the right kind of facilities (primary, secondary, or tertiary facilities)? Only once such questions are addressed can a decision be taken about the relative value for money of alternative procurement routes. The latter decision is concerned with the question: what procurement route will deliver the intended outputs with the most advantageous combination of costs, risks and benefits?
2. Incorporate in the procurement route decision an objective recognition of long-term financial costs and risks to the public sector, health systems and (where user fees are to be introduced/expanded in the post-contract arrangements) household budgets. Financial risks relate to uncertainties around what the future costs will be in real terms and the ability of the ultimate payers to afford them without detriment to their own financial position. Experience to date has demonstrated a willingness to use PPPs even in cases where the model is unlikely to deliver best value for money, and a propensity to overcommit future revenues by, for example, entering into contracts that are too costly for the public authorities and/or service users that ultimately will pay the bill. Given the tendency of public authorities to engage in forms of strategic behaviour, it is crucial that regulations governing the conduct of financial appraisals are robust and subject to independent scrutiny. For larger schemes, scrutiny should be undertaken by well resourced independent agencies, such as the supreme audit institution of the country.
3. Invest in the capacity required to define a strategic plan for the health estate in which all investment decisions are embedded. In view of the importance of recommendations 1 and 2, achieving success in capital investment programmes – including those in which PPP is implicated – requires strong capacity within government to undertake rigorous needs-based capital planning to define a strategic plan for the health estate in which all investment decisions should be embedded. These functions should not be outsourced to external agencies – they are core functions of government and are essential to the long-term technical efficiency of the health system. Nor are they well suited to so-called PPP units, which require more specialist skills, as outlined below.
4. Invest in the capacity required to deliver the strategic plan. Finally, there needs to be strong contracting capacity in government, ideally in the form of a specialist procurement unit, to support local health authorities in running competitive procurements, designing effective contracts and establishing structures to ensure assiduous monitoring of performance. Without such capacities in place, PPPs will not deliver benefits in respect of risk transfer that are sufficient to offset this

procurement model’s higher transaction costs and financial costs. Such capacities should be complemented by robust institutional checks and balances to ensure transparency in decision-making, minimize fiscal risks and maintain the competitive integrity of procurement processes.

1. Introduction

Middle-income countries (MICs) in the WHO European Region face a number of common health system challenges. Prominent among these are infrastructure-related challenges that undermine organizational efficiency at system level, including:

- an oversupply of hospital capacity;
- an undersupply of primary care and diagnostics capacity;
- outdated facilities, technologies and ICT;
- lack of integration between primary, specialized and hospital care; and
- inefficient use of energy and inadequate waste management.

A sustained programme of capital investment is required to address these challenges. In many countries, there is a perception that public–private partnerships (PPPs) can play an important role in this regard, partly because they can create a (superficial) relaxation of the public capital budget constraint by engaging private financing. This interest is illustrated in recent legislative changes in Ukraine (Parliament of Ukraine, 2021) and Uzbekistan (Parliament of Uzbekistan, 2019) designed to enable the systematic deployment of PPPs in the health sector.

This report focuses on transaction-specific PPPs, which are distinct from other forms of public–private engagement such as those described in Box 1, and also more routinized forms of contracting (see section 3). A transaction-specific PPP involves a long-term contract between a public authority and a group of private investors, normally constituted as a special purpose vehicle. The contract sets out the terms under which the consortium will ensure the availability of health care facilities, equipment and services (clinical and/or non-clinical) to the public authority. The consortium manages the design, construction and financing of the required facilities and equipment and subsequently manages a range of services over the contractual period. In return, it receives a stream of payments from the authority, in some cases supplemented by user fees. The payment amounts are determined through:

- a competitive bidding process during the earlier phases of procurement; and
- a bilateral negotiation process during the later phases of procurement.

These payments are drawn on by the consortium to pay its costs (capital and operational costs, including profit margins), make scheduled payments of principal and interest to its lenders, and a supply a return on equity to its shareholders.

While PPPs mobilize additional (private) funds for capital investment, they therefore require a commitment of the public sector revenue budget over a long period.

Box 1. Placing PPPs in the broader context of private sector engagement

This report focuses on a specific form of public–private sector engagement – the transaction-specific PPP, of which there are three main models. It does not seek to cover the many other ways in which governments seek to engage private sector entities to influence their incentives and behaviours by, for instance, safeguarding/promoting population health objectives.

It is recognized by WHO that governments need to have a strong public policy framework in place to address the challenges the private sector can create and to harness the opportunities it can present. Such a framework may include:

- regulations that require private sector entities to report into the routine health information system;
- licencing to define and enforce the conditions of market entry and to ensure ongoing oversight of, and accountability for, performance; and
- strategic purchasing of private sector entities' capacities to, for example, enable specific populations to access health services outside of the public sector on a free or low-cost basis.

This report makes a number of observations about the costs, benefits and risks of transaction-specific PPPs. By no means are these observations generalizable across the other modalities of engagement. In addition, it should be noted that the specialist skills required for a government to manage the costs, benefits and risks of PPPs are different to those required for effective implementation of other market interventions, so it will rarely be the case that the PPP unit within a ministry of health or other relevant state agency is best placed entity to define/manage the wider policy framework for private sector engagement.

As PPP contracts signed today will place a significant call on public budgets tomorrow (once related facilities, equipment and services are operational), their use should be informed by a clear strategic plan for the reconfiguration and modernization of the health estate (the investment decision – whether to invest or not in a given project) and identification of how to deliver on this in a way that maximizes value for money and safeguards the future financial sustainability of health systems (the procurement decision – whether to use a PPP or conventional procurement in which construction/equipping is tendered independently of facilities management/maintenance, services continue to be provided by the public sector and funding for capital is provided by government through, for instance, grants or loans to public authorities involved). To address this latter question, a large evidence base exists on the use of health sector PPPs in high-income countries (notably for Australia, Canada, Italy, Portugal, Spain, the United Kingdom and the United States of America) (Roehrich et al., 2014).

This evidence demonstrates that:

- post-contractual cost overruns tend to be lower under the PPP route than under alternative procurement routes;¹
- standards of maintenance tend to be higher in PPPs, as private operators are incentivized to ensure that physical assets (buildings and equipment) are fully available and at the level of quality outlined in the contract (whereas maintenance of purely public assets tends to be neglected, especially, but not only, in periods when budget constraints are strict);
- transaction and financing costs tend to be higher and tend to result in considerable excess profits for private sector technical advisors and investors, meaning that in purely financial terms, deficit financing will often be a lower-cost option for governments than the cost of PPP financing (Hellowell, 2016); and
- the obligations created by PPPs for the public sector and other health system stakeholders are debt-like in that they cannot legally be avoided or adjusted and can undermine the financial sustainability of health systems.

In addition, the evidence shows how the financial sustainability of health systems can be threatened if the opportunity to mobilize private capital leads to poor investment decision-making (that is, investment of the wrong scale and/or on the wrong assets) by health authorities (Hellowell & Vecchi, 2015).

Experiences in MICs, however, are less well documented. This report seeks to address this gap. It draws on: a synthesis of theoretical and empirical research on PPPs; documents published by key policy stakeholders at national and international levels (documents in the public domain and those obtained through personal communication); and key informant interviews with experts with direct experience of working on PPPs in multiple MICs (see acknowledgements section) to identify key considerations for the use of PPPs in the Region, focusing on three research questions in particular.

1. What models are being used or are being actively considered in the MICs of Europe?
2. What balance of costs, risks and benefits is presented by these models?
3. What actions can governments in the Region take to mitigate the costs and risks of PPPs?

The report is structured accordingly, and a final section provides a summary of recommendations.

1. Supporters of PPP sometimes imply that post-contractual cost certainty can be taken as an overall arbiter of value for money. However, this is incorrect: it is evident that a project delivered on budget (meaning costs for the public sector do not exceed those outlined in the contract) can still represent poor value for money if the authority overpaid for the risk transfer mechanisms that led to that outcome.

2. What models are being used or are being actively considered in the MICs of Europe?

PPPs share a number of common features, the defining ones being:

- the use of private financing for capital (and sometimes recurrent) expenditures;
- the bundling together of outputs and activities within the scope of a single contract between a public and private sector entity; and
- the sharing of costs, risks and benefits between the contracting parties.

In the WHO European Region, as elsewhere, PPPs have been used to address a number of objectives, including:

- the harnessing of private sector resources (such as capital, human resources and/or expertise) by the commitment of a defined public sector and/or user-fee revenue stream;
- the need to overcome constraints on public sector capital budgets and thereby enable additional expenditures on health facilities, equipment and services;
- the opportunity to leverage new construction and facilities management/maintenance skills (some of which are only found in the private sector and which may be difficult to fully leverage via public procurement) to improve the quality and efficiency of health care assets/ services; and
- the opportunity to enhance the transparency and value for money of government procurement processes.

Models of PPP differ, however, varying in terms of the scale, nature and timing of the expenditures and risks involved. Table 1 provides an overview of three PPP models that the document review and interview data demonstrate have been used in the MICs of Europe. Table 1 notes their key economic features and provides a brief summary of the key opportunities and challenges that relate to each of them. More detailed commentary on each of these models is then provided in section 3 (see below).

Table 1. Types of health sector PPPs used in MICs in the WHO European Region

Note: no quantitative data exists on the number of health sector PPPs in the Region.

Source: author’s analysis, based on International Finance Corporation (2021).

PPP model	Economic features	Opportunities and challenges
MODEL 1 Specialized clinical/ diagnostic services	The public sector identifies specialist services (such as dialysis, radiotherapy and day surgery) or diagnostic services (like laboratory services, imaging and nuclear medicine) to be provided by a private operator. The private operator finances up-front capital costs. Payment to the operator is made by government on the basis of an annual per capita or per treatment model (or a combination), and in some cases users’ co-payments.	<p>Opportunities The model can enhance the availability of medical facilities, equipment and services for the population(s) targeted, while improving the quality of clinical services and/or the efficiency of their provision.</p> <p>Challenges High transaction costs and/or per capita/per session prices are probable relative to other modes of delivery, including other methods of contracting with the private sector. The model may influence and perhaps distort resource allocation priorities unless projects are selected specifically to address identified gaps in the availability of prioritized services (as defined by the essential health service package, for instance).</p>
MODEL 2 Health facility	The private sector partner manages the design, build, financing and operation of health facilities (such as hospitals, ambulatory care facilities, polyclinics, primary care centres and maternal and paediatric clinics). Management of clinical services remains in the public sector. Contracts typically last for 30+ years and may include outsourcing of so-called soft facilities management (like catering, cleaning and laundry). Payment to the private operator is made by government, usually on the basis of a performance-adjusted availability charge. Co-payments by users for some limited costs – such as parking charges – may also be in place.	<p>Opportunities The model can enable access to private finance for capital expenditure, circumventing public budget constraints and enabling additional investment in the health care estate and equipment. It can also enhance the efficiency of capital procurement, with an emphasis on establishing certainty of public sector costs over the lifecycle of the assets.</p> <p>Challenges Substantial government capacity and a competitive market environment – one that enables a competitive procurement process – are required to secure and sustain value for money over the duration of the contract. In practice, costs can be difficult to forecast and budget for ex ante, and the opportunity to defer and smooth out the costs of capital investments presented by private finance may lead to an overcommitment of future public sector funds. As a result, there are risks to affordability ex post, such that the financial sustainability of health systems can be compromised (Hellowell & Vecchi, 2015).</p>
MODEL 3 Integrated	The private operator manages the design, build, financing and operation of health facilities (such as hospitals, ambulatory care facilities, polyclinics, primary care centres and maternal and paediatric clinics) and the full range of associated clinical services on a long-term basis, typically ranging from 10–30 years. Payment to the private operator is made by government, usually on the basis of a prospective global budget that includes the operator’s cost of capital, and also co-payments by users.	<p>Opportunities The model can mobilize private financing for both capital expenditure and recurrent expenditure (if user fees are involved), enhance the efficiency of government procurement with an emphasis on lifecycle costs, and enhance the range and quality of medical equipment and clinical services to persons in the targeted populations.</p> <p>Challenges Substantial government capacity alongside a market environment that enables competitive bidding are required to secure and sustain value for money over the duration of the contract. Contracting authorities must be able to specify clinical service requirements and monitor that these are delivered in practice. Failure to do so places the quantity and quality of clinical services at risk. Market prices can be high due to a lack of qualified bidders and high transaction costs – related costs are difficult to forecast and budget. The risks to affordability – and thereby to the financial sustainability of health systems – can be high in magnitude and difficult to mitigate in practice. Equity of access and financial protection will be compromised if user fees are a major component of the private operator’s revenue stream.</p>

3. What balance of costs, risks and benefits do PPPs present?

3.1 Model 1. Specialized clinical and diagnostic services

In this model, the private operator commits to deliver:

- a specified range of clinical and/or diagnostic facilities and/or equipment; and
- a specified range of services to a defined number of patients over a multi-year period (often 4–10 years, with longer durations for more capital-intensive contracts).

Typically, private operators assume responsibility for: renovating and/or equipping facilities; maintaining and operating equipment; procuring all medical supplies; recruiting, training and managing all staff; and treating patients. Government payments to the operator can be based on prospective global budgets, capitation payments, fixed fees-for-service or case-based payment (which may be adjusted annually). There is also, in some cases, a defined schedule of user charges.

Model 1 PPPs are in some ways similar to other contracting arrangements used by governments and other public authorities, such as social/national health insurance agencies that have included private operators in the network of providers eligible to receive pre-paid/pooled funds. There nevertheless are also important differences, summarized in Table 2, such that PPPs tend to be associated with much higher transaction costs than other forms of contracting.

Table 2. Distinguishing Model 1 PPPs from other forms of private sector contracting

Function	Routine private sector contracting	Model 1 PPP contracts
How contractors are selected	Contracts are allocated to any willing provider that meets set criteria (as defined, for example, through accreditation/empanelment/certificate of need arrangements).	Contracts are entered into with winning bidders – in principle, those that have offered the best terms (price/quality) during the competitive procurement process.
Type of competition involved	Competition takes place in the market – that is, after contractual arrangements have been established.	Competition takes place for the market – that is, before contractual arrangements have been established.
How outputs (and their range and volumes) are defined	Service volumes are defined by demand among patients within the specified group (such as residents in a defined locality enrolled in a specific insurance scheme). The range of services, quality standards and fee structure/amounts to be paid to contractors are determined at health system level.	Service volumes are determined by mechanisms set out in the contract (these may be volume-based but more often are availability-based, or a combination). The range of services, quality standards and fee structure/amounts to be paid to the contractor are specific to the transaction, and determined during the procurement process. ^a
Basis for payment	Money follows the patient.	Patients follow the money.
Benefits	<p>The contract can be light touch (as accreditation/empanelment criteria set minimum standards for issues such as provider competencies/equipment standards), reducing transaction costs.</p> <p>Incentives to provide high-quality care flow from financial incentives to attract and maintain patient demand, assuming that market conditions enable consumer choice/provider competition.</p>	The contractor has strong financial incentives to: deliver construction on time and in line with defined standards; and after completion/provision of the capital assets, operate them at the level of quality defined in the contract (as failure in either case may lead to delayed/reduced payments and associated financial losses).
Costs and risks	<p>A lack of detailed performance criteria and enforcement mechanisms may lead to gaps or weaknesses in the quality/quantity of service delivery.</p> <p>Performance relies on the conditions of entry and the market environment, including the robustness of the regulatory apparatus and the appropriateness of payment mechanisms and prices – where these are inadequate or ineffective, performance pressure on provider(s) is limited/inadequate, at the expense of patient care and value for money.</p>	<p>Contracts need to be lengthy and detailed, and monitoring arrangements extensive. For both reasons, transaction costs will tend to be very high. This may result in risks to value for money and affordability of contracts because of the direct burden of transaction costs and the downward pressure such costs can exert on the level of competition during the procurement process.</p> <p>Establishing comprehensive contracts is challenging. Any major gaps or limitations in contracts may compromise the contractor's incentive to perform well, at the expense of value for money for the public sector.</p>

a. Where a government or health agency has – or plans to have – a substantial programme of such contracts in place, it may attempt to reduce the transaction costs of individual contracts by standardizing such variables.

In principle, Model 1 PPPs have the potential to:

- enhance the availability of high-quality specialist medical infrastructure, equipment and services for the general population;
- improve health authorities' procurement of equipment, with an emphasis on reliability of operations, and strengthen the predictability of costs to government over the lifecycle of the assets;
- enable the development of new models of care through, for instance, hub and spoke models that improve organizational efficiency;
- allow the public sector to benefit from the skills of specialist international players, of whom there are many in key areas such as dialysis, radiotherapy and day surgery; and

- enable health authorities to attain experience and knowledge in procuring, designing and monitoring contracts for complex health services – building capacity for more institutionalized approaches to contracting and/or more complex forms of PPP contracting.

Model 1 has been used in a number of MICs over the course of the last two decades, most commonly for haemodialysis. There is good evidence from recent experiences in Kyrgyzstan, the Republic of Moldova and Romania that the model can be used to expand the availability and distribution of modern medical equipment and improve access to high-quality services for targeted populations. PPPs can also stimulate the development of a market in the private provision of clinical services that can (in the longer term) enable more service provision to occur outside of hospitals. This has been the case for haemodialysis in Romania, in which an initial programme of PPPs led to multiple short-term, and more flexible, contracts with dialysis providers that were entered into directly by the insurance fund – an experience that also seems to have been replicated in the Republic of Moldova and, most recently, in Kyrgyzstan (see Box 2).

However, evidence on value for money from a contract-specific perspective (asking whether government costs may have been lower or the quantity/quality of facilities and services higher by using other modalities) is limited and is constrained by the absence of a clear counterfactual, or clear cost benchmarking. It nonetheless is apparent that transaction costs tend to be high relative to other forms of delivery, including other types of delivery under contracts such as direct contracting of private sector dialysis providers by insurance funds or state purchasers and/or managed equipment service (MES) leases undertaken by autonomous health care providers. Indeed, in some countries, the resulting costs may be affordable only if governments are able to access external support through, for example, development partners. The transaction costs faced by private sector bidders also tend to be high, increasing bid prices and limiting the number of bids, contributing to higher contract prices and/or service fees.

In analysis of value for money, such costs need to be considered alongside any operational efficiencies that the PPP model is expected to generate.

Box 2. Haemodialysis PPPs in Kyrgyzstan

Legislation to regulate the use of PPPs in the health sector was enacted in Kyrgyzstan in 2013. From that year, the Ministry of Health worked with development partners to prepare feasibility studies for a project to deliver haemodialysis capacity in the country. Initially, the level of interest from international market players was considerable, with expressions of interest from companies headquartered in 12 different countries, but several companies withdrew over the course of the procurement process, reducing the degree of competitive pressure. The Government eventually prequalified two bidders, both of which submitted a bid. The project was awarded to Fresenius, a German company. Fresenius signed a 10-year contract to finance, lease and operate four haemodialysis centres offering a minimum of 75 000 dialysis sessions, train health professionals from several public centres and develop home-based peritoneal dialysis services. As of April 2022, this contract was still in place, though the price per session (approximately US\$ 100) is now viewed by the Ministry as higher than current market rates.

Reflecting on the transaction and operational costs of the PPP, policy-makers have opted to diversify their approach to private sector engagement in future, including in the form of direct contracting by the Mandatory Health Insurance Fund with haemodialysis providers on the basis of one-year contracts. These contracts are regarded as having a number of advantages over PPPs, including shorter procurement periods, greater flexibility in service provision and lower contract periods and costs. This experience helps to demonstrate that where a mandatory health insurance fund exists and is capable of acting as a strong strategic purchaser, alternatives to PPPs can be found. In some cases, these alternatives represent a more affordable solution or better value for money, taking into account the up-front transaction costs and the long-term costs to government.

In addition to matters of transaction costs, finance costs and per capita/per treatment costs, it is important to consider the broader issue of allocative efficiency, which refers to whether the right services are likely to be purchased through Model 1. It is important that services are selected according to their degree of priority for the health system as a whole as reflected in, for example, the package of essential services covered by the national health insurance scheme rather than their amenability to be provided under a particular modality. It is apparent that services such as dialysis, radiotherapy and day surgery can be delivered under Model 1, but further case-specific analysis is needed to consider whether they should be. Analysis should consider the need for developing additional capacity in these areas and the net benefits of this private sector engagement modality in comparison to others (such as via subcontracting by public providers or direct contracting of private providers by a strategic purchaser). It should also be noted that the services purchased under this model are likely to represent only one input into a care pathway, and not a whole case episode.

There should be clear guidelines with referral criteria on the types of patients eligible to receive the related services, alongside robust monitoring to guard against opportunistic behaviours by providers.

Examples of projects of this type under consideration in the WHO European Region include:

- establishment of a new radiology centre at the National Cancer Institute, Kyiv, Ukraine; and
- establishment of three haemodialysis care centres in three regions of Uzbekistan – the city of Tashkent, the Republic of Karakalpakstan and the Khorezm region (in operation from April 2022).

3.2 Model 2. Health facility PPP

In this model, the private operator manages the design, construction, financing and operation of health facilities (such as hospitals, ambulatory care facilities, polyclinics, primary care centres and maternal and paediatric clinics). The name refers to “health facilities” because the public sector retains management of all clinical services and employment of all clinical staff. The model therefore focuses on the modernization of infrastructure and related activities, such as maintenance, rather than clinical services, although it can also have a major impact on services. Contracts typically last for 30 years or more – a period of time set to reflect the lifecycle of the contracted facilities – and may include outsourcing of some so-called soft facilities management (such as catering, cleaning and laundry), but this has been less common in recent years. Payment to the private operator is made by government, usually on the basis of availability (that is, the extent to which the specified facilities at the required standard are available for public sector use) and may be supplemented by user fees for some services (such as parking fees). Key features of this model include:

- long-term contracts – typically 30 years or more and up to 60 years in some cases;
- the sharing of risks between the public authority, private operator and investors/creditors;
- contracts based on a specified payment mechanism (the so-called availability charge), analogous to a prospective global budget, albeit one that can be adjusted according to performance;
- government ownership of the assets at the end of the contract, at which point facilities and equipment must be in reasonable condition; and
- bundling of infrastructure and non-clinical services within a single transaction.

Payment to the private operator is made in full only if the specified infrastructure and services are made available in accordance with the standards set out in the contract. The operator therefore has a

compelling incentive to deliver the specified infrastructure on time and to budget and to ensure that it is constructed and, once completed, maintained well, remaining fit for purpose throughout the long contract period. Achieving this degree of risk transfer, however, is dependent on a number of factors, including the ability of the authority to specify its needs in a legally enforceable and operationally practicable contract and to verify that the operator is meeting these needs in practice. The authority must also be able to run a competitive procurement, such that bidders are forced to ensure that bid prices approximate to their marginal costs of production, eliminating excess profits and enabling the state to capture a share of the gains from efficiencies related to risk transfer and the economies of scope engendered by the bundling of activities (design, build and maintenance, etc.).

Consequently, achieving benefits from this model requires that the authority has (or at least has access to) a high level of contracting expertise.

Even where such conditions hold, benefits may in practice be offset by the high transaction and financing costs that are, as the empirical evidence shows, generic features of the model. For example, Dudkin & Vällilä (2005) showed that a sample of social infrastructure PPPs undertaken in the United Kingdom had higher precontractual transaction costs than would have been generated under conventional public sector procurement. These amounted to about 10% of the capital expenditure value of the project on average for both state authorities and the winning private sector bidders, and up to 5% of that value for losing bidders. The authors attributed these additional costs to the long-term nature of PPPs, the complexity accruing to bundling of functions and the emphasis placed on risk transfer, all of which increase the costs of procurement across parties. In addition, transaction costs accrue to private financing itself – for example, the additional fees that equity investors must pay to their lenders and to sellers of financial derivatives that are used to hedging against inflation and interest rate risks. These fees add to the operator's costs and are then factored into the availability charge to be paid by the authority. Such transaction costs have no direct parallels in alternative forms of procurement. Finally, the rates of return on private debt and equity add to the costs of PPP projects. A private operator's weighted average cost of capital will normally be a multiple of the interest rate on the government's debt (Hellowell & Vecchi, 2012).

Many governments are attracted to this form of PPP for economic rather than financial reasons. The model allows the budgetary recognition of capital expenditures to be:

- deferred (the government only pays once the facilities are operational); and
- smoothed out (the up-front costs are repaid across the contractual term in a manner similar to a residential mortgage).

The ongoing costs of PPPs cannot be avoided indefinitely, however. The future costs of such PPPs are, in effect, debt-like in their structure. For such reasons, international accounting rules have made it difficult for the obligations under PPPs to be accounted in so-called off-the-budget

sheets (Eurostat & European PPP Expertise Centre, 2016). Even where the current accounting rules allow for this, as appears to be the case in many MICs in Europe, it is apparent that accounting definitions are subject to periodic revision. It is also possible that the debt will transfer back to the on-budget sheet at some point in future. The opportunity to defer and smooth out costs through PPPs can create budgetary incentives in the public sector that may undermine the financial sustainability and service capacity of health systems because of:

- a willingness to use PPPs even in cases where the model is unlikely to deliver best value for money (that is, where the benefits of risk transfer and bundling are more than offset by higher transaction and financing costs, as described above); and
- a propensity to overcommit future revenues by, for example, entering into contracts that are too costly for the public authorities and/or service users that ultimately will pay the bill.

Reflecting these concerns, current advice from the International Monetary Fund (Irwin, Mazraani & Saxena, 2018) is that governments should avoid overinvestment by:

- developing and implementing clear rules for their use, including financial analysis to determine affordability over the full period of the contract;
- identifying, quantifying and disclosing all PPP-related risks to government; and
- reforming budget frameworks and government accounting procedures to capture all future costs in a comprehensive way, including actual and conditional liabilities (those that relate to changes in macroeconomic variables such as inflation, interest rates and exchange rates, all of which can have a material impact on the affordability of PPP schemes to payers) (Box 3).

In addition, when a health ministry expects to make large-scale use of health facility PPPs, it may be beneficial to establish an overall “control total”. This is a defined limit to the total value of all future PPP liabilities that can be entered into in a given period and is, in effect, an attempt to establish an overall credit limit for public authorities. While a control total does not eliminate the budgetary incentive to use PPPs over other forms of procurement (at least until the total has been reached), it may help to stimulate a shift from a medium-term to a long-term budget-planning horizon and more disciplined prioritization of investments.

Box 3. Health facility PPPs in Türkiye

PPP contracts have been signed for 20 so-called city hospitals in Türkiye, with a total capital expenditure value of US\$ 11 billion. Türkiye has become an important source of inspiration for the use of PPPs in Ukraine and other countries in the WHO European Region. This is part of a wider process in which a number of investors – including commercial banks and multilateral development partners such as the European Investment Bank (EIB), European Bank for Reconstruction and Development (EBRD) and the International Finance Corporation (IFC) – have been seeking to harness their experience of the PPP programme in Türkiye and apply it to other emerging markets.

According to recent media reports, however, the Ministry of Health has announced that there will be no further PPPs in the country and that all future hospital construction projects will be financed from government sources alone. The decision was taken after it emerged that payments for just 10 operational hospital PPPs accounted for some 27.8% of the Ministry of Health budget.

Key elements of the budgetary pressures created by the PPP programme in Türkiye include:

- the large scale of the projects and the public revenue commitments they involve; and
- exchange rate volatility aggravating the budgetary challenge, as public revenue commitments were tied to the value of the US dollar, meaning that as the Turkish lira depreciated against the US dollar, the proportion of the Ministry of Health budget (denominated in lira) allocated to PPP payments had to be increased.

Examples of projects of this type under consideration in the WHO European Region include:

- construction of a modern general hospital (based at the Emergency Hospital in Lviv, Ukraine), which is currently at the pre-feasibility stage;
- construction of an emergency wing for the Poltava Regional Clinical Hospital in Ukraine; and
- initiation of procurement processes for four Model 2 PPPs for multidisciplinary hospitals in the cities of Aktobe, Atyrau, Karaganda and Taraz in Kazakhstan.

3.3 Model 3. Integrated PPPs

In addition to the models described above, a third PPP model is being considered in some MICs (such as Ukraine) and is, in general, one of a menu of PPP options presented by development partners such as IFC, EBRD and the Asian Development Bank to country partners. Under this model, a private operator is tasked with building and maintaining new or rehabilitated facilities and managing the full range of clinical and non-clinical services in them, usually for periods of 10–30 years. Because this model combines infrastructure-related and clinical services, it is sometimes referred to as the integrated model.

As clinical services are delivered by the private operator, this model can accommodate user fees either as a minor or major component of operators' revenue stream. In such cases, public funding may be used for specific purposes (such as purchasing a certain volume of essential services and/or co-financing capital expenditures to address a so-called commercial viability gap). In either case, the model provides an opportunity for governments to increase private financing for recurrent expenditures (alongside capital expenditures) and, for the same reason, raises concerns in terms of equity of access and financial protection for patients.

4. What actions can governments take to make effective use of PPPs?

A number of conditions need to be met for PPPs – of any form – to be successfully implemented.

4.1 Determining the role of PPPs in shaping the provider network

As noted above, PPPs are a tool used to pursue a government’s strategic objectives. They do not constitute a strategy in themselves. Whether they impede or support the government’s strategic objectives is an open question – they might, and they might not. PPPs can only enhance the allocative efficiency of health systems if they are embedded in a strategic plan for the provider network – one that defines its future scale and configuration – and one that is informed by, and integrated into, the (often evolving) organizational, financing and purchasing strategies of the health care system as a whole.

While this may seem obvious, it is worth re-emphasizing. In most countries in the Region (as elsewhere), the PPP agenda is highly centralized, with policy formulation led by ministries of finance/economies (or equivalent). It then – in effect – is transplanted into the ministry of health (alongside departments responsible for the road, rail and energy projects that have also been prioritized under project finance/PPP programmes) and from there to individual regional or local authorities (Agency for Support of Public–Private Partnerships, 2021). This approach has been observed in multiple other countries and can lead to prioritization of form over function, with decision-making beginning with an assumption that PPPs will be used and the analysis focusing on how PPPs can be applied. In turn, this carries the risk that investment programmes become distorted away from the objectives set out at the beginning of this report, including the needed reconfiguration and modernization of the Region’s health estates. In addition, PPPs may be used for projects where they do not represent value for money, and this risk is amplified if local-level authorities or other contracting entities (often with limited capacity in PPP and contract management) are provided with subsidies or guarantees conditional on the use of PPPs specifically.

However they are financed, capital projects should be prioritized according to a plan for reconfiguration of the health estate by, for example, responding to lack of capacity at primary care level and addressing excess capacity at secondary and tertiary levels. Once a prioritization plan is in place, decisions about the mode of procurement/financing should be informed according to a clear assessment of the costs, benefits and risks associated with alternative options. As noted, PPPs are often seen as a means of mobilizing additional capital; by utilizing private finance, they enable the budgetary recognition of capital expenditures to be deferred (in comparison with conventional public financing of capital investment, for which up-front capital expenditures are recognized as they are incurred). In the long term, however, PPPs create debt-like obligations for the public sector (and, in the case of some models, also for patients). These need to be carefully and objectively considered through value-for-money analysis (which examines the opportunity costs of the PPP route

compared to alternative models) and financial analysis (which examines the impact of future fiscal obligations on the financial sustainability of the (national or local) health systems).

4.2 Financing the long-term costs of PPP contracts

In some countries in the Region, health facilities' capital and maintenance costs are funded through a different route to funding for services. For instance, it is common for infrastructure costs (maintenance and utilities costs) to be borne by regional or local authorities, while service costs are borne by health care payers. In such cases, it is important that local authorities' plan to pay more for the capital and maintenance costs of PPP facilities than in the rest of the health care estate. Such costs will often be higher in PPP facilities, even in cases where the contract has been implemented effectively by procurers, for two reasons:

- the capital expenditures committed by the private operator to develop the facilities will have to be re-paid, along with the required rates of return of its creditors; and
- the maintenance costs of the facilities may be higher, reflecting the incentives in PPP payment mechanisms to ensure high standards of maintenance through the lifecycle of the contract.

Public authorities will need to ensure they can afford such costs without compromising their ability to meet their other social obligations and without crowding out investment in service areas that are unlikely to be part of PPP projects, such as primary care.²

In other countries in the Region, the capital and maintenance costs of autonomous health care providers are funded through the tariffs for services, with no additional subsidy from local authorities. This adds a level of uncertainty to the budget-planning process for health care providers. For example, if the operator is paid an availability charge (which is unaffected by service volumes) while the service provider is paid a tariff per case, the provider's costs and revenues are mismatched. This complicates the affordability assessment before contracts are agreed and/or may lead to budgetary shortfalls after contracts are signed. Such a mismatch also creates risks to investors, as any shortfall in revenues of the health care provider may result in delays to payments to the operator, threatening its returns or even (in extremis) its solvency. To avoid the potential for such problems and to ensure that projects are bankable (meaning that private investors are willing to participate in them), the mismatch may have to be resolved at local, regional or even national level through, for example, guarantees that any shortfall in providers' ability to pay will be met by authorities at a higher level.

Whoever pays the bill, it is of core importance to limit the potential for overinvestment through PPPs – a risk related to the fact that private financing allows expenditure to take place now without that expenditure

2. In principle, health facility PPPs could be used to support capital investment in primary care networks. In practice, this is relatively rare, largely because the high transaction costs of PPPs – for both government procurers and private operators – are deemed to be too heavy for the small-scale facilities required for primary care provision. There are cases of integrated PPPs (in Maseru (Lesotho) and Valencia (Spain), for example) that have incorporated managed primary and secondary care facilities and services within individual transactions, but this is extremely rare.

scoring on the public budget (generating a kind of credit card effect, with predictable effects on the quality of investment decisions). Empirically, however, analysts often underestimate the future costs of PPPs (both direct and conditional liabilities) when conducting financial analysis. This may be driven by a combination of technical errors (related to the inherent difficulty of predicting the future), optimism bias (a non-deliberate tendency to underestimate costs/overestimate capacity to bear costs) or strategic misrepresentation (a deliberate effort to underestimate costs/overestimate capacity to bear costs). Whatever the cause, the international evidence shows that the resulting underestimation of future costs or overestimation of the health authority's ability to service them has real, and sometimes severe, consequences for health systems.

Mitigating risks to affordability requires national and/or other public authorities to ensure all plans for new projects are scrutinized by a source of independent scrutiny, such as national/municipal audit institutions. Official audits are required to establish that transactions will generate benefits in excess of their opportunity costs and need to include an assessment of the potential for costs to vary over the duration of the contract. Such variation can have a number of potential causes, many of them external to the contract itself. For example, exchange rate volatility may present a serious challenge to affordability over the longevity of the contract, as public revenue commitments tend to be tied to the value of an international currency; if the value of local currency falls in relation to that currency, the costs of PPP payments increase in real terms (see Box 3 describing the experience in Türkiye). This is also likely to be a factor in the private sector's assessment of investment risk.

4.3. Strengthening capacity to undertake effective PPP projects and programmes

As noted above, the decision-making process for all capital investment decisions, including those that are eventually to be taken forward as PPPs, needs to begin with the question: what investments are needed to deliver the right combination of services (such as those covered in the State Guaranteed Benefit Package, or equivalent) in the right kind of facilities (primary, secondary or tertiary facilities)? Only once this critical question is conclusively addressed can decisions be taken about the specific procurement method to be deployed and what capacity is needed to be in place to deliver the method effectively. While building capacity for the effective deployment of PPPs is likely to be important in many countries, it is even more important that ministries of health and other health authorities build strong capacities to undertake needs-based assessment of service needs, plan a strategic reconfiguration of the health estate that is aligned with this, and select and take forward the investments needed to deliver that strategy.

Yet in cases where PPPs will be used, strong capacities will be needed. Across the three models, PPPs incorporate a range of complex services,

all of which need to be specified in contract documents and payment mechanisms. Because of the multifaceted and conditional nature of health care, these services also tend to be challenging (and expensive) to monitor. Achieving successful outcomes from PPPs requires investment in the specialist human resources (either in-house or external to the organization) required to do this well. Currently, such capacities are limited in most countries in the Region. While specialist PPP agencies may exist in some limited form, ministries of health and other relevant subnational authorities need to be capable of implementing PPPs sensibly. The costs of achieving this, which include training of the required professionals and sufficiently attractive salaries to preclude corruption or poaching by the private sector, need to be considered as part of the overall economic appraisal of PPP programmes.

In general, it is sensible to start small when using PPPs, piloting the model on smaller projects in areas that are relatively measurable and monitorable (such as specialist clinical/diagnostic services, as discussed under Model 1 above) and building up the capacities of government and the market over time before moving to contracting in more complex and capital-intensive service areas, such as multi-profile hospitals. Indeed, there is evidence that the deployment of Model 1 contracts can stimulate state and market capacity for the wider adoption of contracts with the private sector. In Romania, for example, a programme of eight dialysis PPPs in the early 2000s helped to stimulate development of an efficient market in dialysis provision that now operates on the basis of short-term performance-based contracts let by the National Health Insurance House (Box 4).

Box 4. Dialysis Model 1 PPPs in Romania

In 2004, four private operators were selected to run eight separate contracts – each running for up to seven years – to refurbish, operate and manage dialysis centres at eight hospitals in Romania. The projects had a combined capital cost of €28.6 million. Payments to operators were based on a defined fee per haemodialysis treatment and a defined annual fee per peritoneal dialysis patient. Contracts were awarded to operators on the basis of investment levels rather than prices. The IFC, which worked as transaction adviser on the programme, estimates that between 2005 and 2008, the Government of Romania saved €2.9 million on the cost of dialysis services. Introduction of contracts based on fixed fees has resulted in a more transparent pricing system for dialysis services and enabled the adoption of stricter national quality standards that are applicable to privately and publicly managed clinics. There is now an efficient market in dialysis provision in the country (unlike in the initial wave of PPPs, now mostly conducted outside of hospital facilities) underpinned by financing from the National Health Insurance House on the basis of simple, output-based short-term contracts with international dialysis providers, in which fixed fees for treatment have been falling in real terms for a number of years.

5. Conclusion and recommended actions

This report has provided: a review of three PPP models currently being used or considered in the Region; an analysis of the costs, risks and benefits of these models; and an assessment of the specific actions that governments can take to strengthen their capacity for effective policy-making and implementation. Although PPPs have often led to relatively good outcomes in terms of post-contractual cost–certainty, they lead to high transaction and financing costs that need to be recognized, planned for and where possible mitigated by policy-makers. Securing value for money means selecting the right projects, reflecting their degree of priority for the health system as a whole, taking into account the need for rationalization/reconfiguration of physical and human resources (from hospitals to other care settings) and the potential impact of new purchasing arrangements and payment mechanisms. Securing value for money also means implementing PPPs only when they represent the most cost–effective solution compared to other procurement modalities, and where the robust capacities needed to plan, design, negotiate and monitor long-term complex transactions are available in the public sector to implement them effectively. Such capacities often are not available; where this is the case, they need to be built up over time.

In the real world, PPPs are often seen as a means of mobilizing additional capital. In utilizing private finance, they enable the budgetary recognition of capital expenditures to be deferred (in comparison with conventional public financing of capital investment, for which up-front capital expenditures are recognized as they are incurred). In the long-term, however, PPPs create debt-like obligations for the public sector (and, in the case of some models, also for patients). These need to be carefully and objectively considered through value-for-money analysis (which examines the opportunity costs of the PPP route compared to alternative models) and financial analysis (which examines the impact of future fiscal obligations on the financial sustainability of the relevant health system setting).

To minimize fiscal risks and ensure the integrity of procurement processes, institutional checks and balances need to be robust. Securing allocative and productive efficiency and safeguarding the public interest requires sources of independent scrutiny and challenge, including the activation of supreme audit institutions for larger schemes that have the potential to impact on the financial sustainability of health systems. Their findings should be disseminated as widely as possible, including in parliament and through the media, and the data, evidence and recommendations they provide utilized to inform policy adaptation and learning.

While each of the three models presents a different combination of costs, risks and benefits, certain principles of good practice apply equally to all. Specific recommended actions for Member States include the following.

1. Ensure that the investment decision is separated from the procurement route decision and that these decisions are made in the right order. The investment decision comes first. It is concerned with questions such as what is needed to deliver the right combination of services (those covered in a State Guaranteed Benefit Package or similar, for instance) in the right kind of facilities (primary, secondary, or tertiary facilities)? Only once such questions are addressed can a decision be taken about the relative value for money of alternative procurement routes. The

latter decision is concerned with the question: what procurement route will deliver the intended outputs with the most advantageous combination of costs, risks and benefits?

2. Incorporate in the procurement route decision an objective recognition of long-term financial costs and risks to the public sector, health systems and (where user fees are to be introduced/expanded in the post-contract arrangements) household budgets. Financial risks relate to uncertainties around what the future costs will be in real terms and the ability of the ultimate payers to afford them without detriment to their own financial position. Experience to date has demonstrated a willingness to use PPPs even in cases where the model is unlikely to deliver best value for money, and a propensity to overcommit future revenues by, for example, entering into contracts that are too costly for the public authorities and/or service users that ultimately will pay the bill. Given the tendency of public authorities to engage in forms of strategic behaviour, it is crucial that regulations governing the conduct of financial appraisals are robust and subject to independent scrutiny. For larger schemes, scrutiny should be undertaken by well resourced independent agencies, such as the supreme audit institution of the country.
3. Invest in the capacity required to define a strategic plan for the health estate in which all investment decisions are embedded. In view of the importance of recommendations 1 and 2, achieving success in capital investment programmes – including those in which PPP is implicated – requires strong capacity within government to undertake rigorous needs-based capital planning to define a strategic plan for the health estate in which all investment decisions should be embedded. These functions should not be outsourced to external agencies – they are core functions of government and are essential to the long-term technical efficiency of the health system. Nor are they well suited to so-called PPP units, which require more specialist skills, as outlined below.
4. Invest in the capacity required to deliver the strategic plan. Finally, there needs to be strong contracting capacity in government, ideally in the form of a specialist procurement unit, to support local health authorities in running competitive procurements, designing effective contracts and establishing structures to ensure assiduous monitoring of performance. Without such capacities in place, PPPs will not deliver benefits in respect of risk transfer that are sufficient to offset this procurement model's higher transaction costs and financial costs. Such capacities should be complemented by robust institutional checks and balances to ensure transparency in decision-making, minimize fiscal risks and maintain the competitive integrity of procurement processes.

References³

3. All references accessed 20 April 2022.

Agency for Support of Public–Private Partnerships (2021). Ministry of the Economy of Ukraine and the IFC cooperate to attract private investments via PPP projects implementation. In: Agency for Support of Public–Private Partnerships [website]. Kyiv: Agency for Support of Public–Private Partnerships (<https://pppagency.me.gov.ua/uk/minekonomiki-ta-ifc-spivpracyuyut-za-napryamom-zaluchennya-privatnih-investiczij-shlyahom-implementacziyi-proektiv-dpp/>).

Dudkin G, Väilä T (2005). Transaction costs in public-private partnerships: a first look at the evidence. European Investment Bank Economic and Financial Report 2005/03. Luxembourg: European Investment Bank (<https://www.eib.org/en/publications/efr-2005-v03>).

Eurostat, European PPP Expertise Centre (2016). A guide to the statistical treatment of PPPs. Luxembourg: European Investment Bank (<https://www.eib.org/en/publications/epec-a-guide-to-the-statistical-treatment-of-ppps>).

Hellowell M (2016). The price of certainty: benefits and costs of public–private partnerships for healthcare infrastructure and related services. *Health Serv Manag Res.* 29(1–2):35–9. doi:10.1177/0951484816639742.

Hellowell M, Vecchi V (2012). An evaluation of the projected returns to investors on 10 PFI projects commissioned by the National Health Service. *Financ Account Manag.* 28(1):77–100. doi:10.1111/j.1468-0408.2011.00537.x

Hellowell M, Vecchi V (2015). The non-incremental road to disaster? A comparative policy analysis of agency problems in the commissioning of infrastructure projects in the UK and Italy. *J Comp Policy Anal: Res Prac.* 17(5):519–32. doi:10.1080/13876988.2015.1016773.

International Finance Corporation (2021). Sector assessment: leverage the private sector's contribution to support health care reforms. In: *Creating markets in Ukraine: doubling down on reform: building Ukraine's new economy*. Washington (DC): International Finance Corporation:113–34 (https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/publications_ext_content/ifc_external_publication_site/publications_listing_page/cpsd-ukraine).

Irwin TC, Mazraani S, Saxena S (2018). How to control the fiscal costs of public-private partnerships. Washington (DC): International Monetary Fund (<https://www.imf.org/en/Publications/Fiscal-Affairs-Department-How-To-Notes/Issues/2018/10/17/How-to-Control-the-Fiscal-Costs-of-Public-Private-Partnerships-46294>).

Roehrich JK, Lewis MA, George G (2014). Are public–private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Soc Sci Med.* 113:110–9. doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.037.

Parliament of Ukraine (2021). Draft law #5090 as of 17.02.2021 on amendments to the Budget Code of Ukraine regarding the regulation of budgetary relations during the implementation of agreements concluded within the public–private partnership framework, including concession contracts. Kyiv: Parliament of Ukraine (http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=71124).

Parliament of Uzbekistan (2019). Law #RU-537 dated 10.05.2019 on public–private partnership. In: National database of legislation of the Republic of Uzbekistan [online database]. Tashkent: State Fund for the Support of Entrepreneurship (<https://lex.uz/en/docs/4399836>).

The WHO Regional Office for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

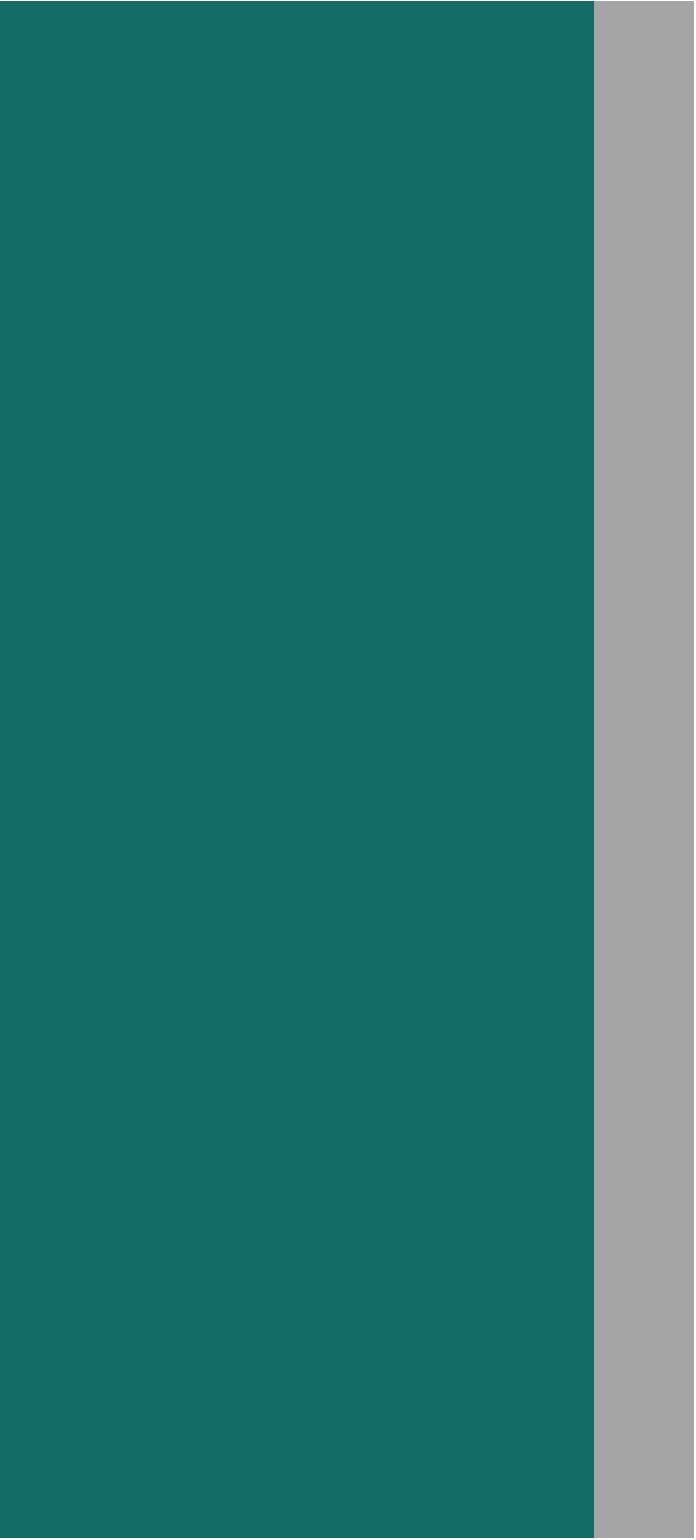
World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Website: www.who.int/europe

Member States

Albania	Finland	Luxembourg	Slovakia
Andorra	France	Malta	Slovenia
Armenia	Georgia	Monaco	Spain
Austria	Germany	Montenegro	Sweden
Azerbaijan	Greece	Netherlands	Switzerland
Belarus	Hungary	North Macedonia	Tajikistan
Belgium	Iceland	Norway	Türkiye
Bosnia and Herzegovina	Ireland	Poland	Turkmenistan
Bulgaria	Israel	Portugal	Ukraine
Croatia	Italy	Republic of Moldova	United Kingdom
Cyprus	Kazakhstan	Romania	Uzbekistan
Czechia	Kyrgyzstan	Russian Federation	
Denmark	Latvia	San Marino	
Estonia	Lithuania	Serbia	





Department of Economic Affairs

Green Book for Healthcare Sector

Guide for Practitioner's for PPPs in Primary Healthcare



CONTENTS

1. INTRODUCTION.....	3
2. SCOPE OF THE PROJECT.....	6
3. TERM OF THE AGREEMENT	7
4. PATIENT MIX	8
5. PRICING MECHANISM	9
6. USER FEE/PAYMENT FOR THE SERVICES.....	12
7. PAYMENT SAFEGUARDS	14
8. PERFORMANCE SPECIFICATION.....	15
8.1 Infrastructure specification	15
8.2 Equipment Specification.....	17
8.3 Performance specification of clinical and clinical support services:	18
8.4 Outcome Indicators for Clinical Performance	19
8.5 Performance Indicators with respect to the BPL patients.....	20
8.6 Performance Specification of facility management services	20
8.7 Options for Remedies of Poor Performance	21
9. PERFORMANCE MONITORING.....	22

GUIDE FOR PRACTITIONERS FOR PRIMARY HEALTH CLINIC

1. INTRODUCTION

Both Central and State governments have identified several important needs and taken initiatives to strengthen the health and medical care services for greater benefit of the people. In this context primary healthcare is the cornerstone of health services- a first port of call to a qualified doctor for the sick. Amongst various needs, greater access to primary health care round the clock for the patients at affordable cost is one of the critical aspects of modern healthcare services.

The primary healthcare in India suffers from issues such as the inability to perform up to the expectation due to (i) non-availability of doctors; (ii) inadequate physical infrastructure and facilities; (iii) insufficient quantities of drugs; (iv) lack of accountability to the public and lack of community participation; (v) lack of set standards for monitoring quality care etc. Thus to improve the health and well-being of the people there is need to leverage resources from private sector to improve the primary healthcare services and increase the coverage of population for primary healthcare services. Already, several states have started implementing projects under Public Private Partnership (“PPP”), for provision of primary healthcare services to its inhabitants, particularly in rural areas.

The key objective of implementing primary healthcare projects on PPP basis would be to provide access to primary healthcare services to vulnerable and targeted sections of society such as economically weaker section patients/below poverty line patients (“**BPL Patients**”). In order to achieve the objectives set out hereinabove, the government (“**Implementing Agency**”) proposes to develop/implement greenfield Primary Healthcare Clinic (“**PHC**”) which may include development of building and support infrastructure; installation of equipment’s; and may provide clinical services, support clinical services and facility management services (such as housekeeping and maintenance, etc.) to inpatients and outpatients of the concerned PHC.

With the intent to provide access to primary healthcare services to BPL Patients, the Implementing Agency proposes to implement PHC in different regions of the state where there are no PHC or the existing PHC is insufficient to serve the entire population of such BPL Patients within the specified area.

- **Capacity of PHC:** PHC is to serve a defined area and population thus the minimum capacity of the PHC will be dependent on feasibility study which would take into account the population density, technical and commercial aspects of a project facility, covering the required services, usage requirements and the type of healthcare to be provided in the PHC. Indian Public Health Standards (IPHS) Guidelines for Primary Healthcare Clinics 2012 may be referred to for basic requirements of primary health care establishment.

- **Services to be provided in Primary Healthcare Clinic:**
 - Clinical Services: The clinical services would cover the following:
 - Medical Care: Under medical care, PHC has to provide OPD services, 24 hours emergency services, referral services and in-patient services for four- six beds.
 - Maternal and child health care including family planning: This may include ante natal care; inter natal care, referral, post natal care and new born care. Also to provide child care and family welfare services, medical termination of pregnancies, management of reproductive tract infection and sexually transferred infections, and adolescent healthcare services etc.
 - Selected surgical procedures: PHC may provide selected surgical facilities the vasectomy, tubectomy (including laparoscopic tubectomy), MTP, hydrocelectomy etc.
 - Support clinical services: The support clinical services would include basic laboratory and diagnostic service, referral services, patient data and report capturing and integration with the existing referral hospital network, etc.
 - Facility management services: The facility management services would include help desk services, housekeeping services, material services (management of goods and supplies), plant services including facility maintenance, repair, and replacement, patient portering, utilities management, etc.

A Primary healthcare clinic under PPP may provide some of the abovementioned services or all, depending upon the project objective, authority requirements, epidemiological assessment and budgetary outlay. Thus it is imperative that a detailed study is done before deciding upon the services scope of the project.

- **Alternative models for development:**
 - Alternative 1: Development in clusters: Under Alternative 1, the state government may appoint concessionaire for development of multiple PHC's in a region. The PPP projects in primary healthcare clinic can involve the bundling of various projects by state government under one common umbrella and offering the collective package for private sector participation. Firstly at a district level regions where primary healthcare clinic is required are identified (say 20 PHC's). Thereafter,

these are packaged into clusters which typically constitute 3-6 PHC's. Each package is treated as an individual project. The bidders can bid for any or all the packages. The bidders would need to submit single technical proposals for all the packages and separate financial proposals for each package.

- Alternative 2: Development of individual PHC: This alternative involves authority appointing concessionaire for development of single primary healthcare clinic.
- Recommended Approach: The key advantages of alternative 1 over alternative 2 are:
 - **Uniformity and Standardization:** The clustering of projects under alternative 1 will enable uniformity and standardization of service level across PHC in terms of services. On the other hand under alternative 2 separate services could be provided as per the specific local requirement.
 - **Scale of investment and return:** As investment and return levels for a single PHC can be low, alternative 1 may provide an optimal scale of investment and return to attract private sector investment from established players. Under Alternative 2, the scale of investment and return may remain low to attract established players.
 - **Combined Bidding Processes:** Alternative 1 would involve a combined bidding process which would be cost efficient, less time consuming and cumbersome while alternative 2 would involve separate bidding process for development of respective primary healthcare clinic.
 - **Increasing Affordability:** Due to clustering of several projects better economies of scale may be achievable by the private player, under Alternative 1. Thus service prices may be more competitive than under Alternative 2.
 - **Better Monitoring:** By packaging and adopting a cluster approach the scale would enable appointment of independent monitors to monitor the project in effective manner.

In view of the inherent advantages available under alternative 1 over alternative 2 in respect of uniformity and standardization of service levels, scale of investment and return, combined bidding process, affordability and better monitoring, alternative 1 can be the preferred mode for development of

primary healthcare clinic on PPP mode.

2. SCOPE OF THE PROJECT

- **Components of PHC:** The project scope will vary according to the objectives of the Implementing Agency, however the key components of scope of PHC project can be categorized into following:
 - **Design:** This includes all designs, drawings, calculations and documents pertaining to the project facilities. The concessionaire would need to prepare the designs for the project facilities in accordance with the standards and specifications prescribed by the Implementing Agency (please refer to para 8.1) and submit the same with the Implementing Agency. The Implementing Agency will review the same and provide comments to the Concessionaire. If the designs are not in conformity, then the concessionaire would need to revise and resubmit the same with the Implementing Agency. Notwithstanding the review and comments of the Implementing Agency, complete responsibility for designs would vest with the concessionaire.
 - **Infrastructure:** This includes construction of the building and related assets to provide the health care services and allied services. The Implementing Agency should provide a detailed explanation of the infrastructure scope and standards & specifications in the schedule to the concession agreement in terms of the off-site, on-site development, building components, construction responsibilities, testing and commissioning of the structure (please refer to para 8.1). Any sub-contract by the Concessionaire should be granted through open tender process.
 - **Equipment's:** This includes procurement, installation and testing of the equipment and standards & specifications for the same (please refer to para. 8.2). Any sub-contract by the Concessionaire should be granted through open tender process.
 - **Clinical Services:** The clinical services to be provided at the PHC would cover outpatient and inpatient medical care; maternal and child health care including family planning; and selected simple surgical procedures etc.
 - **Support clinical services:** The support clinical services would include basic laboratory and diagnostic service, referral services, patient data and report capturing and integration with the existing referral hospital network. etc.

- Facility management services: The facility management services would include help desk services, housekeeping services, material services (management of goods and supplies), plant services including facility maintenance, repair, and replacement, patient portering, utilities management, etc.
- Other commercial services: The scope should also define if any other commercial services such as cafeteria, restaurant, book shop, florist shop, ATM facility etc. are to be provided by the Concessionaire. The commercial services may be provided at market price and the entire revenue generated from such commercial services may (i) accrue to the concessionaire (i.e. may not be shared with the Implementing Agency) or (ii) may be shared between the concessionaire and the Implementing Agency. In the event such revenues accrue to the concessionaire (i.e. not be shared with the Implementing Agency), the same should be factored in by the bidders while submitting their financial bids.
- **Key issues to be address while defining project scope:** In defining the scope of the project, the concession agreement should clearly bring out the following:
 - Capacity of Primary Healthcare Clinic: The infrastructure requirements of PHC to be as required based on usage requirements for various services envisaged.
 - Segmentation of the capacity: Different categories of patients or distinction between the BPL Patients and any other patients, and reserving the capacity for BPL Patients. Such segmentation should be arrived at by factoring in the feasibility study, annual budget outlay of the Implementing Agency, regional demographics, socio-economic composition and such other relevant factors as may be considered.
 - Sub-contracting: Any sub-contract by the Concessionaire should be granted through open tender process in order to maximize competitiveness, to ensure greater transparency and maximizing financial efficiency.

3. TERM OF THE AGREEMENT

- **Factors to be considered while deciding duration:** The concession agreement should specify the duration of the project. The factors to be taken into account while deciding upon the duration of the contract shall include:
 - Based on the scope of the project and services, cost and revenues from

- the project, the implementing agency will be required determine the optimal duration for the financial viability of the project.
- The service requirements of the Implementing Agency and the required quality and quantity outputs in the longer term; the expected life of the assets underpinning the service; any possible residual value; and the need for and timing of major refurbishment or asset refreshment programme during the concession agreement.
 - The factors such as service requirements, forecast quality and quantity, expected life of assets, construction and maintenance requirements, forecast of the base cost, option to extend the term of the concession.
 - The importance of continuity in the delivery of the service, including the degree of transition difficulties and inefficiencies that might be caused by changing/substituting the concessionaire. The affordability of the payments to be made by the Implementing Agency for the project.
- **Recommended Approach:** Given these factors the option for duration of agreement has to be arrived at by the authority which provides best value for money the project. The concession period in general for PHC may range from 7-15 years. Given that the PHC will require comparatively smaller built up area the construction period may be of the order of 0.5years, the rest being the operation period. The entire project assets should transfer to the Implementing Agency at the end of the concession period.

4. PATIENT MIX

- **Options for Patient Mix:** In order to achieve to the key objective set out hereinabove, the Implementing Agency may provide differential benefits to BPL Patients and other patients. Based on the aforesaid, the term ‘patient’ may be divided into two categories under the concession agreement:
 - BPL Patients: This would include the vulnerable and targeted sections of society who falls under the definition of BPL Patient (as may be defined by the Implementing Agency).
 - Non BPL patients: This would include the patients who do not fall under the definition of BPL Patient (“**Private Patients**”).
- **Recommended option for Patient Mix:** The concession agreement may provide for such segmentation/ categorisation of patients based on feasibility study, annual budget outlay of the implementing agency, regional demographics, socio-economic composition and such other relevant factors as

may be considered.

- **Key issues to address:** The categorisation of patients requires concession agreement to address following issues:
 - Mechanism for identification of BPL patients: Where there is a segmentation of different classes of patients, the concession agreement should clearly specify the institutional mechanism for identification of BPL Patients.
 - Specifying proportion of healthcare infrastructure for different category of patients: Where there is a segmentation of different classes of patients, the concession agreement should clearly specify a percentage of capacity or usage level which is to be achieved for BPL Patients for primary healthcare services.

5. PRICING MECHANISM¹

- **Options for pricing:** The pricing of the services is one of the critical aspects in a PHCPPP as it impacts both the affordability and accessibility of healthcare services. In this context, various options to determine pricing have been outlined below:
 - For BPL Patients: The following options may be followed for pricing of services to BPL Patients:
 - Option 1 - Benchmarked to CGHS prices: The concession agreement can specify that the pricing applicable under Central Government Health Scheme (“CGHS”) to be followed by the concessionaire in pricing the healthcare services. CGHS provides comprehensive health care facilities for Central Government employees, pensioners and their dependents residing in CGHS-covered cities. Generally, two models are adopted for application of CGHS pricing: (a) city pricing at applicable rates, and (b) city pricing at a discounted rate, or where city pricing is not available, CGHS rates applicable for a nearby city are discounted and used.
 - Option 2 - Benchmarked to SGHS prices: The concession

¹**Note:** The pricing model adopted should be sensitive to Section 9(ii) of the Clinical Establishment (registration and regulation) Act, 2010 which provides that the clinical establishment shall charge the rates for each type of procedure and services within the range of rates determined and issued by the Central Government from time to time, in consultation with the State Governments.

agreement can specify that the pricing applicable under the State Government Health Scheme (“SGHS”) to be followed by the concessionaire in pricing the healthcare services.

- Option 3 – Agreement specified pricing: A detailed pricing structure can be included in the concession agreement, wherein the prices for all services which are to be delivered under the project can be specified in the concession agreement. This approach requires a thorough working out of the services to be delivered and the prices for each of the service. Alternatively, the prices can be benchmarked to a state hospital whereby the healthcare services to users can be provided as per the prevailing prices for such services in a benchmark state hospital.
- For Private Patients (Non - BPL Patients):The following options can be followed for pricing of services to Private Patients:
 - Option 1 - Benchmarked to CGHS prices: The concession agreement can specify that the pricing applicable under CGHS to be followed by the concessionaire in pricing the healthcare services. CGHS provides comprehensive health care facilities for Central Government employees and pensioners and their dependents residing in CGHS-covered cities. Generally, two models are adopted for application of CGHS pricing: (a) city pricing at applicable rates, and (b) city pricing at a discounted rate, or where such city pricing is not available, CGHS rates applicable for a nearby city are discounted and used.
 - Option 2 - Benchmarked to SGHS prices: The concession agreement can specify that the pricing applicable under the SGHS to be followed by the concessionaire in pricing the services.
 - Option 3 – Agreement specified pricing: A detailed pricing structure included in the concession agreement, wherein the prices for all services which are to be delivered under the project can be specified in the concession agreement. This approach requires a thorough working out of the services to be delivered and the prices for each of the service. Alternatively, the prices can be benchmarked to a state hospital whereby the healthcare services to users can be provided as per the prevailing prices for such services in a benchmark state hospital.

- Option 4- Market pricing: The concession agreement may provide freedom to concessionaire to determine and charge the patients market determined prices for services. This approach is suitable where there is adequate competition for healthcare service delivery; else it would lead to a monopoly pricing.
- **Recommendation for pricing standards:** In order to implement the options set out hereinabove, there are two approaches for pricing the services:
 - Option 1 - Uniform pricing: Under this approach, there is no differentiation in pricing among different categories of patients (such as BPL Patients and Private Patients), and single price regime should be followed for primary health services provided to BPL Patients and Private Patients.
 - Option 2 - Mixed Approach: Under this approach, there is differentiation in pricing among different categories of patients (such as BPL Patients and Private Patients), and different price regime should be followed for health services provided to BPL Patients and Private Patients.

Thus, there can be two kinds of approach for pricing within which there can be two different options specified above (such as specified CGHS pricing for BPL Patients coupled with market pricing for Private Patients or uniform pricing for both). The primary issue associated with mixed pricing approach is that it may lead to discriminatory treatment towards BPL Patients, as the pricing fixed for these patients is typically lower than the pricing fixed for Private Patients. Hence, it is recommended that the uniform pricing approach should be adopted.

- **Key issues to address:** In defining price regime, following issue need to be addressed;
 - Revision of Prices: The PPP agreements usually have a long tenure in such cases, so the cost of the service delivery is likely to go up during the concession period. To provide for such eventuality, the concession agreement needs to provide for a mechanism for revision of prices, which can be done in following ways:
 - **Market Pricing Regime:** Under market pricing regime, there is no need to incorporate price revision or indexation provisions. However, in such cases it is prudent to have an Implementing Agency check point to ensure that the health care services prices do not become arbitrarily high.
 - **Specified Pricing Regime:** In cases where prices for services

are specified in the concession agreement, the concession agreement should also provide for the revision procedure for such prices. The revision procedure should incorporate the principles for inflation indexation.

- *Non-Inclusion of free services:* In setting up a pricing regime, the Implementing Agency should refrain from obliging the concessionaire from providing free services (no reimbursement to concessionaire for such delivery of services) to BPL Patients, as it may create potential for discrimination by the concessionaire against BPL Patients. A better approach is to price the services for all and develop a payment mechanism for such services which benefits the BPL Patients.

6. USER FEE/PAYMENT FOR THE SERVICES

- **Introduction:** Collection of User Fee and the payment mechanism lies at the heart of the concession agreement and forms the consideration for which parties have entered into the concession agreement.
- **Options for Payment for primary healthcare services:** For payment of healthcare services provided to BPL Patients, the following options can be adopted in the concession agreement:
 - *Option 1 - Reimbursement by the Implementing Agency for Primary Healthcare services to BPL Patients:* Under this approach, the Implementing Agency would reimburse the concessionaire for the treatment and services provided to the BPL Patients.

Cap on Reimbursement: The objective of the Implementing Agency is to extend affordable primary healthcare benefits to BPL Patients. While pursuing such objective, it is equally important that the total consideration to be paid/ reimbursed by the Implementing Agency for the services given to BPL Patients should be within the budget of such agency. Accordingly, concession agreement may provide for caps on such reimbursement. Typically, there are two approaches within the healthcare sector to sustain the affordability:

- *Budgetary cap on reimbursements:* In this approach, a budgetary cap is fixed by the Implementing Agency in respect of the maximum reimbursements to be made to the concessionaire for services to BPL Patients.
- *Cap on number of BPL patients:* In this approach, a maximum limit is fixed on the total number of patients for whom the Implementing Agency will reimburse the charges. Here the registration based approach can be adopted wherein the BPL

patients within the specified region may be registered with the primary health clinic for availing the services, except for emergency services which may remain available to all and any BPL patients.

The above stated models should be based on a thorough analysis of the Implementing Agency's budget outlay, projected demand for primary health care services, regional demographics and socio-economic assessment. Such budgetary cap should have adequate built in margins, to factor the increase in population. Further, the concession agreement should provide suitable safeguards to go above and beyond the reimbursement caps in case of emergency, natural calamities, epidemics etc.

- Option 2 - Reimbursement through central/state insurance schemes for treatment of BPL Patients: Under this approach, central/state insurance provider would reimburse the concessionaire for the treatment provided to the BPL Patients. For e.g. an insurance scheme may specify surgical/non-surgical services in respect of which the entire sum (as set out under such insurance cover) would be paid by the central/state insurance provider. Such payment will cover the payments for the healthcare services. In this case, there would not be any reimbursement from Implementing Agency.
- Option 3 – Partial reimbursement through Central/State Insurance Scheme and the balance Implementing Agency: This approach can be used in conjunction with the reimbursement by Implementing Agency i.e. central/state insurance provider, through the government insurance scheme, would reimburse the concessionaire for the treatment provided to the BPL Patients to the extent of insurance cover and shortfall, if any from applicable tariff structure would be reimbursed by the Implementing Agency. For example, an insurance scheme could involve a fixed cover of say Rs. 150,000 (Rupees One Lakh Fifty Thousand only) per family per annum and in case the medical expenditure exceeds the specified limit, such excess shall be reimbursed by the Implementing Agency to the primary health clinic.

For payment of primary healthcare services provided to Private Patients, the concessionaire should directly collect charges from Private Patients for services provided to them.

- **Recommended Option:** Among the above models of reimbursement, reimbursement via government health insurance schemes could work out as the most effective tool for ensuring payment for the health care services. However, this model has limitations as many states do not have state insurance policies. Thus, the optimal option is to provide for reimbursement by the Implementing Agency for the primary health care services in states, where the

state insurance policies are non-existing. This option fulfills the objective of providing accessible and affordable health care to BPL Patients.

7. PAYMENT SAFEGUARDS

- **Options for payment safeguard:** A critical area of concern is that concession agreement defined timelines for payments of service fees may not be adhered to by the authorities. This can lead to the problem of liquidity and reduce the project viability. To resolve this issue, the concession agreement can follow two options:
 - Option 1 No payment safeguard: No safeguards are provided to the private partner. However, the concession agreements may provide for penal interest for delay in payment by the Implementing Agency, which is linked to SBI PLR + 2-4% per annum.
 - Option 2-Payment safeguards: Typically, two types of payment safeguards are available for protecting the interest of the concessionaire:
 - **Payment reserve account:** The concession agreement can provide for a payment reserve account (PRA), wherein the Implementing Agency has to deposit specified months revenue. In the event of any default or delay in payment by the Implementing Agency, the concessionaire can withdraw such amount from the PRA without notice. The Implementing Agency has to replenish the PRA within specified number of days.
 - **Letter of credit:** The concession agreement can provide that the Implementing Agency provides for an irrevocable and revolving letter of credit equivalent to specified months revenue to the concessionaire, as a security for payment of service fee. In the event of any default or delay in payment by the Implementing Agency, the concessionaire can invoke the letter of credit without notice. The Implementing Agency has to replenish the letter of credit within specified number of days.
- **Recommended option:** Though interest provisions intend to compensate the aggrieved party for the delay in payment, by far this has failed to prove as a standalone safeguard mechanism, and it can lead to dispute over payment of interest. On the other hand, option 2 of providing the payment safeguard such as a payment reserve account or a letter of credit can be an effective safeguard mechanism which can ensure payment discipline on the part of the Implementing Agency and protect the interest of the private player.

8. PERFORMANCE SPECIFICATION

To effectively manage performance and optimise risk transfer, the concession agreement should contain, at a minimum, the following elements:

- **Performance specifications:** Describing the requirement in terms of measurable outcomes rather than by prescriptive or input methods.
- **Measurable performance standards:** To determine whether performance outcomes have been met and define acceptable performance.
- **Performance assessment plan:** Describing how the concessionaire's performance will be measured and assessed against performance standards. (Quality Assurance Plan or Quality Assurance Surveillance Plan).
- **Remedies to poor performance:** Describe procedures that address how to manage performance that does not meet performance standards (please refer to para. 8.7). While not mandatory, incentives should be used, where appropriate, to encourage performance that will exceed performance standards. Remedies and incentives complement each other.

The project scope varies from project to project, based on the scope PPP arrangement in the healthcare sector, specifications would typically fall into the following categories:

8.1 Infrastructure specification

- **Design specification:** The concession agreement should provide the required design specifications. Specifications as far as possible should be in terms of the output required where in the following approach can be taken:
 - Design as per the applicable regulations/frameworks: Where applicable design of the Primary Health Clinic can be required to follow the applicable regulations. The Implementing Agency may take cognizance of the IPHS guidelines in deciding optimal design configuration for primary health clinic.
 - In addition, the concession agreement can provide for output based specifications for the design of the Primary Health Clinic. Where this approach is followed, the concession agreement shall provide for the following to ensure design quality:
 - Technical standards and requirements which are to be achieved, to ensure optimal functioning of the project facility. This

should be achieved not by specifying the design but by describing the output required from the structure and other structural elements as well as and functional integration, for the services to be delivered.

- Design quality plan, wherein the concessionaire should be required to submit its strategy along with timelines for formulation of design, including consultation with stakeholders, experts involved, internal review mechanism and submit the same to the independent monitor and Implementing Agency for review. The concessionaire should carry out revisions in the design quality plan based on the comments of the independent monitor and the Implementing Agency and also demonstrate achievement of the optimal functional integration for the services delivery.
- **Construction performance requirements:** The concessionaire is required to construct the facility on the site provided; the construction performance specifications are also to be provided in the concession agreement. The following framework can be utilized for specifying the performance requirement.
 - Defining the construction scope: The concession agreement should specify all the structural elements and components of the project facility which is to be constructed. This will have close correspondence with the design specifications. The construction scope should clearly bring out the work required to be carried out for different components of the project facility.
 - Construction Standards: In defining the scope of development, the second aspect is to define the standards which have to be adhered to, in creation of different components, including the regulated standards which have to be achieved.
 - Construction Timelines: The concession agreement should clearly specify the timelines for various stages of the construction. Delay in achievement of such timelines should be penalized.
 - Construction Quality Plan: The concessionaire should be required to submit a construction quality plan. Such a plan should be submitted prior to start of the construction and should be approved by the independent monitor. The plan should outline the approach to and adherence to the design, applicable quality standards, time lines and tests. Tests to be conducted at different stages of construction should be elaborated along with the rectification measures required in case of

failure of such test.

8.2 Equipment Specification

In outlining the equipment specification the following framework can be adopted, wherein there is an equipment list. The implementing agency may take cognizance of the IPHS guidelines in arriving at the minimum equipment requirement for the optimal functioning of the clinical and clinical support services at the primary health clinic. This has to be supplemented by the equipment performance monitoring and maintenance plan to be submitted by the concessionaire.

- **Equipment List:** A list may be provided enumerating the equipment's in following format:

Equipment	Reference	Item Description	Further Description	Quantity	Procurement Category
Name of equipment	To Clinical/ Clinical Support/ Facility management service for which equipment would be utilized.	The specification of the equipment	The description of attachment and ancillaries	Number	By the Concessionaire/ Implementing Agency

- **Equipment Performance Monitoring:** These would need to be developed by the Implementing Agency for all equipment's, as described in the equipment list. It would require monitoring the availability and functional status of the equipment as per the following framework.

Equipment	Availability	Functional	Remarks/Suggestions/ Identified Gaps
A	Yes/No	Yes/No	
B	Yes/No	Yes/No	
C	Yes/No	Yes/No	

- **Equipment Maintenance Plan:** As the third aspect of the performance requirement the Concessionaire should be required to submit equipment maintenance plan, where in the concessionaire should list out:
 - The schedule for routine or planned maintenance for each of the equipment.
 - The planned replacement of the equipment depending upon the equipment life
 - Reactive maintenance plan, where in the equipment should be categorised into rank order of importance/criticality for delivery of different health services. Based on this categorisation adequate

timelines for rectification of problems should be mandated in the concession agreement. Non-rectification within the timeline should be regarded as quality failure.

- Where service failure is being monitored and service standards are in place, separate penalty for equipment failure should not be warranted. However, adequate protection should be there for continued non-availability of the mandated number of equipment's. This will constitute a quality failure.

8.3 Performance specification of clinical and clinical support services:

- **Introduction:** The key objective of the Primary Healthcare Clinic project is to provide primary healthcare services to different types of patients. Depending on the project scope, the Primary Healthcare Clinic may have to provide wide range of services to inpatients and outpatients.
 - Clinical Services: The clinical services would cover the following.
 - **Medical Care:** Under medical care PHC has to provide OPD services, 24 hours emergency services, referral services and in-patient services for four- six beds.
 - **Maternal and child health care including family planning:** This may include ante natal care; inter natal care, referral, post natal care and new born care. Also to provide child care and family welfare services, medical termination of pregnancies, management of reproductive tract infection and sexually transferred infections, and adolescent healthcare services etc.
 - **Selected surgical procedures:** PHC may provide selected surgical facilities the vasectomy, tubectomy (including laparoscopic tubectomy), MTP, hydrocelectomy etc.
 - Support clinical services: The support clinical services would include basic laboratory and diagnostic service, referral services, patient data and report capturing and integration with the existing referral hospital network. etc.
- **Service Specification:** It is important that a detailing of the services to be delivered in the project facility is carried out. The concession agreement should bring out the output specification for delivery of the clinical and support clinical services. The framework for performance specification of clinical and clinical support services is provided below:

S.N	Parameter	Detail
1.	Essential Service	Availability of OPD services and its components Availability of IPD services and its components Availability of Emergency Service and its components Availability of Surgical Services and its components Availability Referral services and its components Availability of Laboratory Services and its components Patient Data Management
2.	Minimum hours of operation	The availability of each service in terms of hours and days. Unavailability of any of the essential service and any of its components during mandated hours will constitute service failure.
3.	Patient Management Process	The patient flow process can be worked out from entry into the primary health clinic to exit. Based on this patient flow process service standards can be established for PHC.
4.	Patient Information Management	This section will describe the information and record management for the patient. Ready availability and processing of the patient information will constitute service performance standard.
5.	Information Dissemination	Display of mandated services rates and timings
6.	Staff Requirements	Here the minimum staff required for the optimal performance of PHC may be stated. Inadequate availability of staff would constitute service failure.
7.	Service Standards	For each element of the PHC as discussed above the service standards should be specified along with monitoring frequency. Non-achievement of service standards should comprise a service failure event.
8.	Availability of Standard Operating Procedures (SOP)/Standard Treatment Protocols (STP)/Guidelines etc.	Adherence to standard Operating Procedures (SOP)/Standard Treatment Protocols (STP)/Guidelines etc.
9.	User satisfaction Survey	Provision can be made for quarterly survey of the user satisfaction survey for the services delivered.

8.4 Outcome Indicators for Clinical Performance

- Introduction:** In addition to the service performance indicators, above the concession agreement may also include outcome based indicators to monitor the outcome of the primary healthcare services.
- Indicative Framework for Specifying Outcome Indicator:** An ideal outcome indicator would capture the effect of processes on the delivery of relevant and accurate treatment. An example of framework for specifying outcome indicators is shown in table below.

Category	S. No	Indicators
PHC Outcome Indicators	GO1	Number of patients treated
	GO2	In-patient mortality
	GO3	% of patient serviced within service standards
	GO4	% emergency request responded within service standard
	GO5	Number of patients referred to hospitals
	GO6	Patient satisfaction

- The implementing agency may take cognizance of the outcome indicators

specified under the IPHS guidelines to arrive at project specific outcome indicators.

- Outcome of care is determined by several factors related to the demography, patient, the illness, and health care. Differences in outcome may be due to case mix and other confounding factors. Standardized data collection and risk adjustment are therefore important for interpreting outcomes data.
- The Concessionaire should be obliged to provide data and reports on the specified outcome indicators on regular basis to the authority. Authority upon any deterioration overtime in any of the indicators may be empowered to take suitable remedial action.

8.5 Performance Indicators with respect to the BPL patients

- The authority may define a composite set of performance indicators to monitor the service delivery to the target vulnerable segment including the BPL patients. Here a twofold approach can be adopted;
 - Separate indices for the specified standards: Under this approach the service performance for the BPL patient can be separately tracked and maintained for the specified service standards, as developed based on the methodology outlined in the section 8.3. Similarly, performance pertaining to BPL patients can be tracked for the outcome indicators as developed based on the methodology indicated in the section 8.4. Such performance monitoring will allow a comparison on the performance standards achieved for the BPL patients with the overall performance on service delivery to patients.
 - BPL patient specific Indicators: The concession agreement may supplement above or as standalone define BPL patient specific indicators for monitoring service delivery to such patients. Such Indicators may include as below;

Category		Indicators
Service Access and Quality Indicators	BAQO1	% of BPL inpatient to total inpatient
	BAQO2	% of BPL outpatient to total outpatient
	BAQO3	% of BPL inpatient to % of BPL outpatient
	BAQO4	Average waiting time for BPL patients at the time of random check
	BAQO5	% Adherence to defined treatment protocol for BPL patients
	BAQO6	BPL complaints rectification rate

8.6 Performance Specification of facility management services

The concession agreement schedule should bring out in detail all the facility management services which are to be performed by the Concessionaire. The facility

management services in a primary healthcare clinic project will comprise of general management services, help desk services, food services, patient, housekeeping services, waste management, pest management, laundry and linen services, material services, plant service, protection services, utilities management, parking services, etc. each service should be specified and monitored based on availability and functional status.

Facility Management Service	Availability	Functional Quality	Remarks/Suggestions/ Identified Gaps
Waste Management	Yes/No	High/Medium/Low	Service Failure/Quality Failure
Pest Management	Yes/No	High/Medium/Low	Service Failure/Quality Failure
Material services	Yes/No	High/Medium/Low	Service Failure/Quality Failure

8.7 Options for Remedies of Poor Performance

The poor performance of the concessionaire has to be disincentivized through concession agreement provisions. The concession agreement should set up a defined performance regime in respect of the service delivery and based on such performance standards service failure event should be defined. The implementation of the remedies for poor performance in monetary terms is as follows:

- **Service failure event deductions:** Service Failure events are service performance failures related to services to be delivered by concessionaire within the facility including clinical, clinical support and facility management services, for example non-availability of services during mandated hour constitutes service failure. Service Failure events can be recorded through random checks by the monitoring agencies and deductions calculated on a monthly basis. Service Failure event deduction can be based on:
 - **Criticality factor:** The relative importance of the service affected by the failure event. The criticality factor can be the Rupees amount per service, detailed in the schedule and is based on significance weighting of zero to five of the service.
 - The severity of the failure event, i.e., the failure event category. The failure event category can be assessed based on the inconvenience, remaining functionality and incapacity of the service delivery resulting from the failure event and in accordance with the output specifications. Percentage deductions range from 10% for category "A" failure event or routine failures to 100% for a category "E" failure event or “unavailable or unused.”
- **Quality failures deductions:** Service performance failures are not related to delivery of services but the quality of such services, where in the services fail

to meet the quality standards outlined in the service specifications; for example the IPD service is available but the cleanliness and sterile environment is not up to specified standards. Herein a service quality failure has occurred which can be recorded and deductions can be calculated as per the specified formula. Such performance failures can be monitored monthly basis through a system of random checks or as in the case of quality satisfaction failures, on periodic basis. A quality failure deduction is based on three factors:

- Relative importance of the service in delivery of which the quality failure occurs. Each service can be given a weighting in proportion to the criticality factor.
 - Severity of the quality failure, and the quality failure category, ranging from 1% for a low priority failure to 2% for a high priority failure
 - Quality satisfaction failures can be assessed based on a survey of services' users; failure deduction percentage ranges from 0.5% for a minor failure to 2% for a significant failure.
- **Incorporation in payment mechanism:** Both the deductions have to be incorporated in the calculation for payment due for the period in which the failure event occurs. In cases where the concessionaire is not being paid by the Implementing Agency in any form, the penalty will be recovered by the Implementing Agency on a monthly basis.

9. PERFORMANCE MONITORING

- **Introduction:** There must be a mechanism under the concession agreement which enables the Implementing Agency to monitor the concessionaire performance against the performance requirements so that the project can operate effectively. The Implementing Agency should also be able to identify performance problems so that remedies for poor performance can be pursued if necessary. This entails a need for mechanism to ensure monitoring of the project.
- **Levels of Performance Monitoring:** Depending on the project magnitude, the monitoring should occur at five levels:
 - a. *Independent Monitor:* The concession agreement must provide for an independent monitor to review the performance against the performance indicators. There may be a need to appoint following independent monitors during the construction phase and the operations phase of the project.

- **Independent Engineer:** An independent engineer can be appointed for monitoring during the construction phase to inspect, test and monitor the construction works. In the operations phase the independent engineer would be responsible for inspection, verification and testing for building and equipment maintenance requirements.
 - **Independent Health Consultant:** In the operations phase, the independent health consultant will be required to monitor clinical, support clinical services and facility management services as per the required performance standards. Such Consultant should be appointed prior to operations date so that they can be part of testing of equipment's prior to issue of completion certificate.
- b. Concessionaire: A systematic self-monitoring by the concessionaire through a quality management system, measuring availability and performance of services to the specified performance standards. The concessionaire should report the outcome of such monitoring on a periodic basis (monthly) to the independent monitor.
- c. User Satisfaction Survey: The ability for users to report failures by way of including the complaint mechanism and user survey provisions.
- d. Accreditation Requirement: The concession agreement will provide provisions for requirement of accreditation from specific agencies, such as National Accreditation Board for Hospital for primary health clinic.
- e. Disclosure on Website: The concession agreement will provide that the Primary Health Clinic should update on its website on weekly basis the facilities used by and available for BPL Patients. Further, in order to provide transparency, all reports should be published at the website of the concessionaire for the primary health clinic.
- **Recommended performance monitoring mechanisms:** There is no single best option; the most optimal approach is to have a multi-layered monitoring framework. In the multi-layered framework the key elements will be the Independent Monitor and the user satisfaction survey. Around these elements other options can also be included in the concession agreement. The layered approach to monitoring provisions needs to be in line with the magnitude and scope of the project. This will ensure that where it is possible to have a less onerous system, it will be in the interest of all parties to do so. Equally, where the scope is large and project magnitude demands, a rigorous monitoring system needs to be specified in the concession agreement.







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4年度 分担研究報告書

「各国の状況に適した制度構築の重要性」

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】国際的な UHC の評価枠組は、妊婦検診実施率や子供の予防接種率といったアウトカム指標が用いられるが、そのような指標を向上させるには、医療サービスを提供するための制度が各国の法的枠組みで規定され実施される必要がある。本報告は、東アジア、東南アジアにおける UHC のための法的枠組みの推移と現状を比較し、UHC 達成に必要な課題を明らかにすることを目的とする。

【方法】東アジア、東南アジアにおける主要国の医療保障制度について、各国政府による公表資料、研究論文等を収集し、法・規則等の整備状況を把握し分析した。

【結果】日本においては1958年に成立・公布交付された国民健康保険法により1961年に皆保険が達成され、その後同法や、老人保健法、高齢者の医療の確保に関する法律などの成立制定、改正が行われている。中国においては、1951年に労働保険条例が制定されたが、改革開放の中、1990年代、2000年代に都市従業員、都市住民、農村住民それぞれを対象とした保険制度が構築された。韓国においては1963年に医療保険法が制定された後、農漁民、都市住民の強制加入により1989年に皆保険が達成され、さらに2000年には国民健康保険法により制度が統合された。東南アジアに目を転じれば、タイでは公務員医療給付制度が1978年、フィリピンではメディケア・プログラムが1972年と早い段階に導入されているが、全ての人を対象とした医療保障制度は多くの国で2000年前後に導入されている。

【結論】東アジア、東南アジアにおいて、公的医療保障制度はすでにある程度構築されている。UHC の達成はどのレベルに収めるのか、財源との兼ね合いで制度を最適化するアプローチが必要であり、現状の制度の状況が事業年報などの報告を通じ透明性をもって公表され、制度をよく理解したうえでその改善方法を検討・提案する必要がある。

※詳細は別添論文を参照のこと。

A. 研究目的

すべての人の健康長寿を目指すには、UHC (Universal Health Coverage) が達成されなければならない。UHC 達成は、SDGs (持続可能な開発目標) の中に明確に位置付けられ、その評価には指標 3.8.1

および 3.8.2 が用いられる。

一方、日本語で UHC が「国民皆保険」と訳されるように、国が実施する政策・制度がどのように整っているのか、という政策的な、マクロな視点も重要である。政策・制度に着目し、アジアの状況を比較分

析することが本稿の目的である。

B. 研究方法

東アジアから日本、中国、韓国、東南アジアのうち、タイ、フィリピン、インドネシアを対象とし、それらの SDG3.8 指標を確認したうえで、各国政府による公表資料、研究論文等により医療保障制度の沿革を概説する。制度は公的に行われるものであるため、アウトカムとしてその国の医療費（医療支出）が、政府と民間でどのような割合になっているかを確認した。また、各国で得られるその他の情報についても分析した。

<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

各国の状況を別添論文にとりまとめた。医療保障に関する制度構築の推移をみると、まずは公務員や公的企業従事者、退役軍人を対象した制度が構築され、その後民間企業従業員、それ以外の人々と制度が拡大される傾向がある。日中韓においては、日本の場合は第二次世界大戦、韓国の場合は朝鮮戦争、中国の場合は文化大革命や改革開放と、社会体制すべてに影響を及ぼす事象がそれぞれ異なり、医療保障制度構築の歩みが異なるが、タイ、フィリピン、インドネシアをみる限り、ASEAN では 1960-70 年代に公務員、企業従業員を対象とした制度が整備され、2000 年前後に全国民を対象とした制度に拡大される、という共通の流れがある。

D. 考察

タイ、フィリピン、インドネシアにおける制度構築の推移の類似性には ASEAN

の政策が関連している可能性もある。

その成立過程に応じて日本、タイでは複数の制度が分立しているが、韓国では 2000 年に制度が統合され、中国、フィリピン、インドネシアでは統合が進行中である。このような統合のメリットは、例えば韓国では全国民の医療データ評価により効率的な医療を進めることに成功しており、少なくないと考えられるが、官民連携、言い換えれば混合医療との兼ね合いをみながらも、どのような統合が最適なのか、さらなる国際比較分析が求められよう。

E. 結論

2030 年までに UHC を達成できるのか、今回取り上げた 6 개국については、後発である新興国でも 2015 年前後に制度構築が大きく進んでおり、今後の進展と UHC 達成に希望が持てる。一方、いずれの国も医療支出は大きく増加しており、今後の増大する高齢者数に応じて、さらなる増大は避けられないところ、それを公的に負担するのか、個人の支出と民間企業に頼るのか、といった点に、国際的なコンセンサスはなく、現状では国によって方針は異なっている。医療費の増大は、逆に言えば需要の増大による経済、GDP の増大をもたらすことにもなる。保健分野は公的政策の関与が大きく、それは一国の政策決定機関のみではなく、二国間援助機関、ASEAN、国連などの国際機関など多くの主体がある。UHC の推進は SDG と並んで国連により掲げられている目標であるが、それが実際に人々に届くのは各国固有の制度に左右される。制度がどのように構成され何が足りないか、といった分析には、各国の制度を的確に把握する必要がある。またその把握を通じて、効率的な施策を抽出し、他国へ適用することを提案することもできよう。こ

のような作業は継続的に行う必要がある。

F.引用文献

別添論文に記載した。

G.研究発表

学会発表

HAYASHI Reiko, “Global Impact of COVID-19 on Population Dynamics”, 2nd International Borneo Public Health Conference (IBPHC) 2022, online (2022.8.24)

HAYASHI Reiko, “Regional Difference of COVID-19 Mortality: Excess and Deficit”, The International Conference on Population Geographies 2022, online (2022.8.25)

林玲子、大澤絵里「各国の状況に適した制度構築の重要性アジアにおける UHC 施策の比較から」第 41 回日本国際保健医療学会西日本地方会、長崎大学 (2023.3.4)

論文発表

HAYASHI Reiko "COVID-19 and Mortality Decline in Asia in 2020", Journal of Population Problems (Jinko Mondai Kenkyu), Vol.78, No.4, pp.493-508, doi:10.50870/00000436 (2022)

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/ghes2019_cod_methods.pdf?sfvrsn=37bcfac5_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ィール 2020),
<https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-Tahun-2020.pdf>

各国の状況に適した制度構築の重要性

林玲子

国立社会保障・人口問題研究所

I. はじめに

すべての人の健康長寿を目指すには、UHC (Universal Health Coverage) が達成されなければならない。UHC 達成は、SDGs (持続可能な開発目標) の中に明確に位置付けられ、その評価には指標 3.8.1 および 3.8.2 が用いられる (WHO/IBRD/WB 2017)。

指標 3.8.1 「UHC サービスカバレッジインデックス」は、表 1 に示した 4 つの分野の 14 の項目により成り立っている。各項目の指標は、たとえば必要な人が近代的な避妊を実施している割合、予防接種を受けている子どもの割合、といった、医療サービスがどのように提供され利用されているか、という指標もあれば、空腹時血糖値の平均値といった、状況を表す指標が混在している。また、日本においても一次データにより算出が不可能な指標も少なからず存在している (児玉 2022)。

表 1 SDG 指標 3.8.1 の構成

妊娠・出産・新生児・ 子どもの健康 Reproductive, maternal, newborn and child health	感染性疾患 Infectious diseases	非感染性疾患 Noncommunicable diseases	サービス能力と アクセス Service capacity and access
家族計画 Family planning	結核 Tuberculosis	高血圧 Hypertension	病院へのアクセス Hospital access
妊娠と出産 Pregnancy care	HIV/AIDS	糖尿病 Diabetes	保健人材 Health workforce
小児予防接種 Child immunization	マラリア Malaria	タバコ Tobacco	健康危機対応 Health security
小児の治療 Child treatment	水と衛生 Water, sanitation and hygiene		

指標 3.8.2 は、家計の支出又は所得に占める健康関連支出が 10%を超える人口の割合と 25%を超える人口の割合の二つが指標として設定されている。これは、医療支出は税金もしくは公的な医療保険により賄われるべきであり、家計の 10%、もしくは 25%を超える

医療費を払うことは、「壊滅的な医療支出 (catastrophic health spending)」に相当する、という定義 (Wagstaff et al. 2018) に基づくものである。

2030年のSDGs達成目標年までに向けて、この3.8.1と3.8.2を向上させることが目標となっているが、現状で世界全体の3.8.1は向上しているものの、3.8.2はCOVID-19パンデミック以前でも悪化していた(図1、3.8.2の値は医療支出の割合が10%以上について示し、以下同様である)。現時点(2023年3月)で国連SDG指標データベースには、3.8.1は2019年まで、3.8.2は2017年までしか掲載がなく、その後の値の推移、特に新型コロナウイルス感染症パンデミック(以下「コロナ」とする)中の値が世界全体としてどのように変化したのかはまだ明らかでなく、今後のデータ公表が待たれる

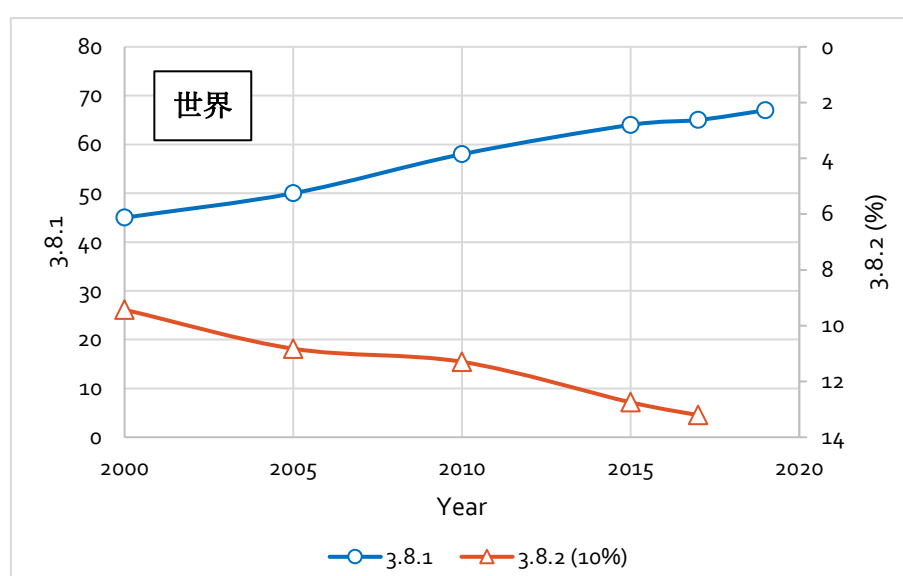


図1 UHC指標推移(世界)

資料: UN SDG Indicators Database

サービスを受ける個人が医療サービスを受けているかどうか、どの程度医療費を支払っているか、という個人ベース、ミクロな視点で構築されているのがこれらの3.8指標であるが、日本語でUHCが「国民皆保険」と訳されるように、国が実施する制度がどのように整っているのか、という政策的な、マクロな視点も重要である。政策により法律、国家計画、政令やプログラムが制定され、それらが制度となり、保健人材、保健施設、保健財政、医薬品・検査の流通といった保健システムが構築され、それがすべての人に行き渡った時にUHCが達成され、人々の健康長寿が実現する(図2)。SDG指標3.8は保健システムの状況や健康長寿の状況をしめすものであるが、これらをもたらず政策・制度に着目し、アジアの状況を比較分析することが本稿の目的である。

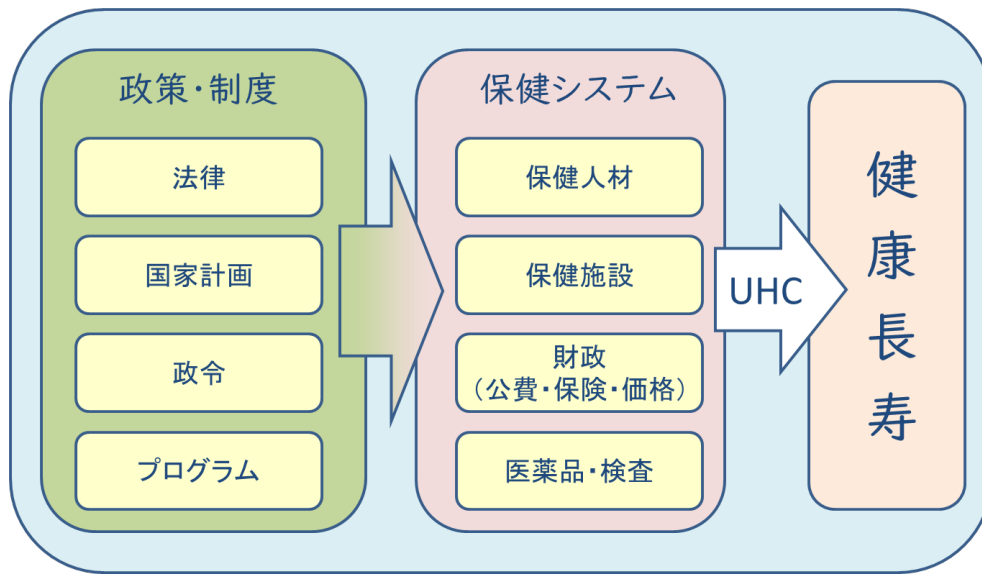


図 2 政策・制度→保健システム→UHC→健康長寿への道程

II. 方法

東アジアから日本、中国、韓国、東南アジアのうち、タイ、フィリピン、インドネシアを対象とし、それらの SDG3.8 指標を確認したうえで、各国政府による公表資料、研究論文等により医療保障制度の沿革を概説する。制度は公的に行われるものであるため、アウトカムとしてその国の医療費（医療支出）が、政府と民間でどのような割合になっているかを確認した。また、各国で得られるその他の情報についても分析した。

III. 結果

1. 日本

日本の UHC 指標のうち 3.8.1 は増加しているものの 2019 年では 85 にとどまり、3.8.2 は 2015 年以降悪化している（図 3）。日本の 3.8.2 の値は国連データベース（UN 2023）に付け加え、最新年が公表されている Japan SDGs Action Platform（外務省 n.d.1）の値も用いたが、2021 年まで継続して悪化（10%以上支出がある人の割合が上昇）している。

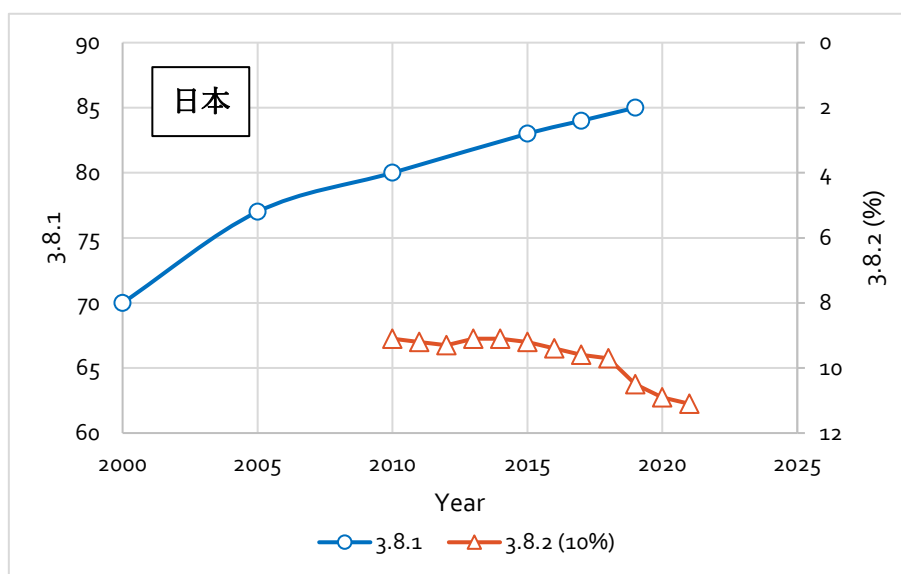


図 3 UHC 指標推移 (日本)

資料: UN SDG Indicators Database、

日本の 3.8.2 の値は、総務省が家計調査の個票を特別集計して算出し、作成方法として公表しているものである（外務省 n.d.2）。公表されている家計調査の集計表（総務省統計局 2022）をみると、2021 年 1 か月 1 世帯あたりの平均消費支出は 235,120 円で、保健医療の支出は 10,792 円（健康保持用摂取品を除く）であり、保健医療支出の平均消費支出に対する割合は 4.6%である。作成方法によれば、紙おむつ、出産入院料を除いたものとされているので、保健医療の支出はさらに少なくなるはずである。また、年間収入十分位階級で一番収入が少ない階級における、保健医療支出割合は 5.2%に過ぎない。2021 年の 3.8.2 の値は 11.1%となっており、年間収入が少ない世帯で保健医療支出割合が高くなると仮定すれば、少なくとも年間収入十分位階級が最低である階級で、医療支出割合が 10%に近くなるのではないかと考えられるが、個票による計算はそのようになっていない。

年間収入が低いので医療支出割合が高い、というわけではない可能性もある。例えば日本の国民健康保険では、年収が 1000 万円を超えると医療・介護・後期高齢者支援金分を合わせた保険料は概ね 10%程度となる。これが最高料率ではあるものの、さらに医療を受け 3 割負担分を払うと、支出に対する医療費の割合は 10%を超えるであろう。このようなケースが SDGs で問題とされる catastrophic health spending に該当するのかは議論が要されるところである。

日本は 1961(昭和 36)年に国民皆保険を達成したが、それは、1958(昭和 33)年に難産の未改正された国民健康保険法の中に、3 年後の 1961 年 4 月 1 日までに市町村に皆保険の実施義務が付されたことによるものである。公的な健康保険を規定する法律は 1922(大正 11)年に制定された健康保険法が最初で、関東大震災などの影響もあり 1927(昭和 2)年に実施された。日本の場合、この健康保険法の第一の目標は、工場法や鉱業法の適用を受ける事業の

労働者の保護であり、公務員、とりわけ官営製鉄所や鉄道といった官業の職員はすでに組織されていた個別の共済組合の制度を継続することとされた（厚生省 1988）。最初の法律が公務員を対象とするものではない、という点は新興アジアと比べると異質であるが、「制度」の範囲をどこまでと考えるか、官業の共済組合といった個別の組織を制度と定義するのであれば、健康保険制度の歴史はさらに過去に遡ることとなる。

表 2 日本における UHC に関わる法律・制度

西暦	和暦	法律・制度
1922	大正 11	健康保険法（施行は 1927(昭和 2)年）
1938	昭和 13	国民健康保険法
1939	昭和 14	船員保険法
1940	昭和 15	政府職員共済組合令
1958	昭和 33	国民健康保険法改正 （1961 年 4 月 1 日までに市町村に皆保険の実施義務）
1961	昭和 36	国民皆保険達成
1973	昭和 48	老人医療費無料化
1983	昭和 58	老人保健法（各保険の老人医療費負担の公平化）
1984	昭和 59	健康保険法改正（被保険者本人の一部負担金導入）
2008	平成 20	後期高齢者医療制度

資料：「厚生省五十年史」（厚生省 1988）等より筆者作成

1927(昭和 2)年に健康保険法が施行された後、1938(昭和 13)年には国民健康保険法が施行され、「人口政策確立要綱」で明記されたような「健康保険制度を拡充強化して之を全国民に及ぼす」政策により公的健康保険カバー率は 1944 年に 69.3%まで高まった（図 4）。しかし敗戦と戦後の社会情勢の悪化によりカバー率は大きく落ち込み、国民皆保険達成まで 16 年を要した。

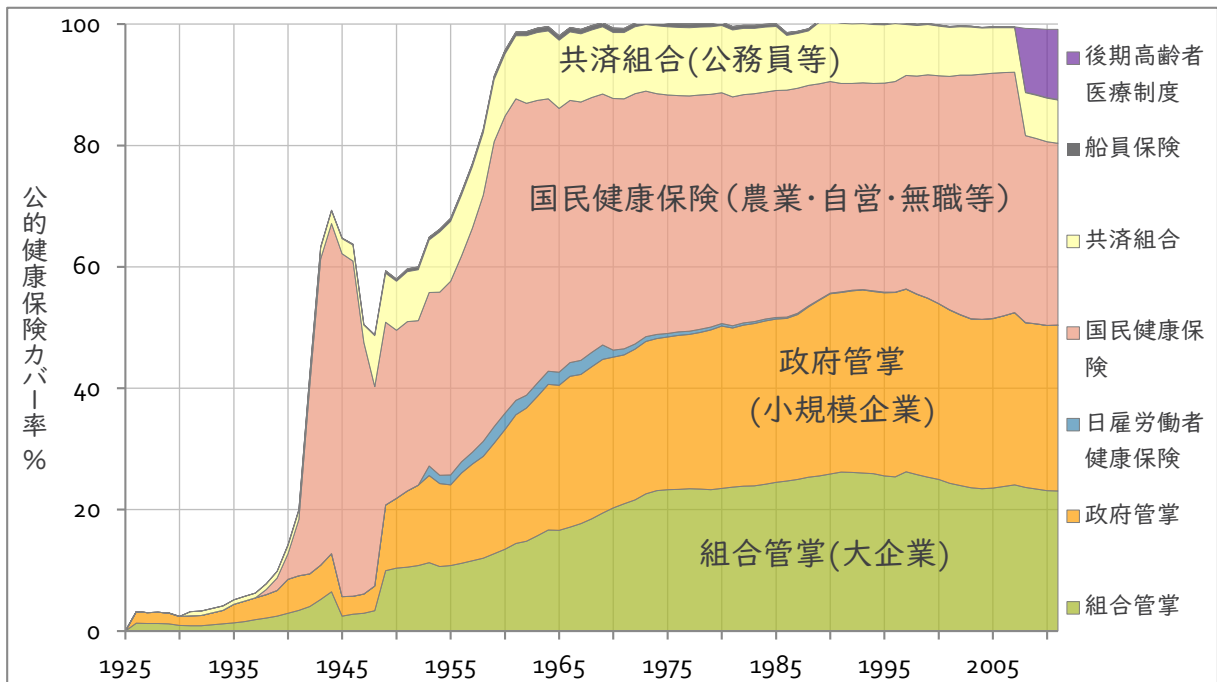


図 4 日本における公的健康保険のカバー率の推移

資料: 医制百年史 (厚生省 1976)、長期統計 (日本統計協会 1988)、社会保障統計年報各年 (国立社会保障・人口問題研究所)、高木 (1994) より筆者作成。初出は林 (2015)。

戦前はもちろんであるが、戦後においても、健康保険でカバーされているといっても、医療費の支払いがゼロになるわけではない。1961年の皆保険達成後の一部負担割合の推移をみると(表 3)、皆保険達成当初、自己負担額がゼロであったのは、組合健康保険の被保険者本人のみであり、その家族や国民健康保険の被保険者は、医療費の半分の自己負担が必要であった。その後、この格差を縮めるよう法律の改正が続けられ、ようやくすべての被保険者の自己負担額が同一の3割負担になったのは2003年のことである。その後後期高齢者医療制度の導入により、被保険者である75歳以上の後期高齢者の自己負担割合は1割となったが、近年所得に応じて3割まで増加している。自己負担額が過大にならないように、高額療養費制度が設けられ、生活保護の受給対象者は医療費の自己負担額はないなど、二重三重の制度で皆保険を達成しているのが日本の状況であるが、一定の額の医療支出があるのも英国などと比べた日本の特徴であるといえる。

表 3 皆保険達成後の一部負担割合の推移

保険種類	被保険者	1961	1964	1968	1973	1984	1997	2003
健康保険 (組合・政 府管掌・船 員)、共済	被保険者 本人	0%	0%	0%	0%	10%	20%	30%
	扶養者	50%	50%	50%	30%	30%	30%	30%
国民健康 保険	世帯主	50%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
	世帯員	50%	50%	30%	30%	30%	30%	30%

資料: 厚生統計協会「国民衛生の動向」各年版より筆者作成

このような制度と共に、日本における医療支出は増加しているものの、政府支出の割合は概ね 80%程度で推移し、2011 年からは若干割合は上昇し 84%となっている。

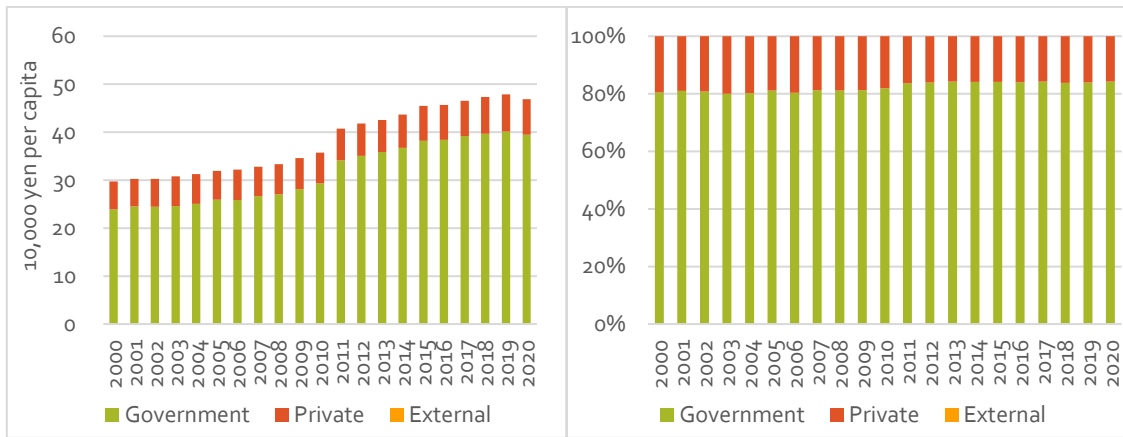


図 5 日本におけるセクター別医療支出額・割合推移

資料: WHO Global Health Expenditure Database

2. 韓国

韓国の SDGs3.8.1 指標は上昇しながら 2019 年には 87 と日本の 85 を追い抜いている。3.8.2 は日本同様 2016 年に 13.9%となるまで悪化したものの、その後 12.3%まで回復している (図 6)。

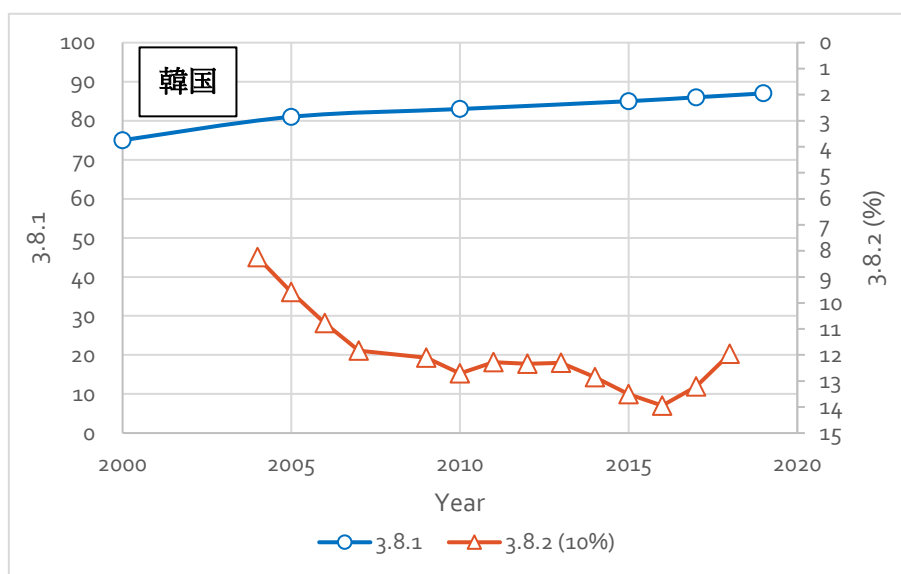


図 6 UHC 指標推移 (韓国)

資料: UN SDG Indicators Database

韓国は朝鮮戦争後 1963 年に任意保険である国民健康保険制度がはじまり、その後強制加入対象を広げ、1989 年に制度としての UHC を達成した (表 4)。当時は日本同様、多くの健康保険組合が乱立している状況であったが、1997 年のアジア経済危機を契機に、2000 年には国民健康保険に一本化され、国民健康保険公団が国民すべての医療保険の運営を行っている。また同じ年、健康保険審査評価院 (HIRA) が設立され、国民健康保険公団から独立した健康保険請求・給付の審査を行うとともに、国民すべての医療保険データを解析・公表し、皆保険制度の効率化が図られている。2017 年からの 3.8.2 の改善がこのような組織的な取り組みが功を奏したのかはより詳細な分析が必要であるが、韓国の医療保険制度の進展は他国に対して貴重な示唆を与えるものである。

表 4 韓国における UHC に関わる法律・制度

年	法律・制度
1963	医療保険法 (任意保険)
1976	医療保険法改正
1977	職場医療保険 (従業員 500 人以上の企業の強制加入)
1979	公務員および私立学校教職員医療保険
1988	地域医療保険 (農村・漁村住民を対象)
1989	地域医療保険 (都市部自営業者を対象) → UHC 達成
2000	国民健康保険法施行 (医療保険統合) 健康保険審査評価院 (HIRA) の創設

資料: 岡本 (2008)、増田・金 (2015)、小島 (2016)、金 (2022a)、韓国健康保険審査評価院 (n.d.)

韓国の医療支出は、2000年から2021年にかけて、右肩上がりに増加し、2000年では542,826ウォンであったところ、2021年では3,467,546ウォン（約34.7万円）と6倍強になっているが、政府支出と民間支出の割合はこの期間を通じてあまり変化がなく、6割程度が政府支出となっている（図7）。2018年より政府支出の割合が微増しているが、これが3.8.2の向上と関係している可能性もある。

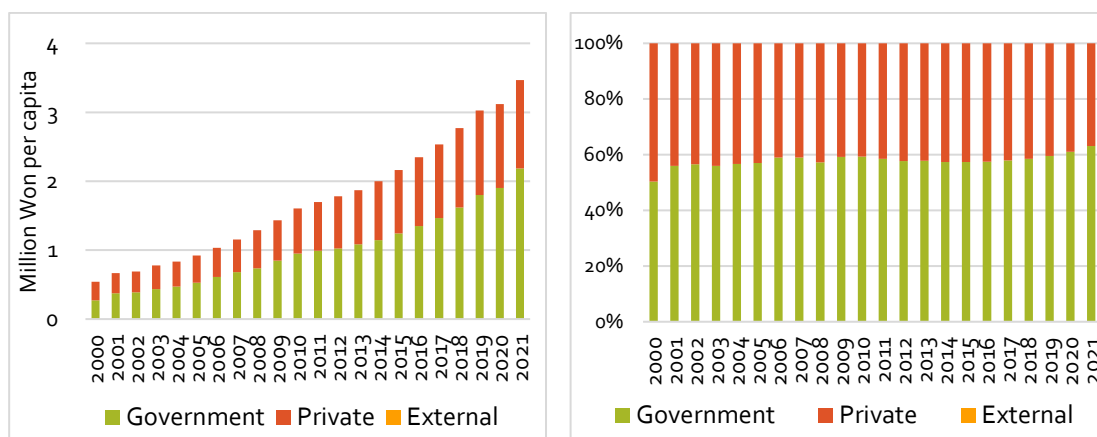


図7 韓国におけるセクター別医療支出額・割合推移

資料: WHO Global Health Expenditure Database

3. 中国

中国におけるSDG 3.8.1は上昇しているが、3.8.2は悪化しており、またその値は2002年で10%、2016年で24%と他国と比べても高い値になっている。この値は国連SDG指標データベースより2023年2月にダウンロードしたものであるが、その後更新されたデータセットには中国の3.8.2の値は表示されなくなった。現在、統計算定方法を見直しているのではないだろうか。果たして24%という数値が他国と比較可能な値なのかは、今後より詳細にみる必要があるだろう。

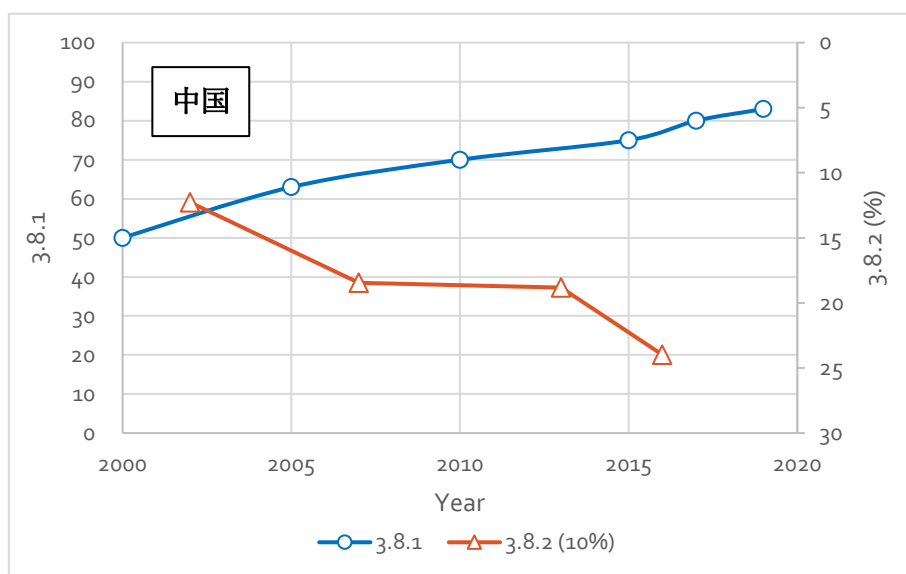


図 8 UHC 指標推移 (中国)

資料: UN SDG Indicators Database

中国の健康保険制度は、1949年の改革開放後、共産主義政権のもと、1951年に都市戸籍労働者に対する労働保険条例、1952年に公務員に対する公費医療制度が整備された後、1956年より、農村戸籍住民に対して農村合作医療制度が整備された。その制度のもと、はだしの医者（赤脚医生）が養成され、その医療モデルやはだしの医者は1978年のWHOアルマータ宣言とプライマリーヘルスケア報告書（WHO 1978）により広く知られるところである。しかしながら、1970年代の文化大革命による社会インフラの瓦解、1980年代の人民公社解体による農村合作医療制度の崩壊で、医療制度は弱体化した。

1990年代に入ると改革開放の流れの中、まずは都市部からモデル地区での医療保険制度の試行を経て、1998年労働保険および公費医療を統一する公的医療保険制度が構築された。モデル地区での施行を経て全国に拡大する、というのは中国における一つの制度構築のやり方であるが、中国における介護保険制度は、現在、このモデル地区での試行段階にある。

農村部では2003年に任意加入であるが新型農村合作医療制度が始まり、加入者数はその後増加した（表6）。中国における都市部と農村部は、戸籍制度からして分離されているが、近年その改革がなされており、都市部と農村部の統合は喫緊の課題であり、医療保険制度においても2022年に全国基本医療保険制度が発足し、統合が図られている（馬2022、表5）。

このような制度の統合・拡充に応じて社会保障の加入者数は増加しており（表6）、医療保険の加入者数は2022年に13.5億人と、ほぼ全人口に達している。

表 5 中国における UHC に関わる法律・制度

年	法律・制度
1951	労働保険条例(当初は大規模国有企業労働者、その後都市戸籍労働者に拡大)
1952	公費医療制度(対象は公務員)
1956	農村合作社(後の人民公社)による医療保健所の設置と農村住民の労働災害、疾病の治療対応義務、「赤脚医生」(はだしの医者)の養成
1980年代	人民公社の解体による農村合作医療制度の崩壊
1994	モデル地区医療保険制度(両江、北京、海南、深圳など)。
1998	都市従業員基本医療保険制度
2003	新型農村合作医療制度
2007	都市住民基本医療保険
2020	基本医療衛生と健康促進法施行
2022	全国基本医療保険制度

資料: 馬 (2022)、金 (2022b)

表 6 中国における社会保障加入者数 (万人)

年	介護保険	医療保険	失業保険	労災保険	生育保険
1995	10,979	746	8,238	2,615	1,500
2000	13,617	3,787	10,408	4,350	3,002
2005	17,488	31,683	10,648	8,478	5,409
2010	35,984	126,863	13,376	16,161	12,336
2015	85,833	133,582	17,326	21,432	17,771
2018	94,240	134,459	19,643	23,868	20,435
2019	96,754	135,436	20,543	25,478	21,432

資料: 金(2022b)

中国における一人当たりの医療支出は、2000年では356元であったところ、2020年には4,026元と11倍に増加している(図9左)。セクター別割合をみると、2000年には公的20%、民間80%であったが、2015年には公的60%、民間40%と逆転した。これは公的医療保険制度の拡充によるものであろう。しかしながらその後はわずかながら民間の割合が増加している。中国では公的医療保険を補充するために商業ベースの民間医療保険導入を推進し、多層的な医療保障体制を構築することが目されており(金2022b)、民間の医療支出が増加するのもこのような政策に応じたものかもしれないが、3.8.2指標の悪化もあり、今後、米国のように、医療費が高騰しないか危惧される。

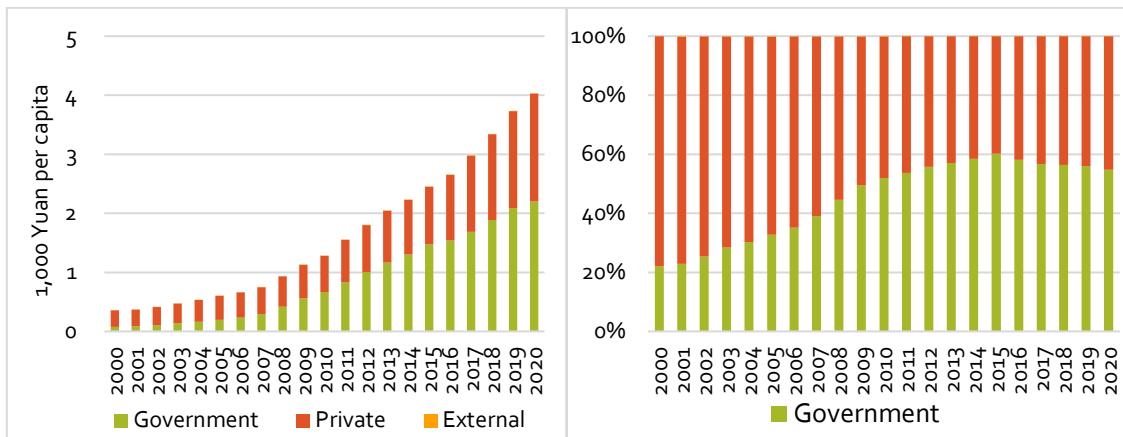


図 9 中国におけるセクター別医療支出額・割合推移

資料: WHO Global Health Expenditure Database

4. タイ

タイのSDG指標は、3.8.1、3.8.2のいずれも向上している（図10）。

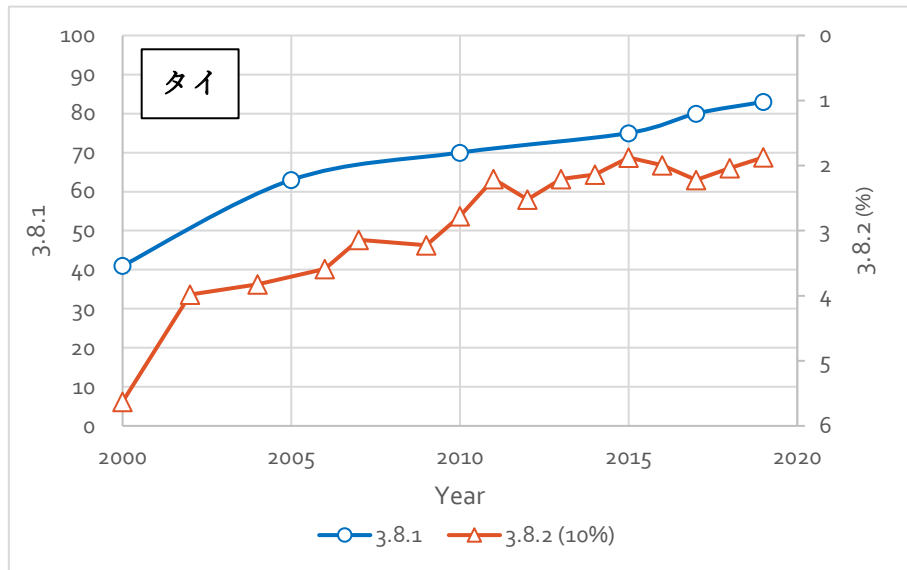


図 10 UHC 指標推移 (タイ)

資料: UN SDG Indicators Database

タイの公的医療保険制度は、公務員 (CSMBS)、企業 (SSS)、その他すべて (UCS) の三本立てとなっており、それぞれ1978年、1990年、2001年に開始した(表7、菅谷2015a)。それらの加入者の構成を所得水準別にみると、CSMBS、SSSは高所得層が多く、低所得層をカバーしているのはUCSであることがわかる(図11)。

表 7 タイにおける UHC に関わる法律・制度

年	法律・制度
1978	公務員医療給付制度 (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS)
1990	社会保険医療 (Social Security Scheme: SSS)
2001	30 パーツ医療制度 → 普遍的医療制度 (Universal Coverage Scheme: UCS)

資料: 菅谷(2015a)

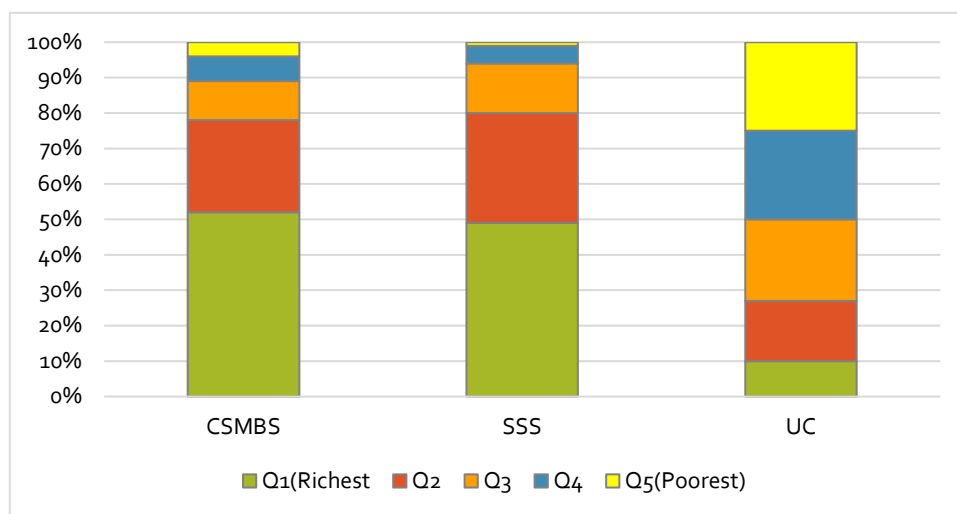


図 11 タイの保険種類別加入者所得水準

資料: Health and Welfare Survey 2004, In: Asia Pacific Observatory on Health systems and Policies (2015), Thailand

タイにおける一人当たりの医療支出は、2000年の2,493 バーツから2021年の9,547 バーツペソ (約 38,476 円) へと3.8倍に増加した。セクター別にみると、2000年では政府支出が全体の55%であったところ、2007年には76%に増加し、その後微減して2020年では70%になっている (図 12)。

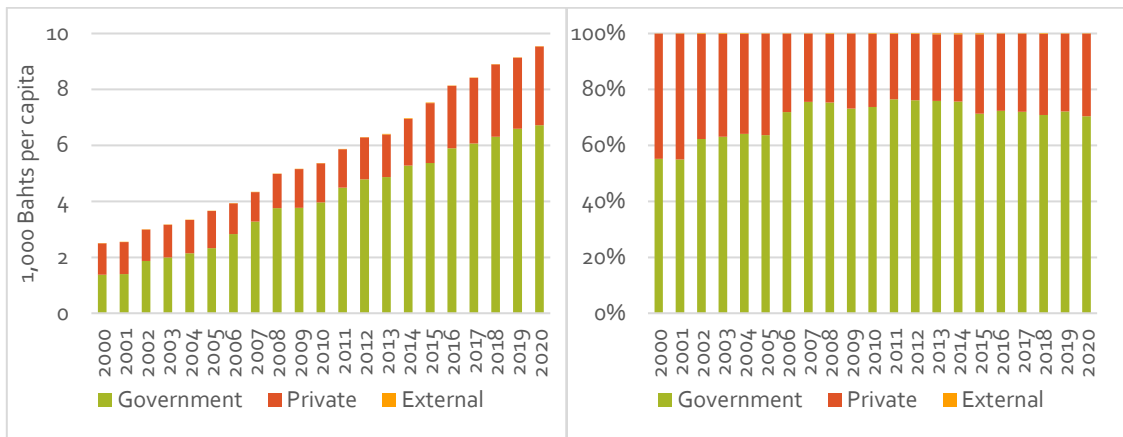


図 12 タイにおけるセクター別医療支出額・割合推移

資料: WHO Global Health Expenditure Database

5. フィリピン

フィリピンの SDG 指標をみると、3.8.1 は微増しているが、その水準は 55.0 (2019 年) と低い。3.8.2 は 2000 年から悪化の傾向である (図 13)。しかしながらその割合は 6.3% (2019 年) と、日中韓よりもよい。

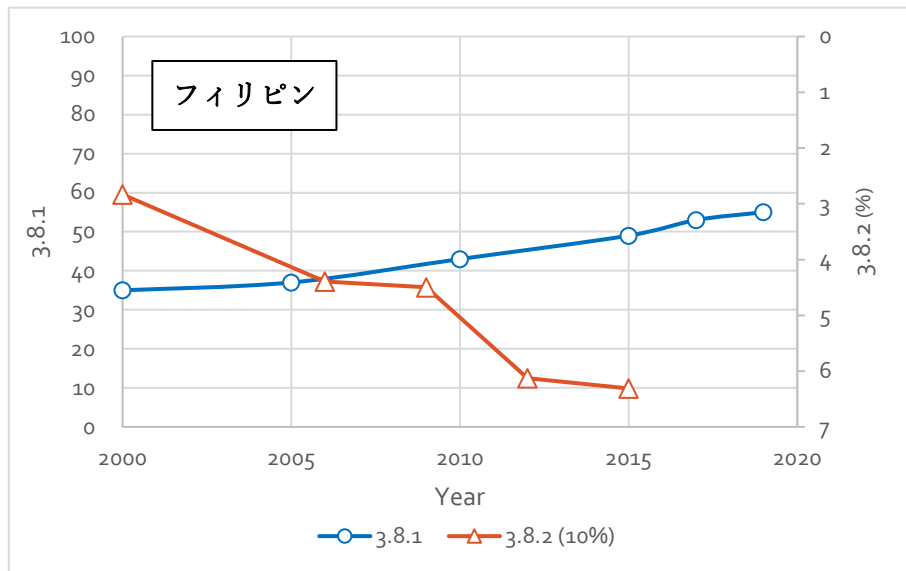


図 13 UHC 指標推移 (フィリピン)

資料: UN SDG Indicators Database

フィリピンにおける医療保障制度の歴史は短く、1972 年にはメディケア・プログラムがはじまり、そのうち公務部門 (GSIS) と民間部門 (SSS) を対象とした制度が先行して実施され、それ以外を対象とした制度は 1995 年になってようやく実施された (表 8)。こ

のような流れは、タイと類似している。1995年に成立した国民健康保険法は、正式な名称は「すべてのフィリピン国民に国民健康保険プログラムを制度化しそのためにフィリピン健康保険公社を設立する法律」（共和国法 7875）であり、名実ともに、国民皆保険制度を実施するものであった。その3年後にはGSISとSSSがフィリピン健康保険公社(PhilHealth)に移管され、さらに20年後の2018年にUHC法（共和国法 11223）が制定された。

表 8 フィリピンにおけるUHCに関わる法律・制度

年	法律・制度
1972	メディケア・プログラム I:公務部門 GSISと民間部門 SSS II:それ以外
1995	IIの強化のための国民健康保険法 (PhilHealthが運営)
1998	GSISとSSSがPhilHealthに移管
2018	UHC法制定

資料: 菅谷(2017)、DOH (n.d.)

フィリピンにおける一人当たりの医療支出は、2000年の1,449ペソから2021年の9,545ペソ（約23,194円）へと6.6倍に増加した。セクター別の内訳をみると、制度としては皆保険になってはいるが、政府支出割合は2000年から減少し、2011～3年には26%にまで落ち込んだ（図14）。その後割合は増えているが、2021年において44%と半分に達していない。いまだ、民間セクターが医療ケアの提供に果たす役割が大きい国である。

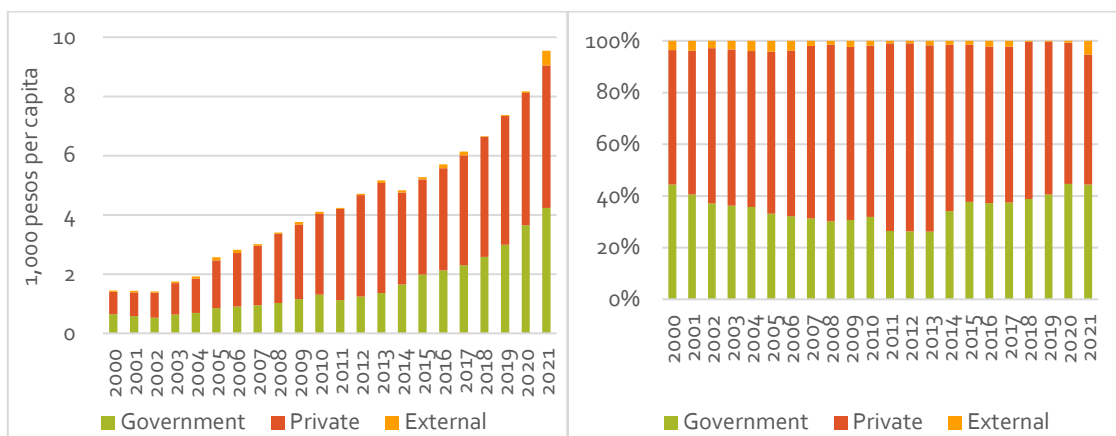


図 14 フィリピンにおけるセクター別医療支出額・割合推移

資料: WHO Global Health Expenditure Database

6. インドネシア

インドネシアのSDG指標3.8.1は順調に向上しており2019年では59である。一方3.8.2は悪化しているが、その値は2017年で4.5%であり、日中韓よりも好成績である(図15)。

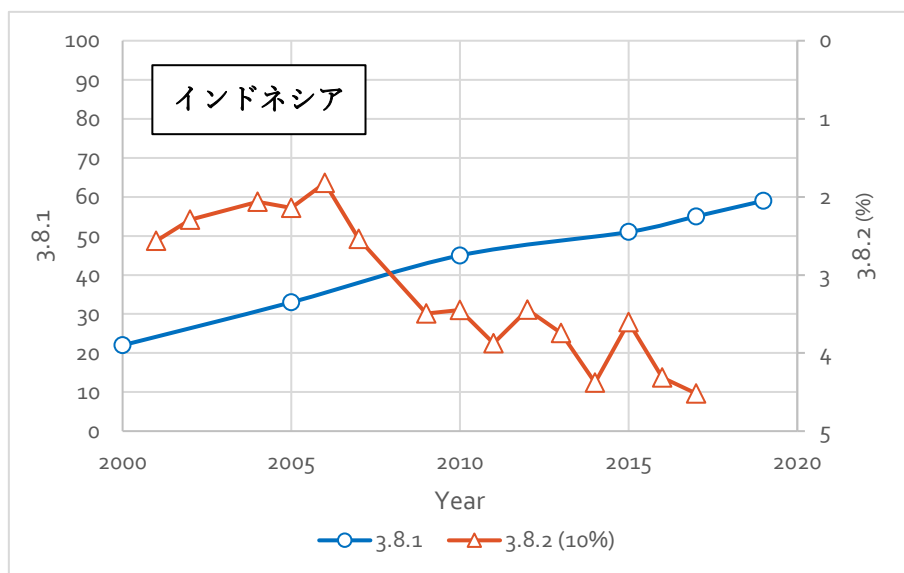


図15 UHC指標推移(インドネシア)

資料: UN SDG Indicators Database

インドネシアの医療保障は、オランダ統治時代の公務員とその家族を対象とする制度が1949年の独立以降も存続しており、その時点で国民すべてをカバーする医療保険の構想もあったが実現しなかった(BPJS Kesehatan 2020)。その後1968年に、国営企業従業員、年金受給者とその家族の医療保障を行う医療基金管理庁が設立され、1992年にはPT Askesとなり、公務員、国営企業従業員、退役軍人、建国功労者とその家族の医療保障が講じられていた。医療保障の対象が拡大されたのは2004年の国民社会保障制度法の制定による。翌2005年には貧困者向け健康保険プログラムPJKMM、それら既存の制度もしくは民間保険に加入していない人を対象とした公的医療保険プログラムPJKMUが開始された。2004年から始まる一連の社会保障制度の構築の中で、PT AskesはBPJS Kesehatanとなり、2014年に既存の制度を統合して国民健康保障制度JKNが発足した(表9)。

2014年のJKN加入者は1億3340万人であったが、2021年には2億3572万人と増加した。コロナの影響もあり、2019年から2020年にかけて加入者数は若干減少したが、2021年にはふたたび増加に転じ、国民の87%が加入している状況である(KKRI 2022)。地域別にみるとジャカルタ、パプア、西パプア、アチェ、東カリマンタン、南スラウェシでは100%を超えており、これは加入者数のカウントが住所地ではなく勤務地で行われているためであるが、地域的には皆保険を達成したところも多い(図16)。

表 9 インドネシアにおける UHC に関わる法律・制度

年	法律・制度
1949	インドネシア独立に伴い、オランダ統治時代の公務員およびその家族を対象とした医療保障が継続
1968	医療基金管理庁(BPDPK) 設立(対象: 国営企業公務員、年金受給者とその家族)
1984	BPDPK が保健省管轄の国有企業化(PHB に改称)
1992	PHB が PT Askes に変更
2004	国民社会保障制度法成立
2005	PT Askes が貧困者向け健康保険プログラム(PJKMM)、公的医療保険プログラム(PJKMU)を開始
2011	PT Askes が健康社会保障運営機関(BPJS Kesehatan)として社会保障制度の保健部門を担当
2014	BPJS Kesehatan が運営する国民健康保険(JKN)開始

資料: BPJS Kesehatan (2020)、菅谷 (2015b)

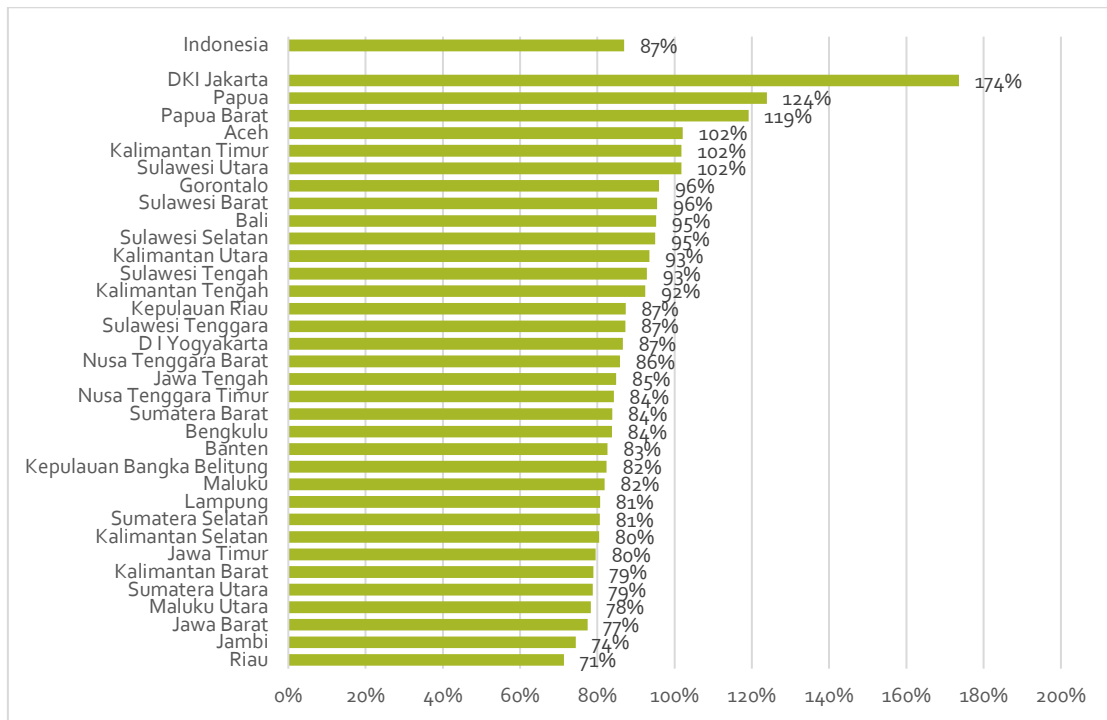


図 16 インドネシア州別国民健康保険 (JKN) 加入者割合 (2021 年)

注: 100%を超えている州があるのは、分子の加入者数は住所地ではなく勤務地の登録によるため。

資料: Profil Kesehatan Indonesia 2021 (KKRI 2022)

近年インドネシアによる保健統計の充実は著しく、上述した国民健康保険加入者数のみならず、保健人材についてもその数が日々webにアップデートされるようになっている。医師と看護師数についてみると（図 17）、2010年には医師 33,736 人、看護師 160,074 人であったところ、2023年3月1日には、医師 103,066 人、看護師 556,397 人となった。

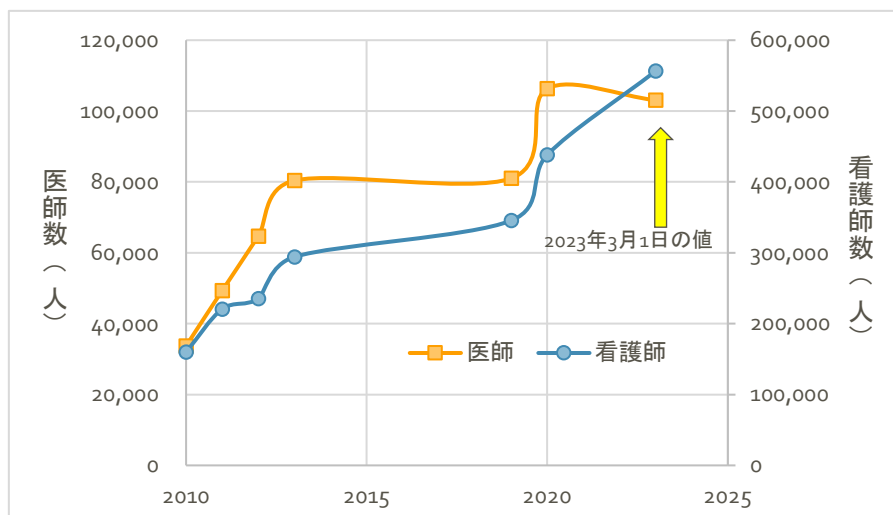


図 17 インドネシアにおける保健人材数の推移

資料: SISDMK (2023)

インドネシアにおける 2020 年の一人あたり医療支出額は 2000 年の 130,838 ルピアから 2020 年の 194 万ルピア（約 17,644 円）と、およそ 15 倍に急増しているが、政府支出割合も 2010 年から増加しており、これは公的医療保険の拡大によるものではないかと考えられる。

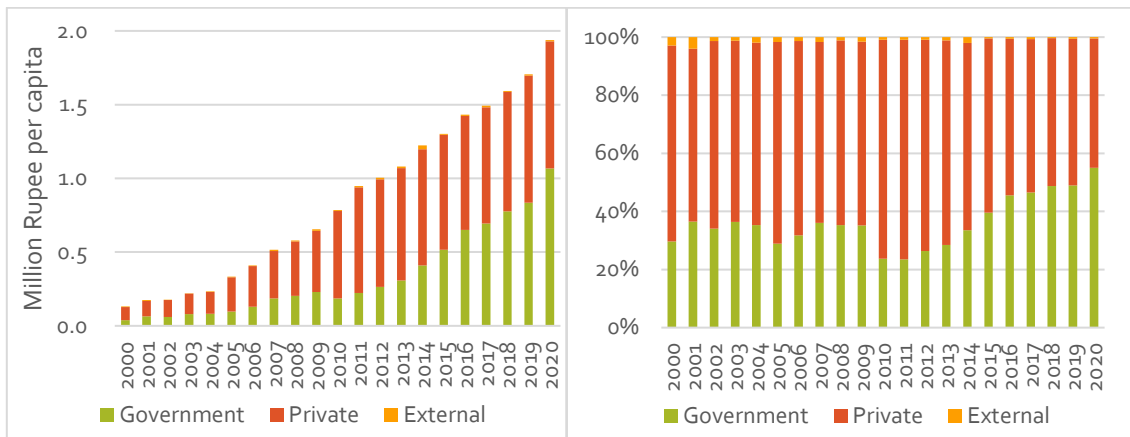


図 18 インドネシアにおけるセクター別医療支出額・割合推移

資料: WHO Global Health Expenditure Database

IV. 考察

医療保障に関する制度構築の推移をみると、まずは公務員や公的企業従事者、退役軍人を対象した制度が構築され、その後民間企業従業員、それ以外の人々と制度が拡大される傾向がある。日中韓においては、日本の場合は第二次世界大戦、韓国の場合は朝鮮戦争、中国の場合は文化大革命や改革開放と、社会体制すべてに影響を及ぼす事象がそれぞれ異なり、医療保障制度構築の歩みが異なるが、タイ、フィリピン、インドネシアをみる限り、ASEANでは1960-70年代に公務員、企業従業員を対象とした制度が整備され、2000年前後に全国民を対象とした制度に拡大される、という共通の流れがある。これは、ASEANの政策が関連している可能性もある。何らかの影響を及ぼしているのかもしれない。

その成立過程に応じて日本、タイでは複数の制度が分立しているが、韓国では2000年に制度が統合され、中国、フィリピン、インドネシアでは統合が進行中である。このような統合のメリットは、例えば韓国では全国民の医療データ評価により効率的な医療を進めることに成功しており、少なくないと考えられるが、官民連携、言い換えれば混合医療との兼ね合いをみながらも、どのような統合が最適なのか、国際比較をする価値があるだろう。

一方、2000年から2019年までの3.8.1は、どの国も向上、韓国が日本よりもやや高いまま微増、中国、タイが同水準で大きく増加、フィリピンとインドネシアが同水準で大きく増加、と推移しており(図 19)、それは制度構築の流れと、あまり関連がないようにも見える。

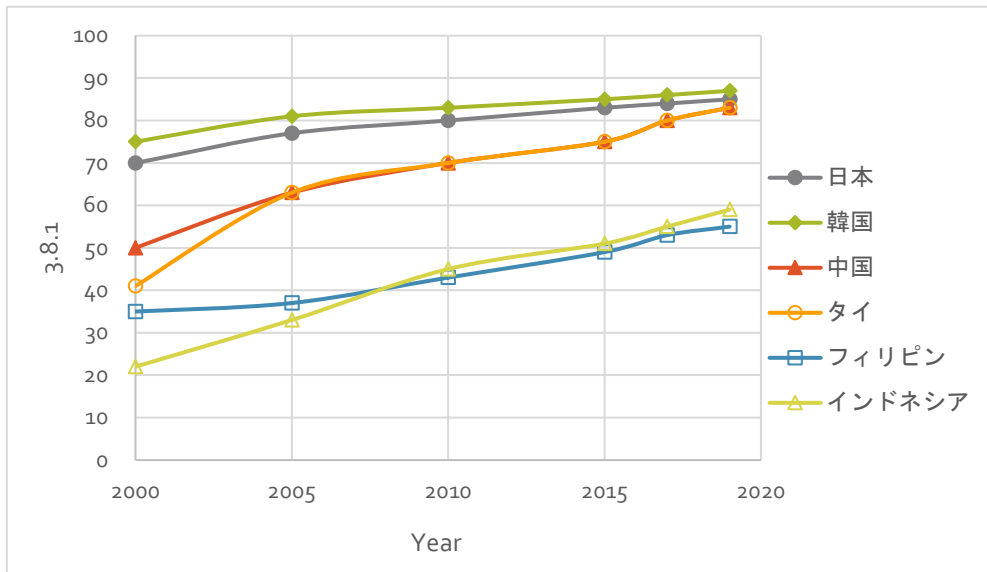


図 19 SDG 指標 3.8.1 の各国推移

資料: UN SDG Indicators Database

3.8.2 指標は、タイ、2017 年以降の韓国を除く全ての国で悪化している (図 20)。またその水準も各国様々である。はたしてこの指標が適切に「壊滅的な保健支出」を示しているのか、再検討が必要ではないだろうか。

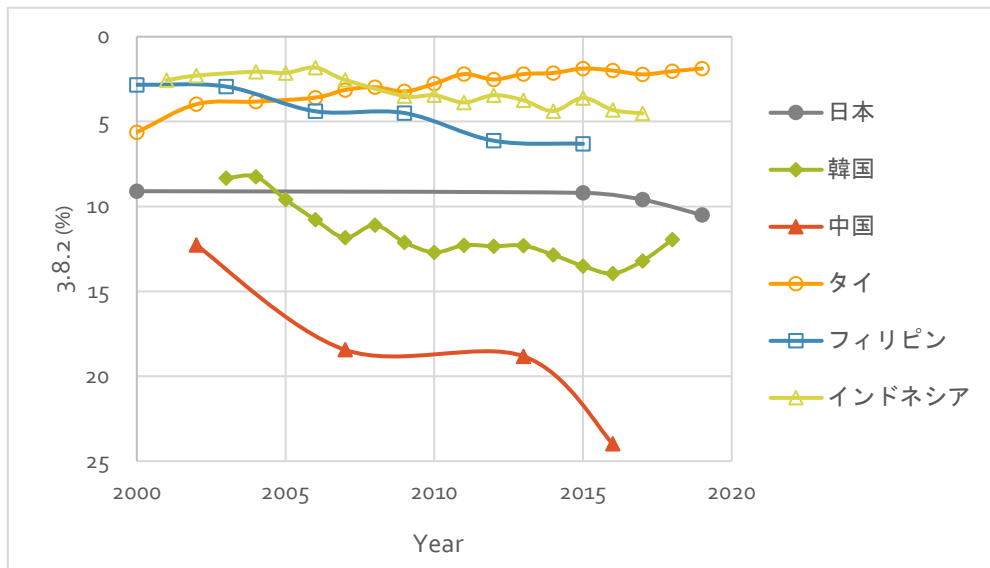


図 20 SDG 指標 3.8.2 の各国推移

資料: UN SDG Indicators Database

V. おわりに

今回対象とした国いずれも、医療保障制度構築にはある程度の歴史をもっている。そのため、現在の制度はすでに複雑で、その理解には歴史的背景についての知識が必要になるだろう。筆者にとっては、UHC は、公的医療保険制度に加入している人がどのくらいいるか、という指標が一番直感的であると感じられるのであるが、SDG 指標はそうになっていない。制度があっても、それがどれだけ使われているのか、自己負担がどれだけあるのか、制度が効率的なのか、といった点で、制度加入者割合のみではわからないことも多い。一方、SDG 指標にしても、それが必要な医療の全体像を示しているのか、今回対象としたようなアジア新興国の状況をうまく反映するのか、またそもそも 3.8.2 は適切なのか、といった疑問も生じるところである。

本稿執筆時までには、国連 SDG 指標データベースには新型コロナウイルス感染症パンデミック時の値がまだ入っていない。アジアにおいては、感染当初に限ればコロナ対策による行動変容で死亡率が低下している国がほとんどであり (Hayashi 2022)、また各国とも大幅な公的支出の増大があり、さらにオンライン・リモートといった ICT プラットフォームも各段に進歩した。それらがどのように UHC に影響を及ぼしたのかは今後の分析が待たれるところである。またそのことで引き出せる政策的含意も多くあるのではないかと期待される。

2030 年までに UHC を達成できるのか、今回取り上げた 6 か国については、後発である新興国で 2015 年前後に制度構築が大きく進んでいる状況があり、今後の進展と UHC 達成に希望が持てる。一方、いずれの国も医療支出は大きく増加しており、今後の増大する高齢者数に応じて、さらなる増大は避けられないところ、それを公的に負担するのか、個人の支出と民間企業に頼るのか、といった点に、国際的なコンセンサスはなく、現状では国によって方針は異なっている。医療費の増大は、逆に言えば需要の増大による経済、GDP の増大をもたらすことにもなる。保健分野は公的政策の関与が大きく、それは一国の政策決定機関のみではなく、二国間援助機関、ASEAN、国連などの国際機関など多くの主体がある。UHC の推進は SDG と並んで国連により掲げられている目標であるが、それが実際に人々に届くのは各国固有の制度に左右される。制度がどのように構成され何が足りないか、といった分析には、各国の制度を的確に把握する必要がある。またその把握を通じて、効率的な施策を抽出し、他国へ適用することを提案することもできよう。このような作業は継続的に行う必要がある。

参考文献

岡本悦治 (2008) 「韓国の医療制度」『医療と社会』、Vol.18, No.1

外務省 (n.d.1) 「SDG グローバル指標 (SDG Indicators)」 Japan SDGs Action

Platform<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics>
 外務省 (n.d.2) 「指標 3.8.2」 Japan SDGs Action Platform,
[https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/data/03/Indicator3.8.2\(meta data\)_ja.pdf](https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/data/03/Indicator3.8.2(meta%20data)_ja.pdf)
 韓国健康保険審査評価院 (n.d.) 연혁 (沿革)
<https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA040090000100>
 金道勲 (2022a) 「韓国の介護保険・医療制度の動向」 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
<https://doi.org/10.50870/00000348>
 金維剛 (2022b) 「应对人口老龄化的中国社会保障体系」 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」 研究会報告資料、2022 年 2 月 22 年
 厚生省 (1988) 『厚生省 50 年史』 厚生省五十年史編集委員会、財団法人厚生問題研究会
 厚生省医務局 (1976) 『医制百年史』
 厚生統計協会 (各年) 『国民衛生の動向』 厚生 の 指標 特集号
 国立社会保障・人口問題研究所 (各年) 『社会保障統計年報』、https://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japanese/securityAnnualReport.html
 小島克久 (2016) 「韓国の社会保障 (第 2 回) 韓国「国民健康保険」について」 『社会保障研究』 第 1 巻第 2 号、pp.487-490
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh20212217.pdf>
 児玉知子 (2022) 「国連の持続可能な開発目標 3 (SDG3) - 保健関連指標における日本の達成状況の評価および国際発信のためのエビデンス構築に関する研究 (20BA1001)」 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 令和 2-3 年度 総合研究報告書
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/155792>
 菅谷広宣 (2015a) 「タイの医療保障と高齢者介護」 『健保連海外医療保障』 No.106、pp.13-22、https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201506_No106.pdf
 菅谷広宣 (2015b) 「インドネシアの医療保障」 『健保連海外医療保障』 No.106、pp.23-31
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201506_No106.pdf
 菅谷広宣 (2017) 「UHC の視点からみた東南アジアの医療保障：フィリピンを事例に」 『健保連海外医療保障』 No.116、pp.21-31
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201712_No116.pdf
 総務省統計局 (2022) 「家計調査 家計収支編 第 3 表」 <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032195882&fileKind=0>
 高木安雄 (1994) 「国民健康保険と地域福祉 - 長期入院の是正対策の実際と国保安定化をと

- りまく問題点」『季刊社会保障研究』第30巻第3号
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh300305.pdf>
- 日本統計協会（1988）『日本長期統計総覧』総務庁統計局監修
- 林玲子（2015）「皆保険への道 - 戦前・戦中・戦後の関係者分析」 「社人研資料を活用した
 明治・大正・昭和期における人口・社会保障に関する研究」2014年度報告書、国立社
 会保障・人口問題研究所 所内研究報告 第62号
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/shonai62.pdf>
- 馬欣欣（2022）「中国公的医療保険の改革とその評価」、『社会保障研究』第6巻第4号、
 pp.421-437
- 増田雅暢・金貞任（2015）『アジアの社会保障』法律文化社
- Asia Pacific Observatory on Health systems and Policies (2015) *The Kingdom of Thailand
 Health system Review Health systems in Transition*, Vol.5, No.5
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208216>
- BPJS Kesehatan, Indonesia (2020) “History of Social Security Journey in Indonesia”
<https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2013/4>.
- DOH (Department of Health), Republic of the Philippines (n.d.) “Universal Health Care Act”
<https://hta.doh.gov.ph/universal-health-care-act/>
- HAYASHI Reiko (2022) “COVID-19 and Mortality Decline in Asia in 2020” *Journal of
 Population Problems*, Vol.78, No.4, pp.493-508, <http://doi.org/10.50870/00000436>
- KKRI: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (インドネシア保健省) (2022) *Profil
 Kesehatan Indonesia 2021*, <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-2021.pdf>
- SISDMK (2023) “SEBARAN 9 JENIS TENAGA KESEHATAN DI FASILITAS
 PELAYANAN KESEHATAN” (医療サービス施設における9種類の医療従事者の配置),
 KKRI: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (インドネシア保健省)
<https://sisdmk.kemkes.go.id/home>
- UN: United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2023) *SDG Indicators
 Database*, <https://unstats.un.org/sdgs/unsdg>
- Wagstaff, Adam; Gabriela Flores, Justine Hsu, Marc-François Smits, Kateryna Chepynoga,
 Leander R Buisman, Kim van Wilgenburg, Patrick Eozenou (2018) “Progress on
 catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study”
Lancet Global Health; 6: e169–79, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)
- 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>
- WHO/IBRD/WB (World Health Organization and International Bank for Reconstruction

and Development / The World Bank) (2017) *Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259817>

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4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」

研究分担者 藤田雅美（国立国際医療研究センター国際医療協力局）

研究協力者 横堀雄太（国立国際医療研究センター国際医療協力局）

研究要旨

【目的】

東南アジア諸国において 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と保健医療の関連”をテーマに設定した。社会保障、特に社会扶助と UHC との関連性を、グローバルな視点とアジアの現状から検討することを目的とした。

【方法】

以下の項目について、国際機関の刊行物および論文を検索・収集してレビューを行った。1. 社会保障と、おもに脆弱な人々の健康との関連性、2. 特定の健康問題に関する社会保障を通じた対応方策、3. UHC の文脈における脆弱な人々に対する社会保障に関する様々な国際機関の対応、4. 社会保障と UHC に関する保健セクターにおける世界的な議論、5. 東南アジア諸国、とくにカンボジア、ベトナム、インドネシア、タイにおける、脆弱な人々に対する社会保障と保健医療の現状

【結果】

社会保険の効果は脆弱な人々には限定的であるが、社会扶助は脆弱な人々を含む医療サービスの利用を改善するのに有効であることが報告されている。また、社会扶助は危機的状況において、生活への影響から守るだけでなく、医療サービスの利用を促進するためにも重要であると報告されている。このことは、社会扶助プログラムが、脆弱な人々を取り残さない UHC を達成する上で有効である可能性を示唆している。UHC の実現に向けて、国連、ILO、世銀は、社会保険だけでなく、社会扶助も含めた社会保障の重要性を議論している。WHO では、幅広い社会保障サービスの重要性について、結核・HIV/AIDS・COVID-19 に関する議論が始まっているが、包括的な UHC に関する報告書や文書ではあまり取り上げられていない。カンボジア、ベトナム、インドネシア、タイにおいて、社会扶助を含めた社会保障制度が拡大・拡充してきている、あるいはその途上にある一方で、縦割りでバラバラな現状が課題として認識されてきている。

【結論】

保健医療サービスと社会扶助を含む社会保障制度が、低中所得国においても徐々に拡大・拡充してきたが、2030年のUHC達成に向け、脆弱層に十分配慮した対策をたてる時期に来ている。保護、予防、促進、変革の観点から、社会保障の包括的な拡充を目指すとともに、保健サービスへの利用資格、保健サービスへのアクセスしやすさ、人々のニーズへの対応力、変化を促すための方策といった視点から、社会扶助を含む社会保障と保健医療との連携・協力のあり方を検討する必要がある。

A. 研究目的

1. 背景

2030年までのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) は、2015年に採択された「持続可能な開発目標」の目標の一つであり [1]、2019年のUHCに関するハイレベル会合の政治宣言で述べられている [2]。しかし、”2019 Global Monitoring Report” [3]によると、UHC サービスカバレッジ指数は、2000年の人口加重平均45から2019年には68へと世界的に改善しているものの、低所得国では進捗が遅れている。また、破局的または貧困な医療費に直面している人口は、2017年においても14億~19億人と推定されている。

低・中所得国の脆弱な人々の間では、UHCに向けた進展が遅れている。グローバル・モニタリング・レポートは、各国内の世帯間の不平等が持続していることを強調し、医療サービスの適用範囲を改善し、脆弱な人々の破局的支出を防止する必要性を訴えている。脆弱な人々への十分な医療保障は、その国での医療危機の影響を最小限に抑えることができる。例えば、COVID-19のパンデミックの際、脆弱な集団は感染リスクが最も高く、健康面だけでなく経済的・社会的地位の面でも深刻な影響を受けた [4, 5]。効果的な感染制御サービスの提供がなければ、これらの集団は、全国的にさらなるアウトブレイクのインキュベーターとして機能する可能性がある [6, 7]。したがって、UHCに向けた進展を加速させ、将来の健康危機における疾病管理を改善するためには、脆弱な集団に焦点を当てることが重要である。

UHCに向けた経済的保護を確保するため、健康保険制度は、人口集団間の不公平を軽減する手段として世界的に注目されている [8] [9]。しかし、低・中所得国における現在の戦略は、最も脆弱な人々の特定に関連する困難さ [11-13] や、基本的な保健サービスへのアクセスを妨げる社会経済的要因 [14] のため、その目的を達成できていない [10]。貧困に関連する問題に総合的に対処するためには、多部門にわたるアプローチを考慮する必要がある。国連 (UN)、国際労働機関

(ILO)、世界銀行などのいくつかの国際機関は、脆弱な人々のためのUHCをよりよく推進し実現するために、健康保険だけでなく、セクターを超えて社会扶助などの他の幅広い社会保障サービスを開発する必要性について議論し始めている [15, 16]。しかし、UHCの文脈における社会的保護の役割については、国際機関によって立場が異なる。

社会保障、特に社会保険以外のサービスとUHCとの関連性をグローバルな視点から説明した研究はほとんどないのが現状であることから、以下の5点についてレビューを行った。

1. 社会保障と、おもに脆弱な人々の健康との関連性
2. 特定の健康問題に関する社会保障を通じた対応方策
3. UHCの文脈における脆弱な人々に対する社会保障に関する様々な国際機関の対応
4. 社会保障とUHCに関する保健セクターにおける世界的な議論
5. 東南アジア諸国、とくにカンボジア、ベトナム、インドネシア、タイにおける、脆弱な人々に対する社会保障と保健医療の現状

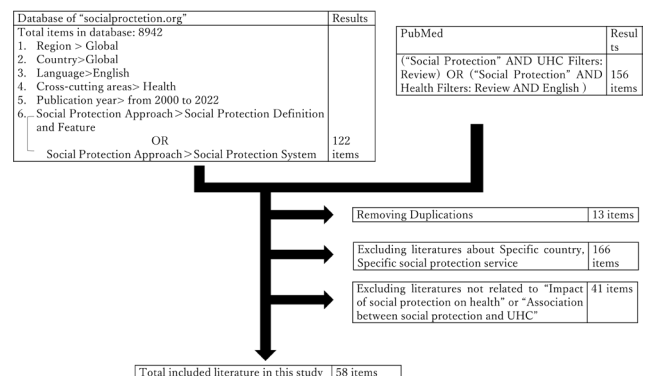
B. 方法

● 検索戦略

社会保障とUHCの関連性に関する文献を、PubMedを用いて2022年9月以前に発表された英文論文を検索した。検索戦略は、Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) ガイドラインに則り、以下の検索語を用いて行った：「社会的保護」と「UHC」または「社会的保護」と「健康」。国際的な組織からの情報を把握するため、データベース “socialprotection.org” (アドレス：<https://socialprotection.org/discover/publications>) から、国際的な組織による出版物を検索した。“socialprotection.org”は、G20の作業部会からの勧告に応えるために2015年に設立されたメンバーベースのオンライン知識共有および能力開発プラットフォームである。データベース “socialprotection.org”は、低・中所得国に焦点を当てた社会保護に関する最新かつ包括的なコンテンツを提供している。詳細な検索戦略は、図1に示す通りである。

また、ヘルスセクターにおける社会保障とUHCに関する世界的な議論を調査するために、2013年から2021年までの過去10年間の世界保健総会におけるすべてのWHO決議と決定 [17-27]、およびタイトルにUHCを含むアジェンダの主要文書も検索した。

図1. 検索戦略



●選択と統合

このレビューは、社会保障全体としての世界の動きを概観することを目的としているため、PubMedと“socialprotection.org”から抽出した文献のうち重複するものを削除し、特定の国や特定の脆弱な集団に焦点を当てた文献を除外した上で、健康およびUHCに関連した社会保障の影響を説明した出版物を対象とした。共著者3名が、それぞれ独自に選択した研究からのデータを収集し、スクリーニングを行い、対応する著者がその作業を監督し、抽出されたデータを以下の2つの視点に従って分類した。①様々な環境や疾病における異なる社会保障サービスの「健康への影響」、②各国際機関が「UHCとの関連」をどのように説明しているか。

WHOの決議や決定については、UHC関連の議題の中で、「社会保護」「社会扶助」「現金給付」という用語が出現しているかどうかを調査した。また、各世界保健総会のアジェンダに「社会保護」、タイトルに「UHC」という用語が出現しているかどうかを調べた。

次いで、抽出したデータを「背景」の最後に記載した4つの目的に従って分類、検討した。その際、社会的保護と健康との関連性を示すエビデンスの検討には、検索戦略によって抽出された学術論文を調査し、その他の目的については、関連する国際機関の出版物を主に調査した。

さらに、東南アジア諸国（カンボジア、ベトナム、インドネシア、タイ）における社会保障とUHCの現状について、国際機関の文献を中心に調査した。

C. 結果

図に示すように、“socialprotection.org”とPubMedを検索してそれぞれ122件と156件が収集された。これらの論文のうち、本文献レビューで取り上げたのは58件（28-85）である。その内訳は、学術論文14件、シンクタンク（開発研究所、海外開発研究所ODI、欧州大学研究所）5件、国際機関39件（世界銀行13件、国際労働機関（ILO）9件、国連6件、国連児童基金（UNICEF）4件、欧州連合（EU）3件、経済協力開発機構（OECD）2件、世界保健機関（WHO）2件）。

3.1. 脆弱な人々に関する社会保障と健康との関連

社会保障は、少なくとも「社会保険（Social Insurance）」と「社会的扶助（Social Assistance）」からなる。両要素は、国連[28]によって以下のように定義されている。「社会保険」は、出産や年齢などの生涯の不測の事態や、失業や病気などの仕事に関連する不測の事態に対する保護を提供するプログラム、「社会扶助」は、貧困状態にある人々に対する支援を提供するプログラムを指す。通常、「社会保険」は労働者とその雇用主による拠出金で賄われ、「社会扶助」は税金で賄われる。本節では、これらの社会保障サービスについて、特に脆弱な人々における医療サービスの利用や経済的保護という観点から、その根拠を整理する。

3.1.1. 社会保険

いくつかのシステマティックレビューで、社会保険のポジティブな影響が示されている。Comfortらが示唆するように、社会保険の提供は、母子保健サービスの利用率の向上と関連している[29, 30]。Spaanらは、保健サービスの利用率と経済的保護にプラスの効果があることを明らかにした[30, 31]。一方、Acharyaら（2012）は、特に最貧困層に対する財政的保護の効果について弱い証拠を示唆している[32, 33]。一方、世界銀行による19の論文のレビューでは、医療サービスの利用や財政保護への影響についてのエビデンスは見つからなかった。一部の健康保険の効果については報告しているが、その効果は最貧困層にとって最小である[33, 34]。まとめると、社会保険は医療サービス利用や財政保護の改善に有効であると思われるが、脆弱な集団への影響は限定的であるとする研究もある。

3.1.2. 社会扶助

社会扶助には、いくつかの種類があり、WBは、現金給付、非現金給付、短期雇用、所得創出、能力開発・制度改善の5つの見出しで分類している[35-37]。本節では、社会扶助の代表例として、現金給付の影響に焦点を当てる。Adatoらは、現金給付が健康に与える影響として、(1)ヘルスケアにアクセスするための直接的コスト（輸送費、医療費、機会費用）の補填、(2)より質の高い食事や大量の食事による栄養状態の改善、(3)条件付き現金給付による予防・健康教育活動への参加インセンティブの付与を示唆した[38]。著者らは、20の条件付き現金給付と10の無条件現金給付を含む30の現金給付プログラムを検討し、アフリカとラテンアメリカの現金給付プログラムが医療サービスの利用率にプラスの効果をもたらす可能性があることを明らかにした。特に、メキシコの条件付き現金給付は、子どもの死亡率を低下させる可能性があるとしている。

Bastagliらも現金給付に関する200の研究をレビューし、ほとんどの研究が医療サービスの利用率の改善を示し、成長率にも改善が見られたと結論付けている[39]。さらに、Hunterらは、51の研究をレビューし、現金給付が母子保健関連サービスの利用率の改善につながったと結論付けている[40]。Glassmanらも、条件付き現金給付が母子の健康指標を改善し、低出生体重児の発生率を低下させることを明らかにした[41]。最後に、Owusu（2018）は、サハラ以南のアフリカに焦点を当てた現金給付の定性的レビューを行い、脆弱な人々の保健サービス利用率の向上と経済的保護に役立つことを報告した[42]。まとめると、システマティックレビューや質的研究によって得られた結果のほとんどで、社会扶助が、特に脆弱な人々の間で、医療サービスの利用や健康アウトカムにプラスの効果をもたらすことを示した。

3.2. 特定の健康問題に関する社会保障を通じた対応方策

3.2.1. 結核とHIV/AIDSのコントロール

結核対策と社会保障の関係については、WHO西太平洋地域事務局（WPRO）が論じている[43, 44]。彼らは、結核に関連する患者の収入減は治療中断の最大のリスクであり、それゆえ、社会保障には医療費以外の支出に対する支援を含めるべきである

と述べている。社会保障による所得保障は、脆弱な人々の間で結核をうまくコントロールすることに貢献できる。UNICEFは、社会保障は、健康の社会的決定要因の改善に貢献することによって、HIV/AIDSの社会経済的影響を緩和し、HIV/AIDSサービスへのアクセスに対する障壁を緩和することにつながるとしている[45]。さらに、OECDは、社会保障が社会的変化をもたらし、女性が自分の権利を利用し、HIV/AIDS患者の権利を主張することを可能にする可能性があることを示唆している[46]。Toskaらは、社会保障が社会経済的リスクを軽減し、感染した親から生まれた子どものHIV感染のサイクルを断ち切ることができると言及している。特に、明確なケアとリンクした現金給付は、脆弱な集団に有効であるとしている[47]。最後に、Van der Walら[48]は、生活と仕事に対する幅広い支援は、患者の社会経済的状態を改善し、HIV/AIDS関連指標の改善に貢献できると述べている。同様に、結核菌とHIV/AIDSに関連する文献では、特に脆弱な集団の感染対策として、幅広い社会保障の重要性が強調されている。

3.2.2. COVID-19パンデミック

COVID-19の流行以来、多くの国際機関が、医療サービスへのアクセスを促進するための社会保障の重要性を強調している。まず、COVID-19に対する当面の社会経済的対応に関する国連の枠組みは、社会保障と基本サービスを5つの柱の1つに組み込んでいます[49-51]。COVID-19が脆弱な人々に与える影響を緩和するために、国連は、政府が現金給付、食糧支援、社会保険など、より広範な社会保障へ拡大する必要があることを示唆している。さらに、社会保障は、医療サービスへのアクセスを提供し、失業や病気療養に伴う経済的危機から保護するための不可欠なメカニズムであると考えられている。WPROはまた、WHOが推奨するCOVID-19対策は、困難な状況や限られた資源のために医療サービスを利用できない人々にとって現実的ではないことを認めている。

したがって、現金給付や現物支給によって促進される社会保障サービスは、医療施設への障害を取り除き、これらの人々の保護を確保するために重要である[52]。こうした視点は、社会保障は受益者側の需要に応えることができ、COVID-19に関連する医療サービスへのアクセスを促進するとする世界銀行によって支持されている[5]。同様に、国際労働機関（ILO）は、社会保障フロア（Social Protection Floor）の観点から、基本的な保健サービスや所得保障の重要性を強調している[53]。さらに、ユニセフは、社会保障が子どもの保護問題に関連するリスク要因の削減と保護要因の強化に貢献できることを指摘している。介護者を支援することで、子どもや母親のための保健サービスの利用を改善することができる[54]。最後に、EUは、危機の際に最も影響を受ける脆弱な人々の保健サービスへのアクセスを確保するために、社会保障を通じて健康の社会的決定要因に対処する必要があると説明している[55]。これらの国際機関の公式発表以外にも、多くの学術論文が、COVID-19の対策を実施するための社会的支援を含む幅広い社会保障サービスの重要性を強調している[56, 57]

3.2.3. 人道的な状況

最近の議論では、健康危機の際につくられた社会保障の役割を、より広範な人道的状況に拡大・適用することが示唆されている。WHOは、現金給付は、人道的な状況において、特に脆弱な人々にとって、直接的・間接的な経済的障壁を減らし、保健サービスへのアクセスを改善するのに有効であると示唆している[63]。国連人道問題調整事務所（UNOCHA）も同様の主張をしている[58, 59]。さらに、ユニセフは、危機の際に重要な衝撃対応型社会保護（shock-responsive social protection）を提案している[60]。また、世界銀行は、現金給付を含む社会的保護は、自然災害時の保健サービスアクセスの改善に有効であるとしている[61, 62]。さらに、EUは、緊急時の救助にとどまらず、人道的危機と社会における開発の間の接点として、社会的保護を活用することを提案している[63]。この文脈では、社会保障は、健康の安全保障とUHCという2つの重要なグローバル・アジェンダの接点となることができる。

3.3 UHCの文脈における脆弱な人々に対する社会保障に関する様々な国際機関の対応

Devereuxらによれば、社会保障の一貫した定義は存在しない[64]。しかし、国連、ILO、世銀、EU/OECDの定義には、3つの主要なコンセプトがある[65]。これらの定義に基づき、各国際機関は、それぞれの出版物の中で、社会保障とUHCの関連性を論じている。

3.3.1. 国連・ILO

ILOは、社会保障を、人々のライフサイクル全体を通じて貧困と脆弱性を軽減し、予防するために設計された一連の政策とプログラムであると定義している[66]。ILOは、社会保障は人権としてすべての人に提供されるべきであると提唱している。権利に基づくアプローチでは、市民を「権利者」、国家を「義務者」とみなす。この観点から、社会保障は、平等、包摂性、非差別といった社会的権利の発展形と見なすことができる[65]。ILOは、人権の観点から、2009年に国連主導で発足した「社会保障フロア（Social Protection Floor）」という考え方を提案した[67, 68]。2012年、国連は、出産、病気、失業、労働災害、無効、子持ち家族、高齢、医療などの経済的な影響をカバーするサービスを含む、人々のライフサイクルに合わせた基本的な社会保障サービスに関する指針を発表した[69, 70]。これらのサービスは互いに補完的であるべきであり[69]、拋出型（例えば、社会保険）または無拋出型（例えば、税金を財源とする社会扶助制度）のいずれかによってカバーされるとしている。[71]。

ILOでは、保健における社会保障政策の目的は、必要とするすべての人に基本的な保健サービスへのアクセスを提供することであり、「社会保障フロア」及び「普遍的社会保障（Universal Social Protection）」の概念の一部である[72]。この文脈で、ILOはUHCを「社会保障フロア[73]」によって対処される必要がある条件の一部とみなしている。さらに、UHCの実現に向け、健康保険（拋出型）に加え、（非拋出型手段による）医療行為による所得の喪失に対処することが必要であるとしている[74, 75]。また、ILOは、包括的な社会保障制度

の不可欠な構成要素として、社会的健康保障(Social Health Protection) [76]の概念を提唱している。社会的健康保障とは、苦難を伴わない質の高い医療への効果的なアクセスと、病気の場合の逸失利益を補償する所得保障を達成することを目的とした一連の公的または公的に組織され義務付けられた民間措置である。法的適用の改善や受給資格と効果的保護に関する意識の向上など、社会的健康保障措置の人口カバー率を改善することを目的としている。医療へのアクセスと所得保障の間の連携の改善とより良い調整は、健康の主要な決定要因に取り組むための緊急のニーズである[77]。ILOは、社会的健康保障は、経済的保護と医療サービスへの効率的なアクセスの重要性を強調するUHCの目的達成の中心であると結論付けている[77]。

3.3.2. 世界銀行

世界銀行は、社会保障を、貧困層や弱者が危機やショックに対処し、仕事を見つけ、子どもの健康や教育に投資し、高齢化社会を保護するための制度と定義し、人々の生活における苦難に対処するための社会的リスクマネジメント (SRM) の枠組みで社会保障を説明している [78]。SRMは、世界銀行の社会保障戦略2001のために開発された概念的枠組みであり[79]、2019年にSRN2.0に更新されている[78]。世界銀行は、社会保障が貧困緩和の最良の答えであり、弱者が投資して資産を蓄積し、その結果、貧困から脱出できるようにすることを示唆[65]、UHCをSRM2.0の目標を達成するために不可欠な幅広い社会保護政策の一部であると説明している[78]。また、社会保障サービスを、社会扶助(無拠出型)、社会保険(拠出型)、労働市場プログラム(3つの要素に分類している[35, 80-82])。社会扶助は、貧困と不平等を削減することを目的としており、条件付きおよび無条件の現金給付、食料および現物給付、学校給食プログラム、料金免除、対象補助金などを含む。社会保険は、突然の生活の変化の中で適切な生活水準を確保するもので、拠出型の老齢・遺族・障害年金、出産・父性手当、健康保険の適用などがある。

3.3.3. EU/OECD

EUやOECDは、社会保障をプロパ経済成長の効率的な要因として考えている[65]。Devereuxらが提案した社会保障策を採用することで、EU、OECDは、社会保障の役割は、貧困層の脆弱性の軽減をどのように進めるかという観点から、保護機能、予防機能、促進機能、変革機能の4つに分類されることを提案している [83]。リム・ジュンらは、この枠組みの中で、社会保障とUHCの関連性を次のように論じている[84]。(1) Protection: 所得や現物給付における保護的措置は、疾病時に経験する経済的・物質的困難を緩和し、社会的支援サービスを通じて既存の医療費補助を補完することができる。(2) Prevention: 予防的措置は、より広範な社会保険を通じて、健康への悪影響を防ぐことができる。(3) Promotion: 促進的措置は、教育、訓練、雇用を通じて、生計資産やエンパワーメントに貢献することで、人間の能力を向上させることができる。これらの施策は、経済的、人的、社会的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: 社会的包摂と女性のエンパワーメントを

促進する変革的措置は、変容力を持ち、アクセスと利用を阻む要因になりうる。これには、弱者の声を届けるための労働組合の強化、社会における広範な態度の変化を求める啓発キャンペーンの実施、あるいは特に女性のエンパワーメントを図るための政策の実施などが含まれる。

しかし、類似の組織的枠組みも数多く存在し、そのほとんどは補完的なものである[85]。現在及び将来の貧困から個人を積極的に保護する必要性を含め、社会保障 [78]の主要要素に関するコンセンサスが形成されてきている。主な対象者は、貧困層や貧困に対して脆弱な人々である。個人または世帯のライフサイクルにますます注意が払われるとともに、結果の「公正さ」を確保することと機会の不平等をなくすことの両方に取り組んでいる。社会保障とUHCの関連性については、ほとんどの組織が、社会扶助を含む幅広い社会保障サービスは、特に脆弱な人々の間で UHC の進展を加速させるために必要であると示唆している。

3.4. 社会保障とUHCに関する保健セクターにおける世界的な議論

UHCの文脈で社会保障に言及している論文は少ない。セクション3.1で述べたように、COVID-19 [5]や結核 [43, 44]を含む特定の疾患に対する対策について、いくつかの出版物がヒットすることがわかった。しかし、WHOによる社会保障に言及した他の出版物は、検索の過程で特定された文献の中には存在しなかった。世界保健総会 (WHA) の決議や決定、付属文書(annex)のレビューの結果、いくつかの文書に「社会保障」という用語が含まれていることがわかった。表1に示すように、結核、非伝染性疾患、COVID-19といった垂直的なプログラムから、健康の社会的決定要因、人的資源、難民・移民といった横断的なプログラムに至るまで、幅広い文書があった。社会扶助については、ワクチン、非感染性疾患、栄養、結核、障害など、いくつかの具体的なプログラムにおいて現金給付が言及されている。しかし、2016年から「社会扶助」の用語を含む決議はない。

議題や決議のタイトルに関して、12の議題と7つの決議のタイトルに「universal health coverage」という用語が含まれていることがわかったが、WHA66の議題「17.3 Universal Health Coverage」以外は、事務局文書と決議・決定には「社会保障」の用語が含まれていない(表2、3)。WHA66.17.3では、UHCに向けた進捗状況の報告、特に公平で持続可能な保健資金調達と保健の社会保障に関する報告を求める前回のWHA決議の要請を再認識したものである[86]。要約すると、社会保障はWHAの広範な決議と付属書で言及されているが、社会的扶助に関する議論は、COVID-19と結核に関するいくつかの垂直プログラムに限られている。また、これまでのWHAでは、UHCに向けた推進状況を報告する以外、UHCアジェンダや関連する決議・決議の下での社会保障との連携・協力の必要性についてはほとんど議論されていない。

3.5. 東南アジア諸国における社会保障とUHCの現状

UHCの達成度を、UHCサービス・カバレッジ・インデックスで見ると、カンボジア、インドネシ

アが50-60%、ベトナムは75%、タイは80%を達成している (ILO. Extending social health protection. 2021)。

表 1. 東南アジア諸国の社会保障カバレッジ

Region/ Income level	SDG indicator 1.3.1 - Population covered by at least one social protection benefit (excluding health)	Children ^a	Mothers with newborns ^b	Persons with severe disabilities ^c	Unemployed ^d	Older persons ^e	Workers in case of work injury ^f	Vulnerable persons in need of social assistance ^g	Labour force covered by pension scheme (active contributors) ^h	SDG 3.8.1 - Universal health coverage ⁹
Cambodia	6.2	4.5	...	70.1	0.0	0.1	17.2	4.3	2.9	60.0
Indonesia	27.8	25.6	28.4	2.5	0.0	14.8	22.5	16.5	24.0	57.0
Viet Nam	38.8	...	44.0	83.5	66.6	40.9	26.2	24.6	26.2	75.0
Thailand	68.0	21.0	40.0	92.0	61.0	89.1	31.0	54.3	42.0	80.0

World Social Protection Report 2020-22: Social protection at the crossroads - In pursuit of a better future
<https://www.social-protection.org/gimi/ShowWikiAction?id=579>

一方、社会保障制度も年々拡充されてきており、「少なくとも一種類の社会保障制度で保護されている人口の割合」(SDG指標1.3.1)、「社会扶助でカバーされている脆弱層の割合」は、それぞれ、カンボジアが6.2%と4.3%、インドネシアが27.8%と16.5%、ベトナムが38.8%と24.6%、タイが68.0%と54.3%となっている (表 1. ILO. World Social Protection Report 2020-22)。

カンボジアでは、社会保障全体のカバレッジは低いレベルにあるが、様々な脆弱層を対象とした社会扶助は、比較的拡大が進んでいるとされる (ADB. 2022)。その一方で、様々な社会扶助スキームがバラバラに存在することが課題の一つとして指摘されている。

インドネシアの社会扶助は過去20年以上にわたって拡大を続けてきた。近年は現物給付から現金給付 (PKH, PIP等) にシフトしてきている。対象人口の拡大、縦割りプログラムに関連する課題の克服等が課題とされている (WB. Investing In People: Social Protection For Indonesia's 2045 Vision, 2020)。

ベトナムの社会扶助は、過去15年にわたって拡大を続け、仕事ができず家族の支援が得られない人々にとっての最後の手段から、より広範な人口にとってのセーフティネットになりつつある。その一方で、様々なスキームが縦割りに作られて来たことから、申請者だけでなく行政官にとっても非常に複雑で利用しづらいことが指摘されている (WB. Vision for the 2030 social protection system in Vietnam. 2019)。

タイの社会保障制度は、13桁の個人IDを基盤としたシステムが確立している (WB. Towards social protection 4.0: An assessment of Thailand's social protection and labor market systems. 2021)。社会扶助については、State Welfare Card (SWC) プログラムやChild Support Grant (CSG) が基礎的なセーフティネットとして中心的な役割を果たしている。

D. 考察

いくつかの報告によると、社会保険の効果は脆弱な人々には限定的であるが、社会扶助は脆弱な人々を含む医療サービスの利用を改善するのに有効であることが報告されている。また、社会扶助は危機的状況において、生活への影響から守るだけでなく、医療サービスの利用を促進するためにも重要であると報告されている。このことは、社会扶助プログラムが、特に脆弱な人々の間で、UHC

を促進する上で有効である可能性を示唆している。社会保障の定義に統一されていないが、現在および将来の貧困や苦難に対する予防的なサービスであり、社会保険と社会扶助から構成されるという共通の見解が存在する。UHCの実現に向けて、国連、ILO、世銀は、社会保険だけでなく、社会扶助も含めた社会保障の重要性を議論している。しかし、WHOでは、幅広い社会保障サービスの重要性について、結核・HIV/AIDS・COVID-19に関する議論が始まっているが、UHCの関連性に関する報告書や文書は少ない。このことは、包括的な社会保障の重要性や健康との関連性が、UHCの進捗状況を報告する以上に、UHCを目指した健康政策を策定するための各国のガイダンスに反映される可能性が低いことを示唆している。

表 2. WHOの決議や決定における社会保護や社会扶助の単語の出現率

WHA	Year	Number	Title	SP*SA*
			The global burden of mental disorders, and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level	2 0
WHA65	2012	WHA65.4	Outcome of the World Conference on SDH	1 0
		ANNEX 2	Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition	5 2
		ANNEX 4	Global vaccine action plan	1 2
		WHA66.9	Disability	1 0
WHA66	2013	ANNEX 3	Comprehensive mental health action plan 2013-2020	3 0
		ANNEX 4	Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases (NCDs) 2013-2020	4 1
		WHA67.1	Global strategy and target for tuberculosis (TB) prevention, care and control after 2015	1 0
WHA67	2014	WHA67.20	Regulatory system strengthening for medical products	1 0
		ANNEX 1	Global strategy and targets for TB prevention, care and control after 2015	17 1
		ANNEX 3	WHO global disability action plan 2014-2021	6 3
WHA68	2015	ANNEX 6	Outcome of the second international conference on nutrition	6 1
		WHA69.11	Health in the 2030 agenda for sustainable development	1 0
		ANNEX1	Global strategy and action plan on aging and health 2016-2020	5 0
WHA69	2016	ANNEX7	Global strategy on human resources for health: workforce 2030	1 0
		ANNEX8	Global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexual transmitted infections for the period 2016-2021	1 0
		ANNEX 2	Working for health. Five-year plan for health employment and inclusive economic growth 2017-2021	4 0
WHA70	2018	ANNEX 4	Framework of priorities and guiding principles to promote the health of refugees and migrants	2 0
		ANNEX 1	WHO Global Conference on NCDs pursuing policy coherence to achieve SDG target 3.4 on NCDs	1 0
WHA71	2019	ANNEX 2	First WHO global ministerial conference on "Ending TB in the sustainable development era: a multisectoral response"	1 0
WHA72	2020	ANNEX 5	Global action plan on promoting the health of refugees and migrants, 2019-2023	3 0
WHA73	2021	WHA73.1	COVID-19 Response	1 0
		WHA74.14	Protecting, safeguarding and investing in the health and care workforce	2 0
WHA74	2022	WHA74.16	SDH	1 0
		WHA74.17	Ending violence against children through health systems strengthening and multisectoral approaches	1 0

表 3. 世界保健総会で、Universal Health Coverageをタイトルに掲げ、social protectionという単語を使用した議題

WHA	Year	Agenda Number and Title	Document	SP*
WHA66	2013	17.3 Universal Health Coverage	A66/24	1
		15.7 Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage	A67/33	0
WHA67	2014	15.8 Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage	A67/34	0
WHA68	2015	17.1 Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage	A68/31	0
WHA69	2016	17 Progress Report: F. Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage	A69/43	0
WHA70	2017	17 Progress Report: K. Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage	A70/38	0
WHA71	2018	NP		0
		11.5 Universal health coverage. Primary health care towards universal health coverage	A72/12	0
		11.5 Universal health coverage. Community health workers delivering primary health care: opportunities and challenges	A72/13	0
WHA72	2019	11.5 Universal health coverage. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage	A72/14	0
		12.9 Emergency and trauma care Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured	A72/31	0
WHA73	2020	11.2 Follow-up to the high-level meetings of the United Nations General Assembly on health-related issues. Universal health coverage: moving together to build a healthier world	A73/4 EB146/6	0
WHA74	2021	33 Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured	A74/39	0
WHA75	2022	NP		0

表 4. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジをタイトルに含む世界保健総会での決議/決定、および「社会的保護」の言葉の出現

WHA	Year	Number	Title	SP*
WHA66	2013	WHA66.23	Transforming health workforce education in support of universal health coverage	0
		WHA67.23	Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage	0
WHA67	2014	WHA67.24	Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage	0
WHA68	2015	WHA68.15	Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage	0
WHA69	2016	WHA69.1	Strengthening essential public health functions in support of the achievement of universal health coverage	0
WHA72	2019	WHA72.4	Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage	0
		WHA72.16	Emergency care systems for universal health coverage: ensuring timely care for the acutely ill and injured	0

社会保障のカバー率は、特に低・中低所得国において、現状では低い。2018年の世界銀行の報告書[82]によると、社会保険制度は高所得国でより普及しており、最貧困層5分位の60%をカバーしている。一方、低所得国では、この種のプログラムでカバーされているのは、最貧困層5分位のわずか2%である。社会扶助は、それぞれの国の貧困層を対象とした社会保障プログラムの中ではカバー率が高い。しかし、高所得国では社会扶助による貧困層のカバー率が最も高い(76%)のに対し、低所得国では18%に過ぎないなど、各国の固有の状況に関連したカバー率のギャップがある。国連は、低所得国の社会保障のカバー率が低い理由として、次のようなことが考えられると説明している (1) 住民登録制度に登録されていない非正規労働者が多い、(2) 権利擁護の能力が低く、利用可能な社会保障サービスに関する情報が不足している、(3) 社会経済的地位が低いこと意識が低い、(4) 居住地とサービスポイントの距離が大きい、(5) 交通

費や手続き費用などの必要経費が大きい、(6) 差別により権利から排除されている。(7) サービスポイントのサービスが不親切である[87]、などである。これらの要因は、特に社会的弱者の間で、サービスの利用を妨げる要因となり得る。

これらの知見を踏まえ、脆弱な人々に対する社会扶助や保健サービスを含む社会保障のカバー率を改善するために、いくつかの方策を検討する必要がある。我々は、移民が脆弱な集団と考えられていることから、移民のための移民統合政策指数(MIPEX)保健医療領域(Health Strand)[88]の枠組みを用いてこれらの対策を分類した。MIPEX保健医療領域は、EUの支援のもと開発された指標で、移民の健康に関連する政策の公平性を、(A) 保健サービスへの利用資格(Entitlement)、(B) 保健サービスへのアクセスしやすさ(Accessibility)、(C) 人々のニーズへの対応力(Responsiveness)、(D) 変化を促すための方策(Measures to promote change)という4つの視点から測定している。この枠組みを採用したのは、移民だけでなく、他の脆弱な人々にとっても、社会保障や保健サービスへのアクセスに影響を与える重要な要因を包含しているためである。さらに、このフレームワークは、図2に示すように、社会保障と保健サービスの相乗効果のポイントを特定するのに役立つ。

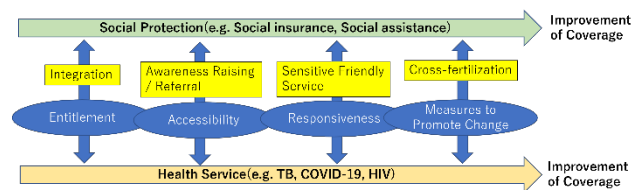


図2. 社会的弱者への社会保障と保健サービスの相乗効果。

“利用資格”については、困っている人々のターゲットティング、登録、給付とサービスの内容、必要な資源配分などに関する社会保障と保健システムを適切に設計することが求められる。これらを、社会保障と保健サービスと間で部分的に統合することは、両者のカバレッジの改善に寄与する可能性がある。長期的には、予想されるサービスの受給者を迅速に特定するために、十分に機能する市民登録システムを確立する必要がある。

“保健サービスへのアクセスしやすさ”の改善には、給付やサービスに対する利用資格に関する情報が脆弱な人々にも理解できる方法で届くようにすることが重要である。また、ピアワーカー、コミュニティリーダー、ボランティア、相談窓口などは、アクセスを支援するナビゲーターとして、社会的・文化的・言語的・行政的障壁に対処したり、必要なサービス提供場所を紹介したりする上で大きな役割を果たすことができる。これらのナビゲーターや文化的仲介者は、単一のサービスだけでなく、社会保障や保健サービスにわたるさまざまなサービスへのアクセスを改善し、機会を最大化することができる。

サービスの提供地点では、受給者の”ニーズへの対応力”を介入に考慮する必要がある。脆弱な人々は、過去にサービスを利用した際のトラウマ的な経験など、複合的な心理社会的問題を抱えている傾向があるため、サービス提供は脆弱な人々

にとって敏感で親しみやすいものになるよう設計されなければならない。脆弱な人々に配慮し、親しみやすいサービスを提供するための一つのプログラムの経験は、社会保障と保健サービス全体で広く共有され生かされるべきである。

最後に、”変化を促進するための方策”として、プログラムへの脆弱な人々の包摂、モニタリングと評価、調査研究、アドボカシー、中央と地方レベルの多部門調整、健康の社会的決定要因への対応、社会的連帯経済（SSE）等が挙げられる [89]。カバレッジを含めた成果を最大化するためには、これらの各施策の進歩を社会保障と保健サービスとの間で相互肥沃化するべきである。脆弱な人々に対するこうした相乗効果の一部は、結核・HIV・COVID-19といった特定の健康問題への取り組みにおいて観察されている。UHCの達成に向けて包括的な方法で幅広い健康ニーズに対応するために、これらの経験を共有し、拡大する必要がある。

上記の知見・考察を踏まえ、社会保障とUHCの関連性、および社会保障の適用を促進するための重要な要因を説明する図を作成した（図3）。「利用資格」を適切に運用する上では、登録、ターゲットイング、サービスの種類など、社会保障システムを適切に設計する必要があり、政府やドナーの役割が大きい。また、質の高い社会保障サービスのカバレッジを拡大するために、「変化を促進するための措置」を実施することも重要である。脆弱な人々のサービスへの「アクセシビリティ」を確保する上では、市民社会やコミュニティが重要な役割を果たす。また、サービスは脆弱な人々に配慮された形で差別なく提供されるべきである（人々のニーズへの対応）。私たちは、社会保障からUHCへの実行可能な道筋として、EUモデル「予防、保護、促進、変革」を採用した。このモデルは包括的で、開発だけでなく緊急事態における社会保障の役割も説明しているためである。健康の社会的決定要因（SDH）は、健康な生活の公平な追求とすべての人のための保健サービスの提供の両方にとって中心であり [90]、推進と変革の視点はこのモデルのSDHに大きな影響を与えることができると考えている。このモデルは、社会保障サービスを向上させるための可能な方策と、UHC達成に向けた目標を一つの図で示すことができるという利点がある。

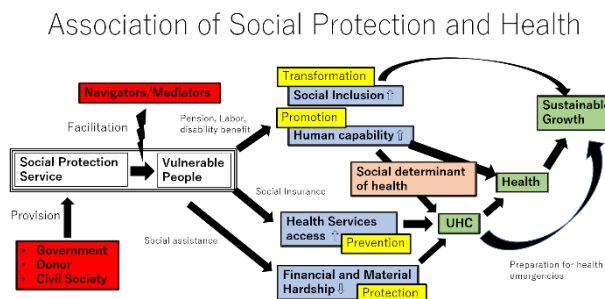


図3. 社会保障と UHC の関連性、および社会保障の適用を促進するための重要な要素

結果の3.5.で触れたように、東南アジア諸国においては、社会扶助を含めた社会保障制度が発展して来ている。誰一人取り残さないUHCの実現に向けて、脆弱層に焦点をあてた社会扶助と保健医療の連携協力が、今後ますます重要な課題となって

くると考えられる。

当然ながら、本研究にはいくつかの限界がある。まず、移民、ホームレス、高齢者など特定の脆弱な集団における社会保障の関連性を分析していない。異なる集団は異なる問題を抱えているため、各集団に特化した検討を行う必要がある。また、地域や国ごとの文化や制度的背景などは考慮に入れておらず、多角的な視点からのケーススタディを含めた包括的な研究が求められよう。

E. 結論

保健医療サービスと社会扶助を含む社会保障制度が、低中所得国においても徐々に拡大・拡充してきたが、2030年のUHC達成に向け、脆弱層に十分配慮した対策をたてる時期に来ている。保護、予防、促進、変革の観点から、社会保障の包括的な拡充を目指すとともに、保健サービスへの利用資格、保健サービスへのアクセスしやすさ、人々のニーズへの対応力、変化を促すための方策といった視点から、社会扶助を含む社会保障と保健医療との連携・協力のあり方を検討する必要がある。

F. 参考文献

1. Open Working Group for the UN General Assembly. *Open Working Group Proposal for Sustainable Development Goals*; UN: New York, NY, USA, 2014.
2. United Nations. *Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019. 74/2. Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage*; UN: New York, NY, USA, 2019.
3. World Health Organization. *Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report*; WHO: Geneva, Switzerland, 2021.
4. Green, H.; Fernandez, R.; MacPhail, C. The social determinants of health and health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Public Health Nurs.* **2021**, *38*, 942–952.
5. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. *Actions for Consideration in the Care and Protection of Vulnerable Population Groups for COVID-19*; WPRO: Manila, Philippines, 2020.
6. Balogun, J.A. The epidemiology of COVID-19: A review. *Afr. J. Reprod. Health* **2020**, *24*, 117–124.
7. Baggett, T.P.; Keyes, H.; Sporn, N.; Gaeta, J.M. COVID-19 outbreak at a large homeless shelter in Boston: Implications for universal testing. *medRxiv* **2020**. <https://doi.org/10.1101/2020.04.12.20059618>.
8. Kutzin, J.; Yip, W.; Cashin, C. Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage. In *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*; University of California: Berkeley, CA, USA, 2016.
9. Carrin, G.; Waelkens, M.P.; Criel, B. Community-based health insurance in developing countries: A study of its contribution to the performance of health financing systems. *Trop. Med. Int. Health* **2005**, *10*, 799–811.
10. Osei Afriyie, D.; Krasniq, B.; Hooley, B.; Tediosi, F.; Fink, G. Equity in health insurance schemes enrollment in low and middle-income countries: A

- systematic review and meta-analysis. *Int. J. Equity Health* **2022**, *21*, 21.
11. Marwa, B.; Njau, B.; Kessy, J.; Mushi, D. Feasibility of introducing compulsory community health fund in low resource countries: Views from the communities in Liwale district of Tanzania. *BMC Health Serv. Res.* **2013**, *13*, 298.
 12. Umeh, C.A. Identifying the poor for premium exemption: A critical step towards universal health coverage in Sub-Saharan Africa. *Glob. Health Res. Policy* **2017**, *2*, 2.
 13. Salari, P.; Akweongo, P.; Aikins, M.; Tediosi, F. Determinants of health insurance enrolment in Ghana: Evidence from three national household surveys. *Health Policy Plan.* **2019**, *34*, 582–594.
 14. Soors, W.; Dkhimi, F.; Criel, B. Lack of access to health care for African indigents: A social exclusion perspective. *Int. J. Equity Health* **2013**, *12*, 91.
 15. UN Women. *Universal Health Coverage, Gender Equality and Social Protection: A Health Systems Approach*; UN Women: New York, NY, USA, 2020.
 16. Gentilini, U. *What Lessons for Social Protection from Universal Health Coverage?* World Bank: Washington, DC, USA, 2018. Available online: <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/what-lessons-social-protection-universal-health-coverage> (accessed on).
 17. World Health Organization. *Sixty Fifth World Health Assembly Resolutions and Decisions, Annexes*; WHO: Geneva, Switzerland, 2012.
 18. World Health Organization. *Sixty Sixth World Health Assembly Resolutions and Decisions, Annexes*; WHO: Geneva, Switzerland, 2013.
 19. World Health Organization. *Sixty Seventh World Health Assembly Resolutions and Decisions, Annexes*; WHO: Geneva, Switzerland, 2014.
 20. World Health Organization. *Sixty Eighth World Health Assembly Resolutions and Decisions, Annexes*; WHO: Geneva, Switzerland, 2015.
 21. World Health Organization. *Sixty Ninth World Health Assembly Resolutions and Decisions, Annexes*; WHO: Geneva, Switzerland, 2016.
 22. World Health Organization. *Seventieth World Health Assembly Resolutions and Decisions, Annexes*; WHO: Geneva, Switzerland, 2017.
 23. World Health Organization. *Seventy First World Health Assembly Resolutions and Decisions, Annexes*; WHO: Geneva, Switzerland, 2018.
 24. World Health Organization. *Seventy Second World Health Assembly Resolutions and Decisions, Annexes*; WHO: Geneva, Switzerland, 2019.
 25. World Health Organization. *Seventy Third World Health Assembly Resolutions and Decisions, Annexes*; WHO: Geneva, Switzerland, 2020.
 26. World Health Organization. *Seventy Fourth World Health Assembly Resolutions and Decisions, Annexes*; WHO: Geneva, Switzerland, 2021.
 27. World Health Organization. *World Health Assembly Second Special Session Resolutions and Decisions, Annexes*; WHO: Geneva, Switzerland, 2021.
 28. United Nations Research Institute for Social Development. *Poverty Reduction and Policy Regimes Thematic Paper: Social Protection and Poverty*; UNRISD: Geneva, Switzerland, 2010.
 29. Comfort, A.B.; Peterson, L.A.; Hatt, L.E. Effect of health insurance on the use and provision of maternal health services and maternal and neonatal health outcomes: A systematic review. *J. Health Popul. Nutr.* **2013**, *31* (Suppl. 2), 81–105.
 30. Carter, B., Roelen, K., Enfield S.; Avis, W. *Social Protection Topic Guide*; IDS University of Birmingham: Birmingham, UK, 2019.
 31. Spaan, E.; Mathijssen, J.; Tromp, N.; McBain, F.; Have, A.T.; Baltussen, R. The impact of health insurance in Africa and Asia: A systematic review. *Bull. World Health Organ.* **2012**, *90*, 685–692.
 32. Acharya, A.; Vellakkal, S.; Taylor, F.; Masset, E.; Satija, A.; Burke, M.; Ebrahim, S. *The Impact of Health Insurance Schemes for the Informal Sector in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review*; Policy Research Working Paper; WB: Washington, DC, USA, 2013.
 33. United Kingdom Foreign Commonwealth and Development Office FCDO Institute of Development Studies IDS University of Birmingham. *Social Protection Topic Guide*; IDS University of Birmingham: Birmingham, UK, 2019.
 34. World Bank. *The Impact of Health Insurance Schemes for the Informal Sector in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review*; WB: Washington, DC, USA, 2013.
 35. World Bank. *World Bank Support for Social Safety Nets 2007–2013*; WB: Washington, DC, USA, 2014.
 36. World Bank. *Social Safety Nets in World Bank Lending and Analytical Work: FY2002–2007*; WB: Washington, DC, USA, 2008.
 37. World Bank. *For Protection and Promotion: The Design and Implementation of Effective Safety Nets*; WB: Washington, DC, USA, 2008.
 38. Adato, M.B.L. Social protection to support vulnerable children and families: The potential of cash transfers to protect education, health and nutrition. *AIDS Care* **2009**, *21* (Suppl. 1), 60–75.
 39. Bastagli, F.; Hagen-Zanker, J.; Harman, L.; Barca, V.; Sturge, G.; Schmidt, T. *Cash Transfers: What Does the Evidence Say? A Rigorous Review of Impacts and the Role of Design and Implementation Features*; ODI: London, UK, 2016.
 40. Hunter, B.M.; Harrison, S.; Portela, A.; Bick, D. The effects of cash transfers and vouchers on the use and quality of maternity care services: A systematic review. *PLoS ONE* **2017**, *12*, e0173068.
 41. Glassman, A.D.D.; Fleisher, L.; Singer, D.; Sturke, R.; Angeles, G.; Charles, J.; Emrey, B.; Gleason, J.; Mwebwa, W.; Saldana, K.; et al. Impact of conditional cash transfers on maternal and newborn health. *J. Health Popul. Nutr.* **2013**, *31* (Suppl. 2), 48–66.
 42. Owusu-Addo, E.; Renzaho, A.M.N.; Smith, B.J. The impact of cash transfers on social determinants of health and health inequalities in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Health Policy Plan.* **2018**, *33*, 675–696.

43. Lönnroth, K.; Glaziou, P.; Weil, D.; Floyd, K.; Uplekar, M.; Raviglione, M. Beyond UHC: Monitoring health and social protection coverage in the context of tuberculosis care and prevention. *PLoS Med.* **2014**, *11*, e1001693.
44. Oh, K.H.; Rahevar, K.; Nishikiori, N.; Viney, K.; Choi, H.; Biermann, O.; Kim, H.J.; Nou, C.; Kim, S.; Zhu, G.; et al. Action towards Universal Health Coverage and Social Protection for Tuberculosis Care and Prevention: Workshop on the End TB Strategy Pillar 2 in the Western Pacific Region 2017. *Trop. Med. Infect. Dis.* **2018**, *4*, 3.
45. United Nations Children's Fund. *HIV and Social Protection Guidance Note*; UNICEF: New York, NY, USA, 2011.
46. Ann Nolan, I.A. *Social Protection in the Context of HIV and AIDS*; OECD: Paris, France, 2009.
47. Toska, E.; Gittings, L.; Hodes, R.; Cluver, L.D.; Govender, K.; Chademana, K.E.; Gutiérrez, V.E. Resourcing resilience: Social protection for HIV prevention amongst children and adolescents in Eastern and Southern Africa. *Afr. J. AIDS Res.* **2016**, *15*, 123–140.
48. van der Wal, R.; Loutfi, D.; Hong, Q.N.; Vedel, I.; Cockcroft, A.; Johri, M.; Andersson, N. HIV-sensitive social protection for vulnerable young women in East and Southern Africa: A systematic review. *J. Int. AIDS Soc.* **2021**, *24*, e25787.
49. United Nations. *A UN Framework for the Immediate Socio-Economic Response to COVID-19*; UN: New York, NY, USA, 2020.
50. Highet, M. Rapid scoping review on the topic of ensuring social protection and basic services to inform the United Nations framework for the immediate socioeconomic response to COVID-19. *Int. J. Health Serv.* **2021**, *51*, 462–473.
51. United Nations. *Thematic Brief on Social Protection*; UN: New York, NY, USA, 2021.
52. World Bank. *Protecting People and Economies: Integrated Policy Responses to COVID-19*; WB: Washington, DC, USA, 2020.
53. International Labor Organization. *Towards Solid Social Protection Floors? The Role of Non-Contributory Provision during the COVID-19 Crisis and Beyond*; ILO: Geneva, Switzerland, 2021.
54. United Nations Children's Fund. *Social Protection & Child Protection: Working Together to Protect Children from the Impact of COVID-19 and Beyond*; UNICEF: New York, NY, USA, 2020.
55. Baptista, I.; Marlier, E.; Spasova, S.; Peña-Casas, R.; Fronteddu, B.; Ghailani, D.; Sabato, S.; 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)*; EU: Luxembourg, 2021.
56. Barron, G.C.; Laryea-Adjei, G.; Vike-Freiberga, V.; Abubakar, I.; Dakkak, H.; Devakumar, D.; Johnsson, A.; Karabey, S.; Labonté, R.; Legido-Quigley, H.; et al. Safeguarding people living in vulnerable conditions in the COVID-19 era through universal health coverage and social protection. *Lancet Public. Health* **2022**, *7*, e86–e92.
57. Blofield, M.; Knaul, F.M.; Calderón-Anyosa, R.; Peterman, A.; Franzoni, J.M.; O'Donnell, M.; Bustreo, F. A diagonal and social protection plus approach to meet the challenges of the COVID-19 pandemic: Cash transfers and intimate partner violence interventions in Latin America. *Lancet Glob. Health* **2022**, *10*, e148–e153.
58. European Commission. *Reference Document No. 26 on Social Protection across the Humanitarian-Development Nexus: Supplementary Volume of Operational Notes*; EU: Brussels, Belgium, 2019.
59. The United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. *Social Protection Floors and Economic and Social Rights*; UNOHCA: Geneva, Switzerland, 2019.
60. United Nations Children's Fund. *Programme Guidance: Strengthening Shock Responsive Social Protection Systems*; UNICEF: New York, NY, USA, 2019.
61. World Bank. *Complementing Natural Disasters Management: The Role of Social Protection*; WB: Washington, DC, USA, 2006.
62. World Bank. *Crisis Response in Social Protection*; WB: Washington, DC, USA, 2012.
63. European Commission. *SPaN 2019 Operational Note 6 Health and Education*; EU: Brussels, Belgium, 2019.
64. Devereux, S.; Roelen, K.; Ulrichs, M. *Where Next for Social Protection? IDS Evidence Report 124*; Institute for Development Studies (IDS): Centre for Social Protection (CSP). University of Sussex: 2015.
65. Brunori, P.; O'reilly, M. *Social Protection for Development: A Review of Definitions*; European University Institute, EUI: Fiesole, Italy, 2010.
66. International Labor Organization. *World Social Protection Report 2017–19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*; ILO: Geneva, Switzerland, 2017.
67. Somavia, J. *The Global Financial Crisis and Its Impact on the Work of the UN System*; UN System Chief Executives Board for Coordination: Geneva, Switzerland, 2009.
68. International Labor Organization. *Social Protection Floor Initiative: Manual and Strategic Framework for Joint UN Country Operations*; ILO: Geneva, Switzerland, 2009.
69. International Labor Organization. *Social Security for All. Building Social Protection Floors and Comprehensive Social Security Systems*; ILO: Geneva, Switzerland, 2012.
70. International Labor Organization. *The Social Protection Floor Initiative*; ILO: Geneva, Switzerland, 2012.
71. Scheil-Adlung, X. Response to health inequity: The role of social protection in reducing poverty and achieving equity. *Health Promot. Int.* **2014**, *29* (Suppl. 1), i59–i67.
72. International Labor Organization. *Universal Social Protection for Human Dignity, Social Justice and Sustainable Development*; ILO: Geneva, Switzerland, 2019.
73. International Labor Organization. *Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles*; ILO: Geneva, Switzerland, 2020.

74. International Labor Organization. *Universal Health Protection: Progress to Date and the Way Forward*; ILO: Geneva, Switzerland, 2014.
75. International Labor Organization. *Addressing the Global Health Crisis: Universal Health Protection Policies*; ILO: Geneva, Switzerland, 2014.
76. International Labour Organization. "Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care", *Social Security Policy Briefing*; ILO: Geneva, Switzerland, 2008.
77. International Labour Organization. *World Social Protection Report 2020–22: Social Protection at the Crossroads—in Pursuit of a Better Future*; ILO: Geneva, Switzerland, 2021.
78. World Bank. *Social Protection in an Era of Increasing Uncertainty and Disruption: Social Risk Management 2.0*; WB: Washington, DC, USA, 2019.
79. Holzmann, R.; Jørgensen, S. Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond. In *Social Protection Unit, Human Development Network*; The World Bank: Washington, DC, USA, 2000.
80. World Bank. *State of Social Security Nets 2014*; WB: Washington, DC, USA, 2014.
81. World Bank. *The State of Social Safety Nets 2015*; WB: Washington, DC, USA, 2015.
82. World Bank. *The State of Social Safety Nets 2018*; WB: Washington, DC, USA, 2018.
83. Stephen Devereux and Rachel Sabates Wheeler. *Transformative Social Protection*; IDS Working Paper 232; Institute of Development Studies: Brighton, UK, 2004.
84. Rim, J.Y.; Tassot, C. *Towards Universal Social Protection. Lessons from the Universal Health Coverage Initiative*; OECD: Paris, France, 2019.
85. Devereux, S.A.G.; Abdulai, J.; Cuesta, J.; Gupte, L.R.; Ragno, K.; Roelen, R.; SabatesWheeler, T. *Spadafora Can Social Assistance (with a Child Lens) Help in Reducing Urban Poverty in Ghana? Evidence, Challenges and the Way Forward*; UNICEF: New York, NY, USA, 2018.
86. World Health Organization. *Sixty-Sixth World Health Assembly Provisional Agenda Item 17.3: Universal Health Coverage*; WHO: Geneva, Switzerland, 2013.
87. United Nations. *Promoting Inclusion Through Social Protection_Report on the World Social Situation 2018*; UN: New York, NY, USA, 2018.
88. Migrant Integration Policy Index 2020. Addition of Health Strand to the Migrant Integration Policy Index. Available online: <https://www.mipex.eu/addition-health-strand-migrant-integration-policy-index> (accessed on).
89. UN Inter-agency Taskforce on Social and Solidarity Economy. *What Role for the Social and Solidarity Economy in the Post-COVID-19 Crisis Recovery*; UNTFSS: New York, NY, USA, 2020.
90. Vega, J.; Frenz, P. Integrating social determinants of health in the universal health coverage monitoring framework. *Rev. Panam. Salud Publica* 2013, 34, 468–472.

G.研究発表

学会発表：なし

論文発表：

Yokobori Y.; Kiyohara H.; Mulati N.; Lwin K.S.; Bao T.Q.Q.; Aung M.N.; Yuasa M.; Fujita M. Roles of Social Protection to Promote Health Service Coverage among Vulnerable People toward Achieving Universal Health Coverage: A Literature Review of International Organizations. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023, 20, 5754. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095754>

H.知的財産権の出願・登録状況：なし

令和4年度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

分担研究報告書 UHC 達成のための患者負担のあり方と影響に関する研究

分担研究者 岡本悦司(福知山公立大学)

研究要旨

【目的】UHCの財源の持続可能性を確保するには、負担と給付という2面性があり、うち給付面の重要な要素として患者負担(給付率の逆数)をいかに設定するか、という課題がある。

【背景】日本は皆保険制で先駆したのみならず、患者負担と医療費総額の膨張効果との関連を二次式で示す、いわゆる「長瀬効果」で医療経済研究面でも先鞭をつけたが、百年近くたった今日、患者負担の及ぼす効果については、医療費のみならず受療行動や健康水準等様々な指標との関連こそ重視され研究されるようになった。

【方法】患者負担と医療費や健康水準、受療行動等様々な指標との関連のシステマティックレビュー文献を収集し、患者負担のこれら指標に及ぼす効果を総括した。

【結果】多数の研究を総合したシステマティックレビューによると、患者負担は医療需要や医療費を確実に減少させるが、医療の質低下や貧困者の受療阻害といった副作用も大きい。

【結論】UHCは潜在的な医療需要を掘り起こし、医療費と財政負担の膨張をもたらす。患者負担の増は医療費抑制手段として安易に利用されるが、副作用も大きく貧困者への影響や医療の質等への様々な影響を加味しつつ慎重に判断すべきである。

A. 研究目的

UHCの重要な3特性として、人口カバー率、給付範囲、給付率の3次元があり、キューブの形で示される。キューブの体積が、医療費総額を表すが、医療費総額は、これら3次元の組み合わせによっては膨張し、財源の持続可能性を危うくさせることがありうる。

とりわけ給付率(かかった医療費総額のうち患者が負担すべき割合を除いた、保険者から給付される割合)は、家計を医療費負担から保護する上で重要な指標となる。もちろん100%が理想だが、100%すなわち医療費の無償化は医療費の無駄な膨張をまねき、財源を危うくする。この意味でも、日本はアジア諸国のUHCの模範として貴重な教訓を与えることができ、また近年のUHCの普及に伴って、最新の研究成果も報告されつつ

ある。

B. 研究方法

UHCの財政的持続可能性の重要な条件として給付率と関連する様々なアウトカム(医療費や治療効果、健康水準や死亡率等)との関連をPubMed等で検索し、文献をレビューした。

C. 研究結果

1. 日本の経験(いわゆる長瀬効果)

患者負担割合と医療費の膨張効果の研究について、日本は国際的にも先鞭をつけている。当時保険技師であった長瀬恒蔵が「傷病統計論[1]」の中で、患者負担割合と医療費膨張との関係を二次方程式で表現できることを刊行したのは実に1935年のことであった。当時の日本は、患者負担割合が異な

る様々な保険制度が林立しており、それらの保険制度の一人当たり医療費水準を比較することによって長瀬は独自に方程式を編み出した。そうした患者負担割合による医療費膨張効果は日本において「長瀬効果」と呼ばれるようになり、現在においても、たとえば小児医療の患者負担割合を公費助成によって減じた場合に、長瀬効果によって生じる医療費膨張額は国庫補助の対象とはしない、という補助金の計算法に使われている。残念ながら、この国際的にもパイオニアというべき長瀬の功績は、現在の国際的な医療経済研究者の間でもほとんど知られていない。

日本における、生活保護法の医療扶助レセプトにプロペンシティ(傾向得点)マッチングを適用した分析でも、患者負担の無い医療扶助が適用されることによって外来医療費は17.5~22.9%膨張し、月間の医師受診率は23.1~27.8%増加する、と報告されている[2]。いわゆる長瀬効果は、一国が皆保険制を設計するとき、その財源と財政を検討する上で重要な保険数理上の原理として、国立保健医療科学院でのUHC研修でもカリキュラム上の重要項目として教育されてきた[3]。

しかしながら、長瀬の研究も、あくまで観察研究であってRCTのような厳格な評価に絶える手法でなかったこと、単純に患者負担と医療費との関連を分析しただけ、という限界がある。価格弾性とか健康水準への影響といった現在の医療経済研究では常識とされる分析も百年近く前には想像すらできなかったであろうことを考えればやむをえなかった。

しかしながら、レセプト電子化が進み、実

証的な医療経済研究が可能となった今日においてもなお、医療政策をめぐるのは〇割といった負担率ばかりが論議の中心となり、そうした患者負担が、たとえば所得階層によって受療行動にどう影響するか、医療の質への影響は、といった実証的な論議がなされない、という点で日本の医療経済研究も医療政策も、UHCを推進している途上国と比較しても大きく立ち遅れてしまったこともまた事実である。

2. 国際的なシステマティックレビュー

患者負担割合と医療費膨張との関連は医療経済分野でも関心の高い分野であり、様々な研究を統合するシステマティックレビューが熱心に行なわれているので、国際雑誌でとりあげられたレビューのいくつかをとりあげる。

2.1 患者負担の医療需要、健康状態そして所得再分配との関連

デンマークの研究者らにより、患者負担が患者の受療行動に与える影響を1990~2011年に刊行された47編を対象にシステマティックレビューされた[4]。本論文は2部からなっており、前半は患者負担の影響に関する研究で出発点となる、いわゆるRAND医療保険実験の評価、そして後半は47編の論文のシステマティックレビューとなっている。

2.1.1 RAND 医療保険実験の検討

研究者らは1974年11月~77年2月に米国政府が医療政策のシンクタンクであるRANDコーポレーションに委託して実施した患者負担の効果に関する社会実験(RAND医療保険実験と呼ばれる)が、その規模と影響の大きさから概要が検討されている。

この研究は6000人を、患者負担が異なる5種類の医療保険に無作為に加入させて患者負担の効果を評価する、という壮大なもので、その後の医療政策に大きな影響を及ぼした。全体を通しての結論は、患者負担の増はあらゆる種類の受療を抑制し、その価格弾性は-0.2と推計された。さらに細かい結果は以下の通り。

- i) 患者負担は受診回数は減らすが一旦治療を開始した後の医療密度には影響しない。
- ii) 患者負担は必要な医療も不必要な医療も同様に削減する。また不必要な入院を減らす効果はない。
- iii) 患者負担の受診抑制効果は、貧富の階層によって異なる。患者負担の増は低所得層とりわけ貧困世帯の子供の受診を過度に抑制する。
- iv) 平均的な被保険者において、患者負担は健康状態には影響しない。しかしながら、高血圧者と貧困者については、健康状態への悪影響がみられた。

著者らは、アメリカが皆保険制でないことや様々な理由から医療経済学上有名なRAND医療保険実験は、ヨーロッパ諸国のようなUHCの普及した国にはあまり参考にならない、と結論している。

2.1.2 システマティックレビュー

47研究は、患者負担の効果を医療需要、健康状態、所得再分配の3面からシステマティックレビューされた。

i) 医療重要への効果

患者負担割合を増やすと薬剤、外来受診の利用を確実に抑制するが、入院率には何の影響もない、が大半の研究の結果であった。価格弾性は、全ての研究においてマイナスであり、弾性値は1より小、すなわち、た

例えば患者負担を1%増やすと医療需要は減少するが、その減少率は1%より小さい、という意味となる。

ii) 患者の健康状態への効果

被保険者の健康状態への効果を測定した研究は乏しく、健康状態への影響を扱った研究は薬剤給付を扱ったものが6件のみであった。その全てにおいて、患者負担増が薬剤給付を減少させる効果が証明されていたが、健康状態への効果としては、死亡率の悪化がみられたと報告するものが2件あった。

iii) 所得再分配への効果

貧困世帯はそうでない世帯よりも、患者負担が重くなると受診を抑制する効果が大きくなることは確実であり、よって患者負担を重くする政策は、特に貧困層にシワ寄せする効果をもたらす恐れがあることに留意すべき、と結論された。

2.2 低所得国の医療財政に関するシステマティックレビュー

RCT等の良質なエビデンスのメタ分析で知られるコクランライブラリーの一環として、南アフリカの研究者らが2017年に刊行したレビューで、他の多くのシステマティックレビューが主に先進国のデータを扱っているのに対して、低所得国を中心にレビューした点で貴重である[5]。

対象となったのは2008~15年に刊行された15編で分野別内訳は以下の通り。

- i) 財源(2編)
- ii) 保険制度(1編)
- iii) サービス購入(1編)
- iv) 被保険者へのインセンティブ付与(6編)
- v) 供給者へのインセンティブ付与(5

編)

このうち患者負担に関連するのはiv)の被保険者へのインセンティブで、患者負担に限度額を設けたり、定率負担(coinsurance)や定額負担(copayment)の導入は、薬剤費全体の削減には有効なるも、救急受診、入院率等への効果は不確かであった。

2.3 家計の医療費負担軽減のための介入に関するシステマティックレビュー

オーストラリアの研究者らは、家計の医療費負担を軽減させるための効果的な介入方法を評価するため、2014年1月までに刊行された比較対照試験論文を検索し、9編が対象基準を満たした(国別では米国7、フィンランドと中国各1)[6]。

そのうち7編は、医療保険を通じての介入を評価するもので、3編は患者負担を減らすか無くすことによる疾病別の投薬や外来受診への影響を評価するもの、他の3編は、通常の医療保険ではカバーされない精神医療や薬物乱用治療に一般医療と同等の給付を導入することを評価するもの、そして残るひとつは、州政府が運営する小児医療保険を慢性疾患を有する子どもにも拡大することの効果測定するものであった。他の2編は、医療保険ではなく患者にwebや電話等で直に介入する効果を測定するものであった(ひとつは看護師による技術指導が家族介護者の医療費への効果、もうひとつは整形外科手術後の患者への教育の医療費への効果、をそれぞれ測定していた)。

測定された効果は、6編が患者負担額の変化を効果として測定しており、全てレセプト(医療費請求書)データから得ていた。ある研究では家計支出の40%を超えた頻度を

家計圧迫率として測定しているものもあった。その他に、効果として測定された指標は、受診率、服薬のアドヒアランス、患者とその家族の労働損失のような間接費用が測定されていた。米国で実施された2編は、患者負担を減少させたり廃止したりすることで、心血管疾患の医療費と薬剤費を有意に削減できたとし、他の3編は、通常は保険でカバーされない精神治療や薬物乱用治療にも一般医療と同じ給付を行うことの効果性を評価した。そのうち1編は医療費への効果として、双極性障害では年間148ドル、大うつでは100ドルそして適応障害では68ドルの削減につながったと報告している。

中国で実施された研究は、ある地方で導入された医療保険制度で、貧困層に対して外来診療の患者負担を少なくしても、家計を破壊するような高額医療費の発生率を抑えることはできなかった、と報告している。またフィンランドでの研究は、webを用いて患者に情報提供を行ったが患者の医療費負担には影響は見られなかった、であった。

総じて、患者負担等の操作は、家計を守るという効果が有意に示された研究はなかった。著者らは、その理由として、医療保険を用いた研究の大半は、保険診療における患者負担という「直接医療費」しか測定しておらず、実際には家計を脅かすのは直接医療費よりむしろ、家族の入院による所得喪失や労働時間の喪失こそ家計への影響が大きく、年間100ドル程度の年間医療費の変動だけでは家計にはほとんど影響を及ぼさない、ことが理由だと考察している。

2.4 薬剤給付における患者負担割合の効果

に関するレビュー

患者負担の医療費や受療に及ぼす効果に関するレビューでは、とりわけ薬剤給付に関するものが多数あり、多くの国で薬剤給付の効率化が医療政策上の重要な課題であることが示唆された。

米国の研究者らによる 1974～2005 年に刊行された 30 の RCT のシステマティックレビュー[7]によると、患者負担を重くすることがどのような影響を及ぼすかについて以下のように結論づけている。

2.4.1 ジェネリック代替やより安価なブランド品への誘導

同じブランド品でも、より安価なブランド品への誘導については 6 つの RCT が「効果有」としており、否定的な結果は皆無であった。しかしながら、ブランド品からジェネリック品への変更については「効果有」とした研究は一つのみで「効果無」と結論した研究は 3 つあった。ジェネリック代替割合の増加については「効果有」としたものが 6 研究に対して「効果無」が 2 研究あった。

2.4.2 受療行動や健康状態への効果

患者負担を重くすることは、低額な外来受診には影響無し、と結論した研究が少なくとも 4 件あったが、入院等の高額な医療については逆に膨張させる、という研究が 2 つあった。うち一つはアメリカの高齢者(メディケア)の HMO(health maintenance organization。医療保険と医療機関が合体した保険形態)を分析したものであったが、入院の増加は、疾患によって異なり、心不全や冠動脈疾患では入院率に変化はなかったが、糖尿病については入院率は有意に増加した。もうひとつはカナダで高齢者や貧困者を対象に 25%の定率負担を、所得に応じた

限度額つきで導入した効果を測定したものであった。しかしながら、4つの研究は、患者負担の増は入院等の高額な医療受療に何ら影響無しと結論していた。

2.4.3 医療費への効果

医療費全体への患者負担の効果については、ほとんど全ての研究が「効果有」という点で一致していた。しかしながら、患者負担を増やすことは医療費抑制につながるものの、薬剤のジェネリック品やより安価なブランド品への代替への効果は不確かであり、さらに慢性疾患患者や貧困者の治療中断等の好ましくない副作用が多くある、という問題も指摘されている。患者負担を増やすことは医療費抑制のてっぺんはやくかつ有効な手段ではあるが、その実行は慎重であるべき、と著者は結論している。

2.5 患者負担と服薬アドヒアランスへの効果

アイルランドの研究者らは、7つの研究を対象に患者負担の服薬のアドヒアランス(処方された服薬法を正しく遵守すること)への影響を評価する目的で、システマティックレビューを行った[8]。7研究は計約 20 万人(平均年齢 71.75 歳)を対象としており、うち 74,236 人が患者負担有、残る 125760 人が無であった。その結果、服薬アドヒアランスが達成できないリスクは患者負担有グループが無いグループより 1.11 倍(オッズ比)高かった(95%CI:1.09 ~ 1.14, $p < 0.00001$)。著者らは「服薬アドヒアランスの低下は、疾患のコントロールを不良にし、結果として不必要な入院を増やして医療費の膨張につながる」として医療政策上、患者負担の導入や増加はこうしたマイナス面に

も十分配慮すべきと警鐘をならす。

2.6 患者負担と救急受診率への影響

米国の研究者らによる、救急受診を抑制する介入方法を分析したシステマティックレビュー[9]は、2003～15年に刊行された38の研究を対象としたものだが、うち救急受診抑制の介入方法として患者負担増をとりあげた研究は7件であった(GRADE評価という研究の質評価で良質と評価されたのはうち5件)。

良質とされた5件のうち最大規模の研究は、HMOの最大手であるカイザーパーマネンテのメディケア(米国の高齢者の公的医療保険)被保険者を対象とするもので、救急外来受診時に1～5ドルの患者負担を導入すると救急受診率は0.962(95%CI:0.955～0.970)となり、50～100ドルの患者負担を導入すると0.765(95%CI:0.756～0.774)に減少した。オレゴン州のメディケイド(貧困者のための福祉医療)加入者を対象に実施された2研究では、一般受診は5ドル、救急受診は50ドルそして入院は一件につき250ドルの患者負担を導入したところ、救急受診率はひとつの研究では18%、もうひとつの研究では7.9%減少した、と報告している。しかし残る2研究では、患者負担を導入しても対照群と救急受診率に有意差は無かった、と報告している。

カイザーでの研究は、患者負担の入院率への影響も分析したところ、民間保険加入者では20～35ドルの患者負担で入院率は4%、50～100ドルの患者負担で入院率は10%減少したが、メディケア加入の高齢者では入院率と患者負担との間に関連は見られなかった、という。オレゴン州の貧困者対象の

福祉医療を対象とした研究のひとつでは、患者負担の導入によって入院率は27.3%も減少した(救急受診から入院した率は24%)。

2.7 患者負担と薬剤給付との関連

カナダの医療経済研究者らによる38の原著論文を対象とした薬剤給付に関するレビューである[10]。それらの結論は以下の通り。

2.7.1 患者負担割合の薬剤使用との関連

2004～19年に刊行された20の原著論文をレビューした結果、患者負担割合が大きくなると薬剤使用は減少する明確な関連が認められた。しかしながら、その関連の強固さは明確ではなかった。薬剤使用をめぐる原著論文では、アドヒアランス(医師の処方に忠実に従うこと)が重視されており、患者負担が1ドル増えるごとに服薬のアドヒアランスが0.4%低下するというものや、定額負担(copayment)がある者は無い者に比較してアドヒアランスに欠ける割合が11%高かったというもの、逆に患者負担が減少するとアドヒアランスが低下する、という報告もあった。

2.7.2 薬剤給付の患者負担割合と医療の受療との関連

薬剤給付の患者負担割合を重くすると、薬剤使用は減少するが、逆に薬剤以外の医療サービス(たとえば、救急受診、入院や通院)が逆に増加する、と多くの論文は指摘している(もともと、2005年と2006年に刊行された論文では、薬剤給付の患者負担割合とその他医療サービスの受療との間には関係は見出せなかったという報告もある)。

2.7.3 同健康状態との関連

患者負担割合と医療費との関連を検討する

上で究極的に重要なことは、患者の健康状態にどのような影響を及ぼすか、である。ただ「健康」といっても測定されたものは様々で、21の報告のうち、6件は健康全般、5件は全死因、4件は自己申告の健康状態そして1件は心血管疾患死亡率を測定していた。ここでもまた、薬剤給付の患者負担割合と健康状態との間に明確な関連を示す証拠はとぼしかった。

D. 考察と結論

結論として、患者負担割合の増加は薬剤費の抑制には有効であるものの、それによって他の医療サービス利用が増えたりして薬剤費の削減効果が帳消しになるおそれがあること、また服薬のアドヒアランスを阻害するマイナス面も考慮すべきである、とされた。

E. 引用文献

1. 長瀬恒蔵. 傷病統計論. 社会保険新報社 1935.
2. Yuda M. Healthcare utilization under a comprehensive public welfare program: evidence from Japan. *Frontiers in Public Health* 10:895679.
3. Okamoto E. Sharing Japan's experiences for the development of universal health coverage (UHC): a practice report from the UHC leadership course for Asian countries. *保健医療科学* 2019, 68(5):425-433
4. Kiil A, How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to

2011. *The European J of Health Economics* 15; 813-828.

5. Wiysonge CS, et al. Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 9. Art. No.: CD011084. DOI: 10.1002/14651858.CD011084.pub2.

6. Essue BM, et al. The effectiveness of interventions to reduce the household economic burden of illness and injury: a systematic review. *Bull WHO* 2015;93:102-112.

7. Gibson TB, et al. The effects of prescription drug cost sharing: A review of the evidence. *The American J of Managed Care*. 11(11):730-740.

8. Sinnott SJ, et al. The effects of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations; A systematic review and meta-analysis. *PLOS one* 8(5):e64914.

9. Raven MC, et al. The effectiveness of emergency department visit reduction programs: a systemic review. *Annals of Emergency Medicine* 68(4):467-482.

10. Guindon GE. A systematic umbrella review of the association of prescription drug insurance and cost-sharing with drug use, health services use and health. *BMC Health Service Research* (2022)22:29

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

令和4年度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
分担研究報告書

UHC と SDGs の文脈におけるプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の必要性に関する

分析：タイの事例を参考に

分担研究者 野村真利香 国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所
長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科
主任研究者 大澤絵里 国立保健医療科学院公衆衛生政策研究部

研究要旨

【目的】

1978年の国際会議において、アルマアタ宣言が採択されてから40年後、2018年10月にカザフスタンのアスタナにおいて Primary Health Care (PHC) 国際会議が開催された。UHC を達成するための重要な一歩として PHC 強化を誓約し、アスタナ宣言の採択を可決した。SDGs と UHC と PHC とをより関連付けて効果的・効率的に取り組む必要性が提案されたが、まだ広く認識されているとは言えない。そこで、本研究では、2030年までに SDGs と UHC を達成すべく取組みを加速させるためにより重視すると国際社会が合意した PHC についてその議論の背景・経緯やポイントを概観したうえで、この文脈ですでに歴史的かつ先駆的に取り組みを行っているタイの事例分析を用いて、日本が採るべき方向性を明らかにすることを目的とした。

【方法】

2018年に発表されたアスタナ宣言のプライマリ・ヘルス・ケア (Primary Health Care: PHC) に関する議論や要点を整理し、そのうえで現在のタイにおける PHC の実践を事例として取り上げ、「誰一人取り残さない」SDGs のもとで UHC 実現に向けた取組みを加速するための今後の方向性について検討した。

【結果】アスタナ PHC では、「PHC アプローチ」によって保健医療サービスの背景に働きかけることで UHC を可能にするという考え方が示されていた。またタイでは、低・中所得国の中でも早期に財政的な観点から UHC を達成していることに加えて、村落保健ボランティア (Village Health Volunteers: VHVs) 制度、デジタル技術の活用、個人のセルフケアや薬局の活用が機能していた。これらはアスタナ PHC に示されている「PHC アプローチ」の統合保健サービス、多部門にわたる政策と行動、人々や地域社会のエンパワメント、の3つに合致すると考えることができた。

【結論】

UHC 達成への道筋をより加速するためには、「PHC アプローチ」によって保健医療サービス機能の決定要因への働きかけが求められるとともに、保健システムだけでなく、特に人中心のセルフケアに焦点を当てた戦略的アプローチも重要であると考えられた。

A. 目的

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) とは、「すべての人々が基礎的な保健医療サ

ービスを、必要なときに、負担可能な費用で享受できる状態」を指す¹⁾。2030年までに国際社会が達成を目指す持続可能な開発目標

(Sustainable Development Goals: SDGs) 目標 3「すべての人に健康と福祉を」には、「全てのの人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む UHC を達成する」と示されている。

日本政府は、G7 伊勢志摩サミット及び TICAD VI 等の機会を通じて保健を優先課題として取り上げ、これまでも国際社会と共に UHC の実現に向けた取組を実施している²⁾。2017 年 12 月には「UHC フォーラム 2017」が東京において、厚生労働省、財務省、外務省、世界銀行、世界保健機関 (WHO)、国連児童基金 (UNICEF)、UHC2030、国際協力機構 (JICA) の共催で開催された。このフォーラムにおいては、「2030 年までに UHC を達成すべく取組みを加速させるためのコミットメント」として「UHC 東京宣言」が採択されている³⁾。2023 年は日本が G7 議長国を務める国連総会 UHC ハイレベル会合が開催される。日本政府が主導してきた UHC 実現に向けた取組みの加速 (UHC 東京宣言より) について、SDGs 後半の取組みをさらに加速させるべくテコ入れをする必要がある。

このような国際議論の一方で、新型コロナウイルス感染症パンデミックによって国際社会は、「すべての人々が基礎的な保健医療サービスを、必要なときに、負担可能な費用で享受できる状態 (UHC)」との距離を再認識した。保健医療サービスの地球規模での格差が浮き彫りになっただけでなく、同じ国の中でも地域によって、また所得、性別、年齢、基礎疾患の有無、民族、障害の有無などによっても保健医療サービスから取り残される人びとや集団がいることが明らかになった。

「誰一人取り残さない」SDGs のもとで UHC 実現に向けた取組みを加速することは、どのように「取り残される」人びとや集団と、保健医療サービスをつなげるかに注力するに他ならない。この議論として、2018 年 10 月にカザフスタンのアスタナにおいて Primary Health Care (PHC) 国際会議が開催され、国連加盟国は全会一致で UHC を達成するための重要な一歩として PHC 強化を誓約し、アスタナ宣言の採択を可決した⁴⁾。単一の疾病対策に資源が集中していたことを反省し、より個人やコミュニティに根付いた持続可能な保健システムを重視してレジリ

エンスを高めるという今後の UHC 促進の方向づけともなった。このようにして SDGs と UHC と PHC とをより関連付けて効果的・効率的に取り組む必要性が提案されたが、まだ広く認識されているとは言えない。さらに、UHC 実現を主導してきた日本にとって、PHC に関する議論の背景・経緯やポイントを把握することは重要である。そこで本研究では、2030 年までに SDGs と UHC を達成すべく取組みを加速させるためにより重視すると国際社会が合意した PHC についてその議論の背景・経緯やポイントを概観したうえで、この文脈ですでに歴史的かつ先駆的に取り組んでいるタイの事例分析を用いて、日本が採るべき方向性を明らかにすることを目的とした。

B. 方法

Primary Health Care (PHC) に関連する WHO の公表文書ならびに WHO が引用している文書について、WHO 公式サイトを通じてハンドサーチを行いレビューした。これらの資料・文書から、WHO の PHC に関する対応への変遷と、UHC における PHC の位置づけに関する国際的議論の変遷・論点をたどってその位置づけについて確認し、課題を検討した。特に本稿では、これまでに公表されてきた UHC monitoring Report (2017, 2019, 2021)^{5, 6, 7)}ならびにその間に発表されてきたアスタナ PHC 関連の文書において、UHC の文脈でどのように PHC が言及されてきたか分析した。タイの事例については、現地にて保健医療施設訪問と保健医療施設の医療従事者へのインタビューから情報を収集した。

(倫理面への配慮)

文献レビューならびにヒアリング情報の整理による分析のため、「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. 結果

1. SDGs と UHC における PHC の位置づけに関する議論

1-1. 持続可能な開発目標以前の PHC

1978 年 9 月 12 日、当時のソビエト社会主義共和国連邦アルマ・アタで WHO と UNICEF が開催した PHC に関する国際会議にて、アルマ・アタ宣言が採択された⁸⁾。アルマ・アタ宣言第 3 条では、「特に先進国と

途上国の間で、人々の健康状態に著しい不平等が存在することは、国内における不平等同様に、政治的、社会的、経済的に受け入れがたいことであり、それゆえに、すべての国の共通の関心事なのです。」と、国間の健康格差を指摘したうえで、「PHCは、実用的で、科学的に有効でかつ社会的に受容できる方法や技術に基づいた必要不可欠な保健医療ケアです。自立と自決の精神に則り、その発展の度合いに応じ地域社会や国が負担できる費用の範囲内で、地域内の個人や家族があまねく享受できるよう、十分な住民参加のもとで実施されます。PHCは、国家の保健医療システムの中心的機能と主要部分を構成しますが、保健医療システムだけでなく、地域社会の全体的な社会経済開発の一部でもあります。PHCは、国家保健医療システムと個人、家族、地域社会とが最初に接するレベルです。人々が生活し労働する場所にできるかぎり近接して保健医療ケアを持ち込み、継続的な保健医療活動の過程の第一段階を構成しています。(アルマ・アタ宣言第6条)」⁹⁾とした。

左記の第6条をもとに5つの実施原則があり、①住民参加、②地域住民のニーズに基づいた活動、③地域資源の有効活用、④適正技術の使用、⑤多分野による複合的・多角的アプローチである。この原則に従って、8つの活動分野、すなわち①健康と予防に関する教育、②食料供給と適切な栄養、③安全な水と基本的な衛生措置、④家族計画を含む母子保健、⑤主要感染症の予防接種、⑥風土病の予防と対策、⑦日常的な疾病と外傷の適切な治療、⑧必須医薬品の供給を対象とするとされた。PHCは1978年に大々的に発表され、発表当初は世界の保健関係者の注目を集めたが、PHCは包括的アプローチをベースとして“Health For All (すべての人に健康を)”を謳い、壮大で革新的な印象を与えた一方で「費用対効果が悪く非現実的」と批判があった。このため1980年代には構造調整政策、世界不況という世界情勢の背景から、特にハイリスク集団を対象を限定して「費用対効果」で「数値目標を達成」するための「選択的PHC」が提示されるようになった。

2000年にミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDGs)が発表されると¹⁰⁾、世界の関心は母子の生存と感染症に集中し、PHCのような包括的概念への関心が薄

れるようになった。2008年“Primary Health Care Now More Than Ever”において包括的PHCを基盤とした保健医療システムの見直しが提唱されたが¹¹⁾、世界の関心は依然として感染症を中心とした個別疾患対策と保健システムに二極化したまま現在でもこれが続いている。

1-2. アスタナ宣言における新しいPHC

2018年10月にカザフスタンの首都アスタナでPHC国際会議が開催され、アスタナ宣言が採択された⁴⁾。40周年を機にアルマ・アタ宣言に基づいたPHCの基本理念を再確認し、PHCをUHC達成に不可欠な基盤として位置づけた。アスタナ宣言がコミットする4つのことと、PHCの成功における3つの成功要素が整理されている。

アスタナ宣言のコミットメント

- ① すべてのセクターにおいて、大胆な政治的選択を行うこと
- ② 持続可能なPHCを構築すること
- ③ 個人および地域のエンパワメント
- ④ 国の政策・戦略・計画にステークホルダーを巻き込むこと

PHCの成功における必須要素「PHCアプローチ」

- ① プライマリ・ケアと公衆衛生の両方に重点を置いた統合保健サービス
- ② 多部門にわたる政策と行動
- ③ 人々や地域社会のエンパワメント

プライマリ・ケアとは、医療システムにおける重要なプロセスで、初めて患者と接触し、利用しやすく、継続的で包括的かつ協調的な患者中心の医療を支援するものと定義されており、PHCときちんと用語を使い分けている。対してPHCとは、「この3つの成功における必須要素に関する活動・取組みを通じて、健康とウェルビーイングの分配を最大化することを目的とした社会全体の保健アプローチ」と定義されている¹²⁾。このPHCを重視した保健システム(PHC-oriented health system)において、到達可能な最高レベルの健康に対する権利を主目標とし、公平性と連帯感を最大化するように組織・運営される保健システムが重要視される。

1-3. UHC 関連文書においてPHCが言及さ

れてきた変遷

図 1 に示すようにこれまでに公表されてきた UHC monitoring Report (2017, 2019, 2021)内でどのように PHC が言及されてきたかについてみると、UHC monitoring report 2017 においては PHC の言及がない⁵⁾。しかし 2018 年アスタナ宣言内において「PHC は UHC と健康関連の持続可能な開発目標のための、持続可能な保健システムの礎であると確信する」と UHC と SDGs に向けて PHC が基礎となる旨が言及されると、同 2018 年、アスタナ宣言をも具体的なロードマップとして位置づけた A Vision for PHC in the 21st century 2018 では、「急速に変化する世界において、複雑化する健康課題に対応する必要に迫られている。UHC、SDGs には PHC が不可欠。」と言及されることとなった¹²⁾。

2019 年に発表された UHC monitoring report 2019 では、「公的支出を増やして PHC に投資することで、サービスへのアクセスを徐々に拡大し、結果的に自己負担額を減らす。具体的には GDP の 1% を PHC に割り当てるか、または再配分することは、すべての国において可能である。」と、具体的に予算割り当てのターゲット数値に言及した⁶⁾。2020 年には具体的に UHC、SDGs、PHC を達成するための具体的な運用フレームワーク、Operational Framework for Primary Health Care 2020 が発表され、実際にアスタナ PHC を活動に組み込む際に対象とする 10 エリア (レバー) と、目指すべき結果が特定されている¹³⁾。

UHC monitoring report 2021 では、UHC とヘルスセキュリティに向けたより良い再建と進歩の加速のために PHC を重視した保健システム (PHC-oriented health system) が不可欠であると言及されている⁷⁾。

1.4. PHC がどのように UHC や SDGs を達成するか

アスタナ宣言における新しい PHC において成功要素とされた 3 つの「PHC アプローチ」を、「PHC レバー」と呼ばれる各取組みに働きかけることで、「PHC の結果」が得られ、それらをもって SDGs 全体、SDGs 目標 3 の UHC の達成を目指すというセオリー・オブ・チェンジを図 2 に示している¹²⁾。「PHC レバー」は戦略レバーと運用レバーに分かれており、保健システムを構成する 14 の要素になっている。そして (保健サ

ービスの) アクセス、活用、質の改善と、参加、ヘルスリテラシー、ケア要求の改善と、そして健康決定要因の改善という 3 つの直接的効果を目指す。

図 3 は、縦軸に「PHC アプローチ」、横軸に UHC の 3 要素 (経済的保護、質のよいサービス・医薬品、公平なアクセス) を置いたマトリックスで、PHC がどのように UHC を可能にするかが示されている¹²⁾。例えば、プライマリ・ケアと公衆衛生の機能の統合がなされることによって、集団レベルのサービスがより健康を予防しウェルビーイングを促進し、個別ケアが削減されることによって結果的に支出が削減される<AA>。また他部門にわたる政策と行動がなされることで保健医療以外の根本的な決定要因に対処することになり、疾病を予防してウェルビーイングを促進することになり、同様に個別ケアが削減されることによって結果的に支出が削減される<AB>。そして人々や地域社会のエンパワメントを促進し、より経済的保護が拡充するようなアドボカシーやその受容性向上を目指す、としている<AC>。いずれにしても、「PHC アプローチ」によって保健医療サービスの背景に働きかけることで UHC を可能にするという考え方が示されている。

2. ケーススタディ：タイの場合

2-1. タイの保健医療システム概要

現在タイには 77 行政県 (チャンワット)、その下に 878 郡 (アムプー) がある。サブ郡 (タンボン、最小の地方自治体) は 7,256 あり、75,032 の村 (ムーバーン) がある。保健行政区としては 13 の地域に分かれている。保健医療システムを PHC の観点から見直すと、特別行政区であるバンコク (Bangkok Metropolitan Area: BMA) で実施されている都市モデルとその他の県で実施されている農村モデルに大きく分けることができる。

2-1.1. バンコク (Bangkok Metropolitan Area: BMA) の保健医療システム (都市モデル)

BMA は特別行政区であり、分権化された行政権により、保健医療サービス提供についても独立している。6 ゾーン (central Bangkok, Southern Bangkok, Northern Bangkok, Eastern Bangkok, Northern Krungthong and

South Krungthon)に分けられた 50 区(ケート)に、合計 68 の保健センターがある。

BMA 中央保健事務所には保健医療サービスに関連する 2 つの部門があり、ひとつは医療サービス部門、もうひとつは保健部門である。医療サービス部門は 9 つの病院を管轄しており、医療、健康増進と疾病予防、救急医療サービスの管理、教育訓練・開発などを行う。保健部門は主に質の高い保健サービスの推進と提供、公衆衛生センター(Public Health Centers)による疾病予防、公衆衛生意識の向上を担う。

BMA の都市モデルにおいては、BMA 公衆衛生センターは農村モデルでいうコミュニティ・地域病院の機能を持っており、医療サービスを提供している。サブ公衆衛生センターが農村モデルでいうプライマリ・ケア・ユニット(PCU)で主に看護師による保健サービスが提供され、ミニ公衆衛生センターにてVHVが活動している。

訪れた第 67 タウィワッタナ公衆衛生センターは、BMA タウィワッタナ郡にある。BMA タウィワッタナ郡はタウィワッタナ区とサラタマソップ区に分かれており、16 のコミュニティがある。人口は 75,029 人程度。郡にある 3 つの公衆衛生センターのうちの 1 つである第 67 タウィワッタナ公衆衛生センターの下には 5 つのサブ公衆衛生センターと 10 のコミュニティ内公衆衛生センター(ミニ公衆衛生センター)がある。合計 68 人のスタッフ(医師 4 人、歯科医師 2 人、看護師 11 人、薬剤師 1 人、社会福祉士 1 人、理学療法士 1 人)が勤務している。公衆衛生センターでは健康増進、管理・予防、治療、リハビリテーションの 4 つの側面から、具体的には一般診療、歯科、高血圧症部門および糖尿病部門のほか、妊産婦ケア部門、ウェルベイベー部門(子どもの発育評価、臨床検査、基本的な予防接種プログラム、母乳哺育促進など)、家族計画、子どもの発育・発達、学校保健、身体運動、栄養、地域や工場等職域の健康診断、行動変容、長期介護予防、高齢者のメンタルヘルス活動、ペットの狂犬病予防接種、蚊のコントロールのためのクリーンな生活環境などの健康増進・予防活動、リハビリテーション活動などを行っている。また定期的な人口動態調査や家庭訪問を行うことで、地域の人々の健康状態を把握する役割を担っている。医師は公衆衛生センターにのみ配置され、サブ公衆衛生

センターには看護師、エドューケーター、技術者・スタッフが配置される。

2-1.2. ラチャブリ県(農村部)の保健医療システム

ラチャブリ県はタイ西部に位置し、人口は 847,633 人程度である。県都には 3 次病院である県立病院 1 つ、総合病院 3 つ、コミュニティ病院(地域病院)が 7 つある。コミュニティ病院では主に開業医や家庭医が診察を行っている。西側はミャンマーと国境を接しミャンマー人労働者が多いことから、各所にミャンマー語が併記されるなど、県全体の方針としてミャンマー人への配慮がされている。

訪問したワット・プレン病院は、38 床と外来がありワット・プレン郡内におけるリファラル病院の位置づけであるが、一般診療医のみが在籍しており、実際にはコミュニティ病院の規模である。

各タンボンにはプライマリ・ケア・ユニット(PCU)あるいはヘルスプロモーションセンターがあり、看護師を含む 3~5 人のスタッフが勤務し、病院から地域に戻った患者(主に症状が安定した患者)のフォローアップを行っていた。タンボンの PCU が担当する患者の多くは高血圧症や糖尿病患者であり、農家が多く腰痛などの症状を持っている者も多い。週に一度、病院から医師が PCU に来訪して診察を行うほか、看護師によるリハビリテーションのサービスを受けることができる。

2-2. タイにおける村落保健ボランティア(Village Health Volunteers: VHV)

タイの村落保健ボランティア(Village Health Volunteers: VHV)の歴史は長く¹⁴⁾、1981 年に導入された当初から保健システムを支え、変化するさまざまな健康課題に対してコミュニティの一番人々に近いところで大きな役割を担ってきたが、40 年を経た現在では VHV の高齢化が大きな課題となっている。現在は毎月 1,000TBH の現金給付があり、入院時の医療費無料、子どもの教育費補助、死亡時の遺族補償などの特典を受けることができる。着任時に 3 週間の研修を受けられるとともに 1 ヶ月ごとに最新の保健トピックに関するリフレッシュ研修を受けることができる。

都市モデルのミニ公衆衛生センターでは

VHVs が活動していた。VHVs は医療を受けることができない家庭に対して、日常的な健康チェック（身長、体重、血圧、血糖値などの測定・記録）、傷など外傷の応急処置、家族計画、長期的な介護予防、家庭訪問、健康教育、緊急時のリファラルなど、さまざまな活動に従事している。特徴的なのは、ミニ公衆衛生センターへの訪問者について、公衆衛生センター所属看護師に携帯の SNS アプリを使って毎日報告を行っていた。

農村モデルにおいては、今回の訪問先では VHVs の能力強化研修の内容として通常の研修内容の他に、糖質制限の食事、心肺蘇生、AED、アプリでの報告スキル、禁煙のためのリフレクソロジー、医薬品適正利用（Rationale Drug Use: RDU）などが含まれ、農村においても新しい課題に対応した研修内容になっていた。

タイは Primary Care System Act (2019)において、VHVs を保健医療システムの基盤を支える「第 3 の医療従事者」として再定義した。COVID19 が発生した際には、VHVs がコミュニティの人々に対して抗原検査はじめさまざまな役割を担ったことは、WHO からヒーローと紹介されたほか、学術論文も数多く報告されている。

D. 考察

1) なぜ UHC 達成に向けて PHC が必要か

なぜ UHC 達成に向けて PHC が必要となるだろうか。

まず複雑で急速に変化する世界の保健医療システムには、PHC の特徴が機能する。紛争、自然災害、公衆衛生危機、気候変動や薬剤耐性によるアウトブレイク・健康危機への対応に加えて、先進技術（新薬開発、情報システム、デジタル技術等）の活用がこれまで以上に求められている。このためには保健医療施設内だけでなく、コミュニティをはじめとしたあらゆるセッティングで具体的に対応する必要がある。アスタナ PHC で示された「PHC レバー」と呼ばれる 14 の要素は、ここ 20 年で国際社会が注力してきた保健システムそのものであり、保健システム強化の 6 building blocks では説明できなかった要素も追加されている。UHC は概念的な説明が多く、UHC キューブや health system performance モデル¹⁵⁾も存在しているが、図 2 に示したように、保健医療サービス向上を通じた UHC 達成、SDGs 達成に向け

た道筋がより具体的に示されたことが特徴である。

次に、予防、健康増進、種々の決定要因、人中心のアプローチを重視する PHC は、疾病の原因やリスク因子に柔軟に対応する有効・効率的な方法であると言われている。非感染性疾患や高齢者医療への対応、回避可能な入院や再入院を減らして医療費を減少させること、いわゆる Multimorbidity（一個人に複数の慢性疾患が併存すること：多疾患罹患）の複雑管理が必要になること、メンタルヘルスの増加など、これまで以上に多様化した慢性的な疾病への対応が求められている。これらはいずれも医療資源利用との関係が考えられるので、PHC の機能をより効率的・効果的に活用することが求められる。

また、UHC と健康関連の SDGs の持続的な達成には PHC が必要である。誰一人取り残さないと謳った SDGs、Universal と謳った UHC を達成していくために、より脆弱な人々・集団・地域・国、あるいは主要なアプローチの対象になりにくい集団にも配慮して包括的に取り組む必要があり、このためには PHC の包括的な概念に基づく行動が必要である¹²⁾。

MDGs 時代、そして SDGs 前半時代においては生存・疾病への対応、あるいは保健システム強化が重視され、ある程度達成されてきている。SDGs の折り返しを迎えて、世界の疾病構造も非感染性疾患や高齢化へのシフトが加速することとなった。このような流れの中で、予防、健康増進、種々の決定要因、人中心のアプローチを重視する PHC の重要性が見直されている。

2) タイの事例からの学び

2002 年にタイは、公務員医療給付制度や被用者向け社会保障制度、それに加えてその他国民を対象とした Universal Coverage Scheme (UC 制度)を開始した。これらの主要な 3 つの医療保障制度により、タイでは人口のほぼ 100%をカバーするようになり、低・中所得国の中でも早期に財政的な観点からは UHC を達成している。

タイでの保健医療システムの運用においては、1980 年代から始まった村落保健ボランティアの活用を中心としたコミュニティ末端の PHC 充実や予防活動の展開を専門職派遣の仕組みとともに展開してきた点は最

大の特徴であり、開業医や保健所を中心とした地域保健医療を展開してきた日本とは異なるアプローチをとっている。さらにタイは 1980 年代後半から周辺国を引き離す形で急速に経済発展を遂げ、感染性疾患から非感染性疾患へと疾病構造が変化、そして高齢化が進み人口構造が変化した。この対応に向けてタイ公衆衛生省は、PHC の概念枠組みの観点から 3 つの重要な政策を通じてコミュニティレベルの PHC を強化することで、総医療費を抑制し、より高いレベルの医療施設での業務負担を軽減することを目指している¹⁶⁾。

図 3 のフレームワークに基づきタイの事例を検討すると、PHC の構成要素それぞれにタイの保健医療システムの特徴が当てはまる。第一に、プライマリ・ケアと公衆衛生を一体とした統合保健サービスという点においては、タイでは、その一端を担う VHV の役割が明確である。VHV の活動によって個人々の生活習慣改善、あるいはウェルビーイングの維持が支えられていた。一般的に Community Health Workers (CHWs) は特に少数民族や十分なサービスを受けられない人々へのラスト 1 マイルに届き、コミュニティ内の保健サービスへの障壁を取り除くと考えられている¹⁷⁾。VHV がコミュニティに根付き機能することで、タイでは、医療サービス利用より下位レベルでの対処が可能となり結果的に医療費支出の削減に資する。同様に VHV が機能することで保健医療サービスに必要な資源が配分されることになり、より質の高いプライマリ・ケアを提供することができるとともに、医薬品などの適正配分にもつながると想定される。

第二に、他部門にわたる政策と対策の重要性に関しては、デジタル技術の活用が積極的に行われていた。都市部でも農村部でも、公衆衛生施設では、個人の健康情報は ID 番号でオンライン化されている。特に都市部では VHV がスマートフォンで日報を作成して管轄の看護師に提出するなど、PHC におけるデジタル化が加速している。IT 専門領域との連携によって、経済的保護、そして効率のいい意思決定や情報提供によって質の高いサービスや医薬品の適正配分にもつながる。そしてなによりも、サービスへのアクセスに対する障壁を取り除くことができる。ミャンマー人労働者も同様のシステムにアクセスできることで公平なアクセスを

可能にしている。

第三に、人々や介護者のエンパワメントとして個人のセルフケアが重要視され、保健医療システムに位置付けられていた。図 4 に示したように、タイでは人口規模ごとに主となる保健医療サービスの担い手がおり、その末端で保健医療サービスを支える人材として VHV のほかに家族、タイ古式ヘルスケア、薬局が位置付けられている。WHO の定義によれば、セルフケアとは「個人、家族、介護者が、保健医療従事者の支援の有無にかかわらず、自らの健康を促進し、疾病を予防し、健康を維持し、疾病や障害に対処する能力のことである」¹⁸⁾。さらに「セルフケアにはエビデンスに基づく質の高い医薬品、機器、診断薬、デジタル製品などがあり、これらは正式な医療サービスの外で完全にまたは部分的に提供され、医療従事者の有無にかかわらず使用することができる。質が高く費用対効果の高いセルフケア介入の例としては、一部の市販避妊用品、妊娠検査、コンドームや潤滑剤、HPV や STI の自己採取や HIV の自己検査、血圧や血糖値の自己モニタリングなどが挙げられる。」としている。患者は、保健医療システムにおけるデジタル技術・プラットフォームで整備・集約された自分の受診情報の一部を自分で閲覧でき、システムとして、個人に保健医療システムへの参加とセルフケアが積極的に求められていた。図 5 に示すように、セルフケアは保健システムと日常生活にまたがるように位置付けられ、自己管理、自己検査、自己認識に分けられるようなセルフケア介入が想定される¹⁹⁾。図 6 では、そのようなセルフケア介入が世代を超えて受け継いできた伝統的なセルフケアの実践に加え、薬局やインターネットを通じて新しい情報、製品、介入にアクセスすることを示しており、そのためには適切な情報とそれを判断できるヘルスリテラシーや教育、デジタル影響からの保護、そしてそのような社会包摂や受容が必要であることがわかる¹⁹⁾。たとえばタイではアクセス場所の体制づくりを強化し、特に薬局の役割とデジタル技術・プラットフォームを整備しつつ、それらのサービスと個人をつなげてセルフケア実践をサポートする役割として VHV が機能していた。日本においても健康づくりや生活習慣予防などといった用語ですべてのライフステージを通じてセルフケアの概念が根付いてい

る。UHC 達成への道筋をより加速するためには、これまで特に重視してきた保健システム整備・強化のアプローチに加えて、セルフケアのように、人中心で人権・倫理・ジェンダー平等などの主要原則に支えられた衡平で誰一人取り残さない取組みを進めることが重要だと考えられた。

E. 結論

アスタナ宣言の PHC に関する議論や要点を整理し、そのうえで現在のタイにおける PHC の実践を検討した結果、UHC 達成への道筋をより加速するためには、「PHC アプローチ」によって保健医療サービス機能の決定要因への働きかけが求められるとともに、保健システムだけでなく、特に人中心のセルフケアを重視した戦略的アプローチが求められることが明らかとなった。

F. 引用文献

1. 国際連合広報センター. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)
https://www.unic.or.jp/activities/economic_social_development/social_development/universal_health_coverage/ (2023 年 4 月 22 日アクセス)
2. 外務省. UHC フォーラム 2017」の開催.
https://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/press11_000040.html (2023 年 4 月 22 日アクセス)
3. 外務省: ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 東京宣言 UHC 実現に向けた取組の加速 仮訳
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000317579.pdf> (2023 年 4 月 22 日アクセス)
4. WHO. Declaration of Astana.
<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> (2023 年 4 月 22 日アクセス)
5. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva.
6. World Health Organization, World Bank, the Organisation for Economic Co-operation and Development, the United Nations Population Fund, and UNICEF. (2019). Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 MONITORING REPORT CONFERENCE EDITION. Geneva.
7. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. (2021). Tracking Universal Health Coverage: 2021 global monitoring report. Geneva.
8. WHO. Declaration of Alma-Ata.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
9. WHO 協会. アルマ・アタ宣言とは.
<https://japan-who.or.jp/about/who-what/charter-2/alma-ata/> (2023 年 4 月 22 日アクセス)
10. United Nations. Millennium Development Goals and beyond 2015.
<https://www.un.org/millenniumgoals/> (2023 年 4 月 22 日アクセス)
11. WHO. (2008). The world health report 2008: primary health care now more than ever: introduction and overview. Geneva.
12. WHO and UNICEF. (2018). Vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva.
13. WHO and UNICEF. (2020). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva.
14. The PHC Division, The Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2014). The four-Decade Development of Primary Health Care in Thailand 1978-2014. Nonthaburi.
15. UHC 2030. Health System Strengthening.
<https://www.uhc2030.org/what-we-do/improving-collaboration/health-systems-strengthening/> (2023 年 4 月 22 日アクセス)
16. WHO & Alliance for Health Policy and Systems Research. (2017). Primary health care systems (primasys): case study from Thailand. World Health Organization. Geneva.
17. Woldie M, Feyissa GT, Admasu B, Hassen K, Mitchell K, Mayhew S, McKee M, Balabanova D. Community health volunteers could help improve access to and use of essential health services by communities in LMICs: an umbrella review. Health Policy

Plan. 2018 Dec 1;33(10):1128-1143.

18.WHO. Fact sheet Self-care interventions for health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>
(2023年4月22日アクセス)

19.Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Selfcare interventions to advance health and wellbeing: a conceptual framework to inform normative guidance BMJ 2019; 365: l688

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

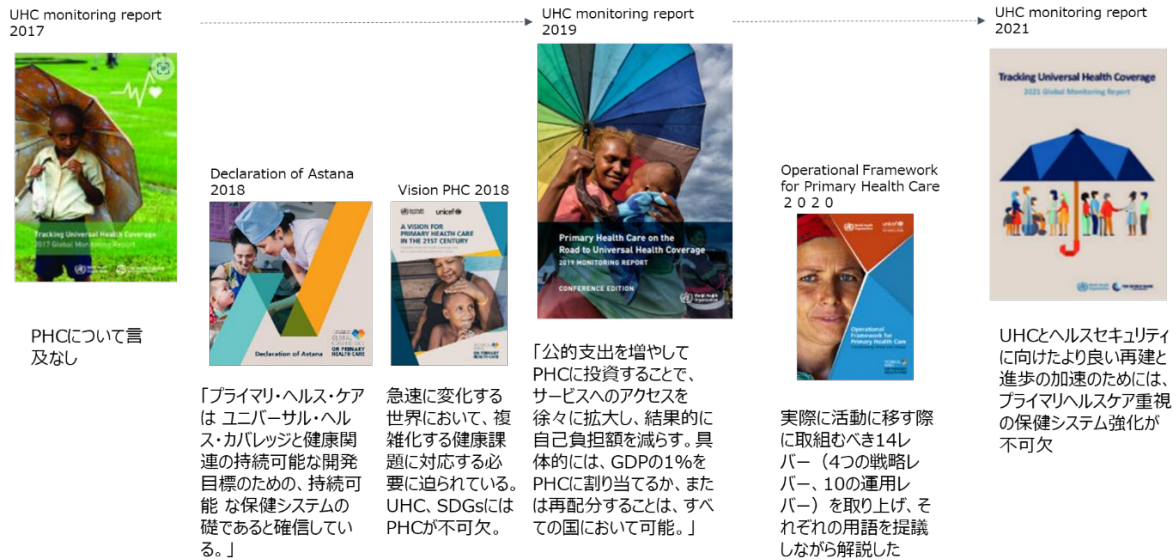


図1 UHC モニタリングレポートでの PHC への言及

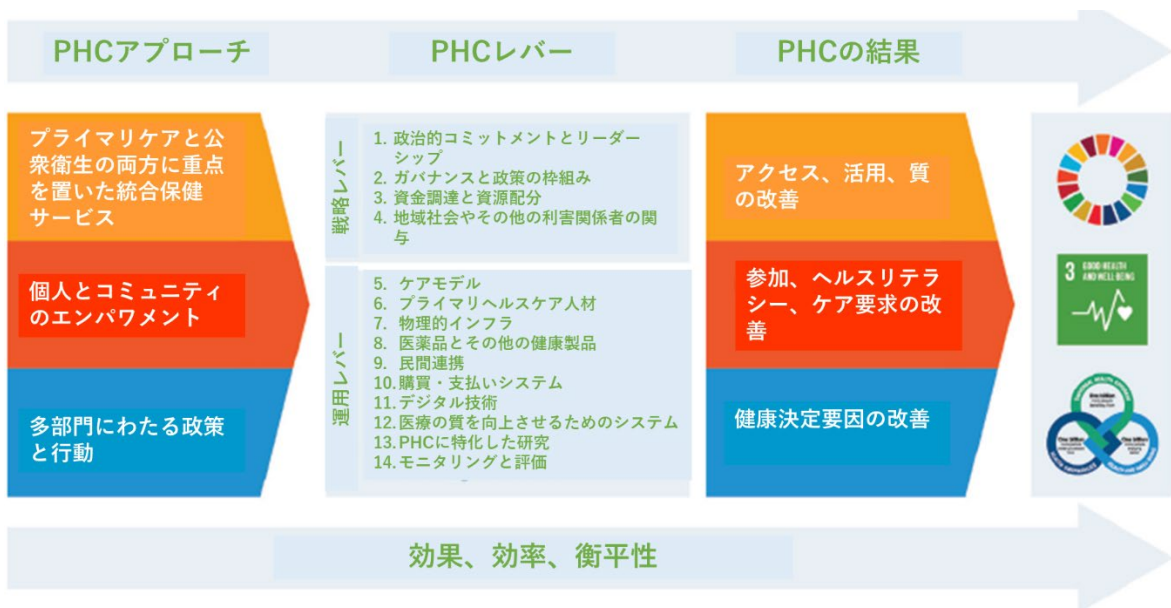


図2 SDGs と UHC 達成に向けた PHC の Operational Framework (参考文献 13 から報告者引用・和訳)

PHCの構成要素	PHCの構成要素がどのようにUHCを可能にするか		
	経済的保護／健康に対する家計支出の削減<A>	質の高いサービス、医薬品、ワクチン	公平なアクセス<C>
プライマリ・ケアと公衆衛生の両方に重点を置いた統合保健サービス<A>	<AA> 集団レベルのサービスが健康を予防しウェルビーイングを促進する → 個別ケアの削減 → 支出の削減 プライマリケアでの支出は、同じサービスを紹介制で提供する場合と比較して、費用対効果が高いことが示されている。	<AB> 初回診療、継続的、包括的、協調的、人間中心である、パフォーマンスの高いプライマリケアに基づく保健システムにより、健康アウトカムが改善される。	<AC> PHCが地域に根ざしたサービスを重視することで、地方や遠隔地、恵まれない人々のアクセスを確保するための重要な方法となる。
多部門にわたる政策と行動	<BA> 根本的な決定要因に対処することで、疾病を予防してウェルビーイングを促進→個別ケアの軽減 → 支出の軽減	<BB> 国民の疾病負担を軽減し、医療提供の質と安全性を向上させるためのリソースを確保する。	<BC> 根本的な決定要因に対処することで、サービスへのアクセスに対する障壁（環境、教育など）を軽減し、適切なアクセスを増やす。
人々や地域社会のエンパワメント<C>	<CA> 経済的保護を拡充するためのアドボカシー、資金調達システムの設計への関与は、受容性を向上させ、介入を拡大するために必要な賛同を増加させる。	<CB> アクセス拡大のためのアドボカシー、サービス構築への関与 → 文化的感受性と患者満足度の向上 → より適切な利用とヘルスリテラシーの向上 → より良いアウトカム、セルフケア能力の向上	<CC> 誰一人取り残さないためのアドボカシー、インフォーマルな介護者としての役割

図3 PHCがどのようにUHCを支えるか（参考文献13から報告者引用・和訳）

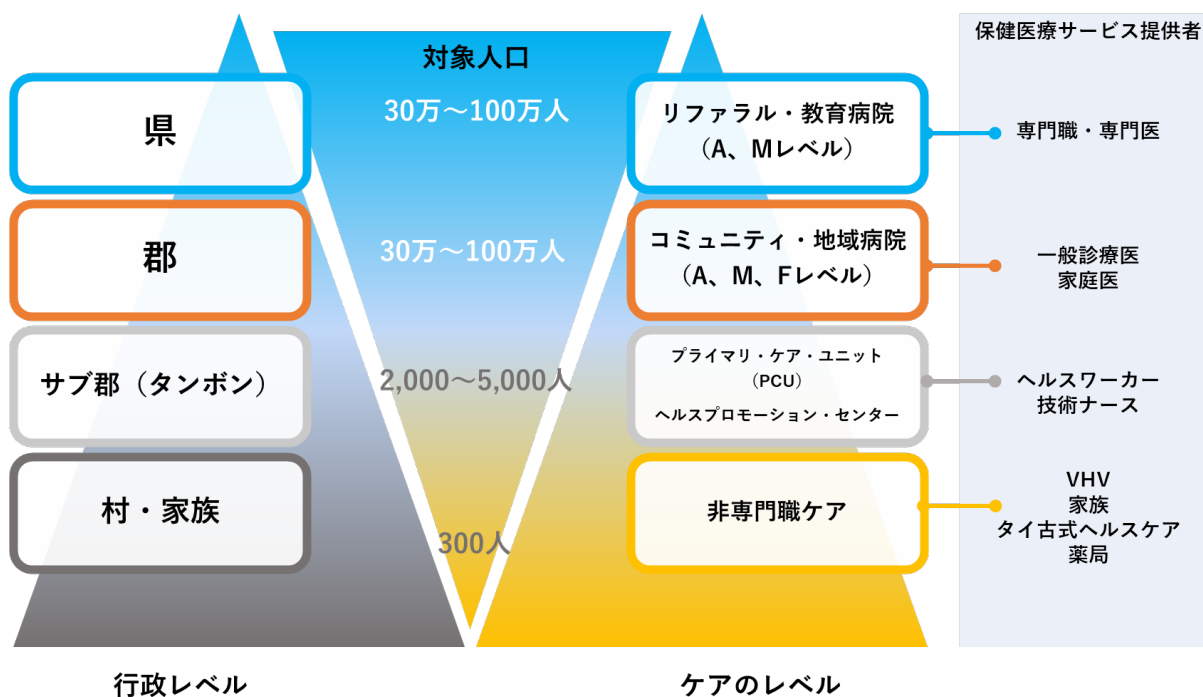


図4 タイにおける各保健システムレベルのステークホルダー（ワット・プレン病院のPPTを報告者が引用・和訳）

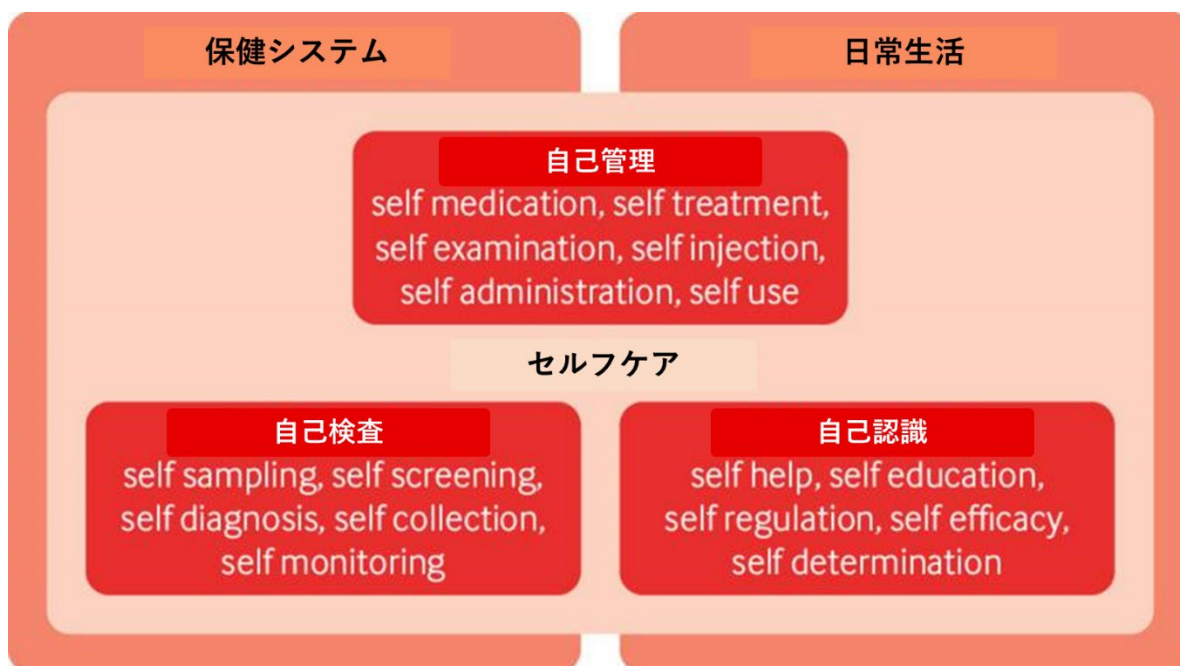


図5 保健システムと連動した介入の文脈でのセルフケア (参考文献 19 から報告者引用・和訳)

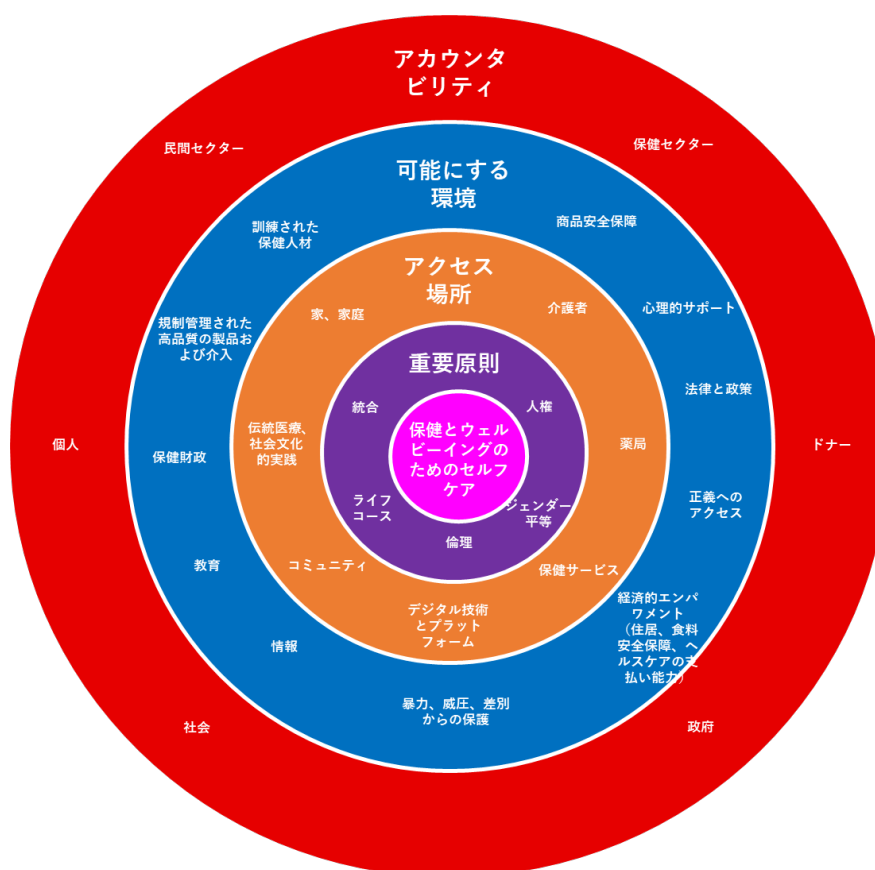


図6 セルフケア介入の概念枠組み (参考文献 19 から報告者引用・和訳)

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・カバレッジの普及と
持続可能な開発目標に向けて

プライマリ・
ヘルス・ケアに関する
技術シリーズ



©National Institute of Public Health, 2023

This translation was not created by the World Health Organization (WHO) or UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) . WHO and UNICEF are not responsible for the

content or accuracy of this translation. The original English edition "A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, 2018."

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,2023

この翻訳は、世界保健機関（WHO）もしくは国際連合児童基金（UNICEF）が作成したものではありません。WHOとUNICEF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。

"A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, 2018."

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・カバレッジの普及と
持続可能な開発目標に向けて

プライマリ・
ヘルス・ケアに関する
技術シリーズ



目次

序文	v
はしがき	vii
謝辞	viii
略語一覧	ix
プライマリ・ヘルス・ケアに関する技術シリーズ	xi
エグゼクティブ・サマリー	xii
1. はじめに	1
2. プライマリ・ヘルス・ケアとは何か?	2
3. なぜ今プライマリ・ヘルス・ケアに注目するの か?	3
3.1 変わりゆく世界	4
3.2 現在と将来の健康課題	4
3.3 保健医療関連SDGsとUHCに必要な基盤	5
4. 40年にわたる教訓	9
4.1 リーダーシップと政策	9
4.2 資金調達とリソース配分	10
4.3 保健医療人材	11
4.4 ケアの質	12
5. プライマリ・ヘルス・ケアの構成要素	13
5.1 統合保健医療サービスの中核となるプライマリ・ケアと本質的な公衆衛生機能	13
A. 個別サービス	13
B. 集団単位のサービス	15
5.2 多部門にわたる政策と行動	17
5.3 エンパワメントした人々とコミュニティ	18
A. 代弁者としての人々とコミュニティ	19
B. 保健医療・ソーシャル・サービスの共同開発者としての人々とコミュニティ	19
C. セルフケアラー、介護者としての人々	21
6. 21世紀のプライマリ・ヘルス・ケアのビジョン	23

7. 保健医療制度による行動のテコ入れ	25
7.1 ガバナンス、政策、財政上のテコ入れ策	28
A. 政治的関与とリーダーシップ	28
B. ガバナンスと政策のフレームワーク	28
C. 適切な資金調達とリソースの公平な配分	30
7.2 運用上のテコ入れ策	32
A. コミュニティやその他のステークホルダーの関与を促し、 問題や解決策を共同で定義し、行動の優先順位を決める	32
B. プライマリ・ケアと公衆衛生機能を優先させたケアモデル	32
C. 高品質で安全な保健医療サービス提供の確保	33
D. 民間事業者との関わり	33
E. プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) 人材	34
F. 物理的インフラ、適切な医薬品、製品、技術	34
G. デジタル技術	35
H. 購買および決済システム	35
I. PHC指向の研究	35
J. モニタリングと評価	36
8. 結論	37
用語集	38
参考文献	42

序文

1978年、世界の指導者、国際機関、保健当局がカザフスタンのアルマアタ (Alma-Ata、現アルマティ: Almaty) に集まり、「プライマリ・ヘルス・ケアに関するアルマアタ宣言」を発表した。この宣言は、世界保健史において画期的な文書として残されている。アルマアタ宣言は、コミュニティ主導で質の高いヘルスケアを、物理的にも経済的にも、すべての人が利用できるようにするという公約の基準を確立した。これは、世界保健機関 (WHO) とそのパートナーが20世紀の残りの期間にわたって追求した「2000年までにすべての人に健康を」という世界戦略や、2030年までに「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進する」という持続可能な開発目標 (SDG) の目標3の前身となるものである。

世界は国際保健の分野で素晴らしい進歩を遂げ、平均寿命は1978年に比べて約10年延び、5歳未満で死亡するリスクは約3分の2に減少するなどの変化を遂げた。実際、人口動態や疫学的な変遷により、疾病のスペクトラムは40年前とは大きく異なっている。予防可能な小児及び妊産婦の死亡という未解決の課題が残る一方で、急性感染症に代わって慢性非感染性疾患と外傷が疾病と死亡の主要原因となっており、必要とされる保健サービスのプロファイルに変化をもたらす必要がある。人口分布の変化 (都市化、高齢化が進む一方で、一部の世界地域では若年層の比重が高い)、医療及び非医療技術の高度化、健康リテラシーや参画及び期待の向上、食糧安全保障、健康に悪影響を及ぼす環境リスクの増大など、多くの要因や傾向により、2018年の世界は1978年と比較して大きく変化している。つまり、今こそ、アルマアタ宣言を見直し、適合させるとともに、SDGs時代とその先のために、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの基盤としてプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の新しいビジョンを策定する好機である。

2018年10月、世界の保健分野のリーダー、国際機関、市民社会、その他の関係者がカザフスタンのアスタナ (Astana) に集まり、1978年の宣言の40周年記念式を挙行了。専門家や市民社会が参加するグローバルな公開協議と、WHO加盟国間の詳細な交渉を経て、新たな文書「プライマリ・ヘルス・ケアに関するアスタナ宣言」が作成された。この宣言は、アスタナで開催される「プライマリ・ヘルス・ケア国際会議」で正式に発表され、各国政府が自国の官民組織、開発パートナー、その他の関係者と連携して、保健医療以外の分野も含めてプライマリ・ヘルス・ケアに高い優先度を与えるよう呼びかけることとしている。

「21世紀におけるプライマリ・ヘルス・ケアのビジョン:ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの普及と持続可能な開発目標に向けて」は、アスタナ宣言の根拠と土台となるものであり、統合的で質の高い、個人と集団レベルのプライマリ・ケアへの権利、多くの部門に依存する、社会と経済の複合構造としての保健、保健サービスへのコミュニティ参画とエンパワメントに引き続き政治的に焦点が当てられたものである。過去40年間に収集された証拠を検証し、当初想定されたPHCの進展がまちまちであった理由を説明している。また、PHCの構成要素がどのように進化し得るかを詳細に説明し、21世紀のPHCのための魅力的で達成可能なビジョンで締めくくられる。

アルマアタ会議から30年後の2008年、「世界保健報告2008 - これまで以上に必要なプライマリ・ヘルス・ケア(The world health report 2008 - primary health care: now more than ever)」は、PHCの再活性化のための新たな機会を創出した。しかし、その後の数年間、保健開発援助はより疾病に焦点を当てたものとなり、部門やプログラムを超えて活動する機会や、保健医療の意思決定にコミュニティが参加する機会は失われてしまった。その結果、多くの国で、保健医療の質の低下やスタッフ不足とともに、PHCの中核をなすプライマリ・ケア制度の説明責任と範囲が弱まったままになっている。

我々はまだSDGs時代の初期段階にあり、デジタル時代がもたらす恩恵は刺激的で革命的である。このビジョンに関する文書は、PHCが新しい技術、新しいリソース、新しいパートナーシップ、新しい機会からどのような恩恵を受けることができるかを概説する。我々の組織は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に不可欠な、健康とヘルスケア・サービスの基盤として、PHCを推進していく。我々は共に、誰一人取り残さない、あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活とウェルビーイングを実現することができる。



Tedros A. Ghebreyesus
世界保健機関(WHO)事務局長



Henrietta H. Fore
国連児童基金(ユニセフ)事務局長

はしがき

この文書は、WHOとユニセフが主導した共同作業の成果である。この作業は、カザフスタンの保健大臣であるDr Yelzhan Birtanovが、WHOの事務局長であるDr Tedros GhebreyesusとWHOヨーロッパ地域事務所長のDr Zsuzsanna Jakabに対し、アルマアタで開催された画期的なプライマリ・ヘルス・ケア国際会議の40周年を機に、その宣言を更新して活用するよう提案したことに応えるものであった。

この文書は、UHCと持続可能な開発に関する2030アジェンダに照らしてプライマリ・ヘルス・ケアへの取り組みを刷新するために招集されたプライマリ・ヘルス・ケア国際会議を支援する技術シリーズの1つである。この背景文書、運用フレームワーク、および関連する技術文書は、文献のレビュー、PHCに関する2018年WHO地域レポート、PHCに関する国のケーススタディ、過去40年間のPHC実施で学んだ教訓の文献レビューと統合、世界的ロードマップに合意した主要関係者との多くのワークショップ、PHCに関する国際諮問グループからの情報、公開協議、専門家のレビュー、PHCに関する重要課題に関するテーマ別レポートに基づき、作成されている。

この文書シリーズは、過去40年にわたるWHOの保健医療に関するレポート、特に2000年までにすべての人に健康をもたらす世界戦略(1)、プライマリ・ヘルス・ケア21:「全員参加の事業」(2)、健康の社会的決定要因に関する委員会最終レポート(3)、世界保健報告 2008 - これまで以上に必要なプライマリ・ヘルス・ケア(4)、総合的で人を中心とした保健サービスに関するWHOフレームワーク(5) に基づいたものである。

謝辞

この文書は、プライマリ・ヘルス・ケア国際会議に際し、山本尚子(WHO保健医療制度・世界健康保障担当事務局長補)、Zsuzanna Jakab(WHO欧州地域事務所長)、Ted Chaiban(国連児童基金プログラム担当局長、UNICEF)の総合指揮のもと、PHCに関する技術シリーズの一部として作成されたものである。この作業は、カザフスタンの保健大臣であるDr Yelzhan Birtanovからの手紙に応じたもので、アルマアタでの画期的なプライマリ・ヘルス・ケア国際会議の40周年を機に、PHCに関する宣言を更新することを提案したものである。国際会議の準備チームは、Ed Kelley(WHO)、Hans Kluge(WHO 欧州)、Vidhya Ganesh(UNICEF)が中心となって運営された。

総合的な技術調整は Shannon Barkley(WHO)、David Hipgrave(UNICEF)、Pavlos Theodorakis(WHO 欧州)が担当した。

主執筆チームは、Toby Kasper(独立コンサルタント)、Katherine Rouleau(トロント大学、カナダ)、Sameen Siddiqi(アガカーン大学、パキスタン)、Jose M Valderas(エクセター大学、英国)によって構成された。

この文書の技術的助言とレビューを行った、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのためのPHCに関する国際諮問グループは以下のとおり。Mengesha Admassu(PHC 国際研究所)、Belghiti Alaoui(国立公衆衛生学校、モロッコ)、Hanan Balkhy(国家警備衛生省、サウジアラビア)、Rani Bang(地域医療に関する教育・行動・研究会)、Susan Brown(GAVI:世界ワクチン予防接種同盟)、Vanessa Candeias(世界経済フォーラム)、Howard Catton(国際看護師協会)、Jeanine Condo(ルワンダ生医学センター)、Ariana Childs Graham(PHC イニシアチブ)、Austen Davis(ノルウェー開発協力庁)、Eric de Roodenbeke(国際病院連盟)、Adolfo Rubenstein(アルゼンチン保健大臣)、Yan Guo(北京大学)、Dana Hovig(ビル&メリンダゲイツ財団)、Amanda Howe(世界家庭医機構)、Otmar Kloiber(世界医師会)、Bridget Lloyd(人々の健康運動)、Barbara McPake(メルボルン大学)、Claunara Schilling Mendonça(リオ・グランデ・ド・スル連邦大学)、Elias Mossialos(ロンドン大学経済学部)、Makoka Mwai(世界教会協議会)、K Srinath Reddy(インド公衆衛生財団)、Kelly Saldana(USAID)、Kawaldip Sehmi(国際患者団体連合)、武内良樹(財務省国際局)、Sophia Tsirbas(地球市民)、Carina Vance(南米保健ガバナンス研究所)、Jeanette Vega(Red de Salud UC-Christus)、Batool Wahdani(国際医学生協会連盟)。

また、以下の多くの国際的な専門家から助言とコメントをいただいたことに感謝する。Rifat Atun、Asaf Bitton、Nick Goodwin、James Macinko、Isabella Maina、Martin McKee、Abdelhay Mechbal、Khalif Bile Mohamud、Hernan Montenegro、Sergio Minué、Pierre Ongolo-Zogo、Wim Van Lerberghe。

第一稿に対する貴重なコメントと示唆は、その他の協力パートナー、WHOとUNICEFの各地域・各国別事務所スタッフ、特に以下の方々によってもたらされた。Luke Allen、Anshu Banerjee、Ernesto Bascolo、Anjana Bhushan、Luisa Brumana、Ogochukwu Chukwujekwu、Amalia del Riego、Rene Ehounou Ekpini、Tarcisse Elongo、Ricardo Fabrega、Gabriele Fontana、Akthem Fourati、Abdul Ghaffar、Ann-lise Guisset、Anouk Hamers、Rania Kawar、Ghazanfar Khan、Karen Kinder、Etienne Langlois、Lizzie Madden、Inke Mathauer、Lúcio Meneses de Almeida、Khin Pa Naing、Yuri Oksamitniy、Yu Lee Park、Jerome Pfaffman、Geetha Gopalakrishna Pillai、Hassan Salah、Gerard Schmets、Diana Sera、Manisha Shridhar、Nuria Toro Polanco、Prosper Tumusiime、Nicole Valentine、Adriana Velazquez Berumen、Wendy Venter、Karen Vincenti、Francesco Zambon、Diana Zandi。

略語一覧

CHW	地域保健医療従事者
DCP3	疾病対策優先プロジェクト
GDP	国内総生産
HiAP	あらゆる政策における健康配慮
ICT	情報通信技術
NCD	非感染性疾患
NHPSPs	国家保健分野政策、戦略、計画
PHC	プライマリ・ヘルス・ケア
SDG	持続可能な開発目標
UHC	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
UNFPA	国連人口基金
UNICEF	国連児童基金
WHO	世界保健機関

プライマリ・ヘルス・ケアに関する技術シリーズ

アスタナ宣言

21世紀の プライマリ・ ヘルス・ケアのビジョン

PHCの 事例作成

- 経済的事例
- 健康アウトカム事例
- 対応事例

運用 フレームワーク

ビジョンから アクションへ

- あらゆる政策における健康配慮・多部門活動
- 個人、家族、コミュニティにエンパワメントを行う
- PHC保健医療従事者
- 戦略的購買
- 民間部門
- PHCの質
- デジタル技術
- 保健医療サービスの統合
- 公衆衛生とプライマリ・ケアの統合
- PHCにおける病院の役割
- 抗菌剤耐性
- PHCと健康危機
- 地方のプライマリ・ケア

PHCを通じた 健康ニーズへの対応

- 性、生殖、母性、新生児、子ども、青少年の健康
- 高齢者
- リハビリテーションケア
- 緩和ケア
- 非感染性疾患
- メンタルヘルス
- 感染性疾患
- HIV・AIDS
- 伝統医学と補完医学

PHCに関する 地域レポート

- アフリカ
- 米州
- 西太平洋域
- 東南アジア
- 東地中海沿岸
- 欧州

各国事例研究

- プライマリ・ヘルス・ケアの進捗
- 豪州*
- ブラジルカナ
- タ*
- 中国
- エジプト
- エルサルバドル
- エストニア
- フィンランド*
- プライマリ・ヘルス・ケア制度 (PRIMASYS)
- ガーナ
- ジャマイカ
- カザフスタン
- サモア
- スリランカ
- スーダン*
- スリナム*
- タイ
- トルコ
- ベトナム

* = あらゆる政策における健康配慮

エグゼクティブ・サマリー

1978年のアルマアタ宣言は、世界保健史におけるランドマークとなった。それから40年、プライマリ・ヘルス・ケア国際会議とそれに付随する宣言は、誰一人取り残さない、すべての人の健康とウェルビーイングを追求するプライマリ・ヘルス・ケアへの取組みを新たにしている。

今、PHCに注目することが重要なのは、以下の3つの理由による。

1. PHCの特徴は、複雑で急速に変化する世界に保健医療制度が適応し、対応できるようにすることにある。
2. 健康増進と予防に重点を置き、決定要因に対処し、人間中心のアプローチをとるPHCは、健康不良の主な原因や危険因子に対処するだけでなく、将来の健康を脅かす可能性のある新たな課題に対処するための非常に有効かつ効率的な方法であることが証明されている。
3. UHCと健康関連のSDGsは、PHCをより重視することによってのみ、持続的に達成することができる。

1978年以降、PHCの概念は再解釈、再定義が繰り返され、この用語に対する混乱を招いてきた。この文書では、PHCがSDGsやUHCとどのように整合し、貢献しているかを含め、PHCの現代的な概念を詳しく説明する。

PHCとは、健康増進、疾病予防から治療、リハビリテーション、緩和ケアまでの一連の流れの中で、できるだけ早い段階で、人々のニーズや嗜好(個人とコミュニティの両方)に焦点を当て、人々の日常生活の環境に可能な限り近いところで、健康とウェルビーイングの水準と配分を公平に最大化することを目指す社会全体へのアプローチである。

PHCは相互に関連し、相乗効果をもたらす以下の3つの要素で構成されている。

1. 包括的な促進、保護、予防、治療、リハビリ、緩和ケアを通じて生涯にわたる人々の健康ニーズに応え、プライマリ・ケアによる個人と家族、公衆衛生機能による集団を対象とした主要ヘルスケア・サービスを戦略的に優先させ、統合保健医療サービスの中心的要素とする。
2. すべての部門にわたるエビデンスに基づく政策と行動を通じ、より広範な健康の決定要因(個人の特性や行動だけでなく、社会的、経済的、環境的要因を含む)に体系的に取り組む。
3. 個人、家族、コミュニティが、健康とウェルビーイングを促進、保護する政策の代弁者として、保健及びソーシャル・サービスの共同開発者として、またセルフケアラーや介護者として、自らの健康を最適化できるようにエンパワメントを行う。

このビジョンでは、個人およびコミュニティとしての人々を、保健医療に向けたすべての取組みの中心的な焦点として位置づけている。到達可能な最高水準の健康とウェルビーイングに対する人々の基本的権利と、社会正義に対する世界の新たな取組みは、適切な社会的保護と最も不利な立場にある人々のニーズに対応する協調的取組みによって表現されるものである。

人々は、サービスを受ける人々のニーズを考慮しながら計画され、提供される集団ベースの対策を通じ、有害な健康アウトカムから保護される。

その中には、地域の風土病や疾病発生の予防と管理、非伝染性疾患の予防、主要なリスクを含む一般的な健康問題やその予防と管理方法に関する情報と教育が含まれる。

個別ケアでは、信頼できる多職種のプライマリ・ケアチームが、ケア目標の優先順位付けと特定において患者を支援する。チームは、患者の文化的嗜好やライフステージを考慮しつつ、広範な問題(精神と身体、慢性と急性、感染症と非感染症)に対し、個々の患者ケアにアプローチする。チームは、患者の健康ニーズを評価し、医療技術や情報技術の適切な利用により、安全でエビデンスに基づいたコスト効率の高い管理を行い、より広いPHCネットワークを通じて、ケアを必要とする患者のための追加的または専門的サービスを調整する役割を担っている。

社会的、経済的、環境的な決定要因や関連する商業的な要素を含む幅広い健康の決定要因に、政府、市民社会、民間部門の複数の部門が関わる行動を通じて対処し、健康とウェルビーイングを育む社会と環境を維持する。

社会的保護、住宅、教育、農業、金融、工業などの部門間の緊密な連携により、人々は、きれいな空気、歩きやすさとアクセス性、緑地、交通安全、効果的な公共交通機関の選択肢を組み合わせた健康増進型の居住区で生活することが可能になる。

健康とウェルビーイングを増進するための取組みは、コミュニティに根ざし、コミュニティから情報を得ている。人々は、医療技術や情報通信技術(ICT)の可能性を最大限に活用し、自分自身や大切な人をケアするために必要な知識、スキル、リソースにアクセスすることができる。

21世紀におけるPHCの野心的なビジョンを達成するためには、変革的な行動が必要である。この行動の具体的な内容は国によって大きく異なる。例えば、ミレニアム開発目標が未達成の脆弱な環境で求められる活動は、非伝染性疾患の蔓延に直面している中所得国がすべきこととは大きく異なるだろう。そこで、PHCの実現に向け、各国が柔軟に対応できる13の「テコ入れ策」が特定された。

具体的な行動の選択は、地域的なもの(その国の社会、経済、環境の状況や傾向、疾病負担、保健医療制度の強みと弱み等)と世界的なもの(PHCの改善に効果があるとされてきたものとそうでないもの等)の両方のエビデンスに基づいて行うべきである。これを支援するため、ここでは、過去40年間のPHCに関する研究から得られた教訓をまとめている。

SDGsを通じて、世界はすべての人々の健康とウェルビーイングの向上を目指した野心的な開発課題に取り組んできた。アルマアタ宣言から40年、エビデンスを備え、新たな世界的な取組みに触発されて、今こそ国際社会は大胆なステップを通じて、人類を「すべての人々の健康とウェルビーイング」に近づけるべき時である。プライマリ・ヘルス・ケアへの大胆な新しいアプローチは、SDGsとUHCを達成する上で中心となる。前進には、勇気と決意が必要である。明らかに、今がその時である。世界は、成功のためにこれ以上ない好位置につけている。

1. はじめに

1978年のアルマアタ宣言は、世界保健史におけるランドマークとなった。それから40年、プライマリ・ヘルス・ケア国際会議は、誰一人取り残さない、すべての人々の健康とウェルビーイングを追求するプライマリ・ヘルス・ケアへの取組みを新たにしている。

このビジョン文書では、PHCの現代的な概念を定義し、PHCの構成要素を説明し、それらがいかにより、人々による、人々のための健康、公平、効率を促進するかを概説している。PHCがSDGsやUHCとどのように整合し、貢献するのかを説明している。また、過去40年間にPHCの実施を成功させるために学んだ教訓を強調し、直面した課題を説明する。最後に、今世紀のPHCのビジョンを概説し、ビジョン達成のための主要なテコ入れ策を提案する。

つまり、この文書は、SDG目標3の言葉にあるように、「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進する」アプローチを提供する。

2. プライマリ・ヘルス・ケアとは何か？

PHCの概念は、1978年以来、繰り返し解釈され、再定義されてきた。ある文脈では、PHCは外来または初回接触型の個人的なヘルスケア・サービスの提供を指す。他の文脈では、低所得者層に対する一連の優先的な健康介入（選択的PHCとも呼ばれる）として理解されている。PHCを人間開発の本質的な要素として理解し、単に医療サービスを提供するだけでなく、経済的、社会的、政治的な側面に焦点を当てる者もいる。これらの解釈は、いずれもアルマアタ宣言で示されたより広範な定義を単純化したものであり、その実施によって包括的なPHCアプローチの利点が失われる危険性をはらんでいる。PHCの明確でシンプルな定義は、世界、国、地域レベルでの今後のPHCの取組みの調整を容易にし、その実施の指針とするために必要である。

PHCとは、健康増進、疾病の予防から治療、リハビリテーション、緩和ケアまでの一連の流れの中で、できるだけ早い段階で、人々のニーズや希望に焦点を当て、人々の日常生活の環境に近いところで、可能な限り高いレベルの健康とウェルビーイングを確保し、それらを公平に配分することを目的とした社会全体の健康に対するアプローチである。

図 1. プライマリ・ヘルス・ケアの構成要素



過去40年間に蓄積された経験は、相互に関連し相乗効果をもたらす3つの要素を組み込んだ、包括的なPHCの定義を支えている(図1)。

1. 包括的な促進、保護、予防、治療、リハビリ、緩和ケアを通じて生涯にわたる人々の健康ニーズに応え、プライマリ・ケアによる個人と家族、公衆衛生機能による集団を対象とした主要ヘルスケア・サービスを戦略的に優先させ、統合保健医療サービスの中心的要素とする。
2. すべての部門にわたるエビデンスに基づく政策と行動を通じ、より広範な健康の決定要因(個人の特性や行動だけでなく、社会的、経済的、環境的要因を含む)に体系的に取り組む。
3. 個人、家族、コミュニティが、健康とウェルビーイングを促進、保護する政策の代弁者として、保健及びソーシャル・サービスの共同開発者として、またセルフケアラーや介護者として、自らの健康を最適化できるようにばわめんとを行う。

PHCは、社会正義、公平性、参加へのコミットメントに根ざしている。それは、世界保健機関(WHO)の憲章(6)に記載され、世界人権宣言の第25条で強調されているように、到達可能な最高水準の健康を享受することは、区別なくすべての人間の基本的権利の一つであるという認識に基づいている。「すべて人は、衣食住、医療及び必要な福祉サービス等により、自己及び家族の健康及びウェルビーイングに十分な生活水準を保持する権利を有する」(7)。このことは、質の高い本質的な保健医療サービスを利用しやすくし、健康とウェルビーイングを促進、保護する政策を実施する政府の責任を明確にするものである。保健医療制度の数多くの比較分析により、保健医療は人々の健康を増進するための最も公平で、効率的かつ効果的な戦略であることが実証されている。

質の高い安全なプライマリ・ケアを提供することは、PHCのアプローチにとって重要である一方、それだけでは不十分である。多部門にまたがる政策と行動、エンパワメントした人々とコミュニティ、そして本質的な公衆衛生機能も必要である。これらの要素が一体となって、すべての人が到達可能な最高水準の健康とウェルビーイングを達成するためのメカニズムができあがる。これらの要素については、セクション5でより詳細に説明する。

3. なぜ今プライマリ・ヘルス・ケアに注目するのか？

PHCを刷新し、健康とウェルビーイングを向上させる取組みの中心に据えることは、以下の3つの理由から非常に重要である。

1. PHCの特徴は、複雑で急速に変化する世界に保健医療制度が適応し、対応できるようにすることにある。
2. 健康増進と予防に重点を置き、決定要因に対処し、人間中心のアプローチをとるPHCは、健康不良の主な原因や危険因子に対処するだけでなく、将来の健康を脅かす可能性のある新たな課題に対処するための非常に有効かつ効率的な方法であることが証明されている。
3. UHCと健康関連のSDGsは、PHCをより重視することによってのみ、持続的に達成することができる。

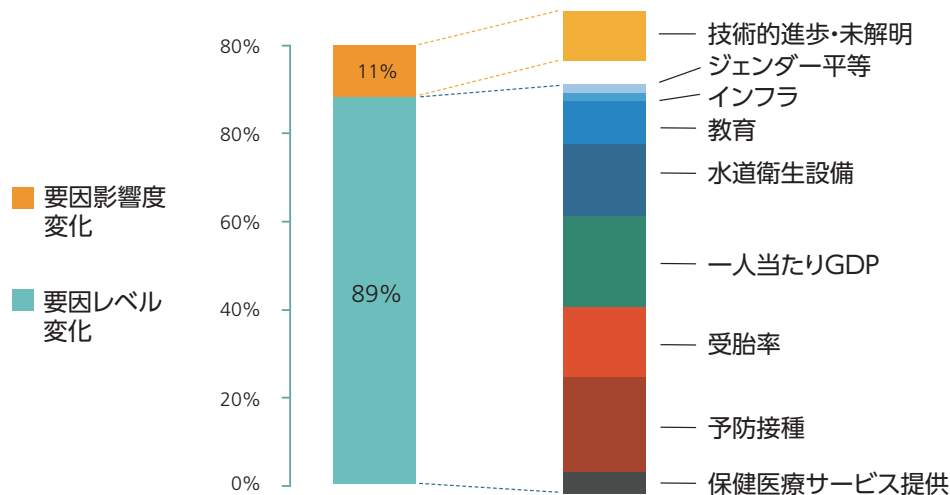
これらは、何が健康とウェルビーイングの向上につながるかについてのエビデンスによる理解に基づく (Box 1)。

Box 1 複雑に絡み合う、健康増進につながる要因

アルマアタ宣言から40年、健康とウェルビーイングに影響を与える様々な要因の複雑な相互作用に関する研究が爆発的に進展している。これらの要因の中には、保健医療制度や医療サービスへのアクセスに直接関係するものもあるが、医療サービス以外にも、様々な要因が健康とウェルビーイングの形成に重要な役割を果たしていることは、十分に明らかである。これらの要因には、社会的疎外、食料制度、教育、環境的要因が含まれる。

例えば、最近の分析では、1990年から2010年にかけて子どもにおける死亡率減少の約半分は、医療分野以外の要因によるものであることが判明している。下図は、様々な要因(ジェンダー平等の向上、水道衛生設備の改善、経済成長など)が5歳未満児死亡率の減少を示しており、医療分野以外の要因が大きく寄与していることが分かる。注記:要因影響度変化とは、その要因の影響度の経時的変化を指す(すなわち、1990年と同程度の技術進歩が、2010年の5歳未満児死亡率の低下と関連している)。要因レベル変化とは、5歳未満児の死亡率と関連するターゲットのレベルの変化を指す(水道衛生設備へのアクセスの向上が、5歳未満児の死亡率の変化に関与していた等)。

5歳未満児死亡率変化への寄与要因(1990~2010年)



3.1 変わりゆく世界

世界では、経済、環境、技術、人口動態の急速な変化が起きており、そのすべてが健康とウェルビーイングに影響を及ぼしている。これらの影響は必ずしも有益なものばかりではなく、多くの重要な動向が重大な問題を引き起こしている。

経済成長は健康とウェルビーイングに直接関係するが(原因・結果として)、その分布は不公平であり、特にサハラ以南のアフリカではここ数十年遅れをとってきた。多くの国で国内格差が拡大し、世界と地域の両レベルで一連の経済ショックと危機が発生し、健康とウェルビーイングに負の影響を及ぼしている。更に、多くの国が紛争や脆弱性の影響を継続的に受けており、住民の健康状態に重大な影響を及ぼしている。推定6,850万人が強制的に故郷を追われ、これは記録的な高水準である(9)。さらに何億人もの人々が都市部へ内部移住し、その結果、世界人口の55%以上が都市に住んでいる(10)。このことが健康とウェルビーイングに及ぼす影響は、プラスにもマイナスにもなり得る。気候変動は、極度の貧困に苦しむ人々の数を大幅に増加させる可能性があり(11)、「21世紀最大の世界的な健康の脅威」(12)と呼ばれている。

PHCによって、社会と保健医療制度はこれらの課題に対応することができる。多部門アプローチでは、国や地域レベルの幅広い関係者の関与を促し、健康とウェルビーイングの社会的、経済的、環境的決定要因に対処するための政策を検討し、考案する。人々とコミュニティを自分たちの健康とウェルビーイングを生み出す重要な役割を果たす者として扱うことは、変化する状況の複雑さを理解し、それに対応するために重要である。

3.2 現在と将来の健康課題

過去40年間、健康とウェルビーイングの改善においてかなりの進展があり、妊産婦、新生児、子どもの死亡や、HIV・AIDS、マラリア、結核、ワクチンで予防できる病気などを原因とする死亡例が劇的に減少している。PHCはこうした進歩に貢献し、現在では、特に罹患率と死亡率の主要原因のいくつかについて、この手法の有効性を示すエビデンスが豊富に存在している(13, 14, 15)。また、PHCは、予防、促進サービスへのアクセスを改善し、無数の疾患に対する早期診断と治療を提供し、人間全体のニーズに焦点を当てた人間中心のケアを提供し、回避可能な入院や再入院を減らすことによって、総医療費を削減し効率を高めることが示されている(16, 17, 18, 19)。

未だ多くの国で、ミレニアム開発目標の未達成と言われる、感染症、妊産婦、新生児、小児疾患、栄養失調の問題に取り組んでいるのが現状である。しかし、世界的に見ると、人口の高齢化や不健康なライフスタイル(不健康な食事、運動不足、喫煙など)を助長する不健康な環境の結果として、疾病のパターンに劇的な変化が生じている。すべての国において、非感染性疾患(NCD)によって失われる障害調整生存年数の割合は、1990年から2016年の間に44%から61%に増加し、低・中所得国において最も速いペースで増加している(20)。一人の人間に複数の(しばしば慢性的な)疾患が共存すること(multimorbidity)は、当該個人に大きな負荷を与えるだけでなく、その複雑な管理を行う際に利用できるエビデンスが比較的不足しているため、特別な課題を呈している(21, 22)。また、メンタルヘルスに関連する疾病の負荷はここ数十年で増加しており、主要かつほとんど治療されていない疫病として認識されるようになってきている。このように複雑化する保健医療ニーズに対応するためには、健康増進政策と疾病予防政策を統合した多部門アプローチ、コミュニティに対応した解決策、そして人間中心の保健医療サービス、つまりPHCが必要とされている。

もう一つの重要な課題は、新種の病原体や現在の治療法に耐性を持つ病原体の蔓延である。過去10年間のエボラ出血熱の流行は、地域の保健医療制度の脆弱性によるものであることが証明された。同時に、抗菌薬耐性菌の増加も、現在の治療法にとって大きな脅威となっている。PHCには、コミュニティの参画と教育、良質な医薬品の入手の重視、合理的な処方、監視と早期対応を含む本質的な公衆衛生機能の中核的役割など、これらの問題に取組み、健康安全を向上させるために必要な主要要素が含まれている。更に、コミュニティと周辺保健医療施設レベルを強化することで、PHCはレジリエンスの構築に貢献する。これは、保健医療制度に対するショックに耐え、必要不可欠な保健医療サービスを継続して提供するために不可欠なものである。

3.3 保健医療関連SDGsとUHCに必要な基盤

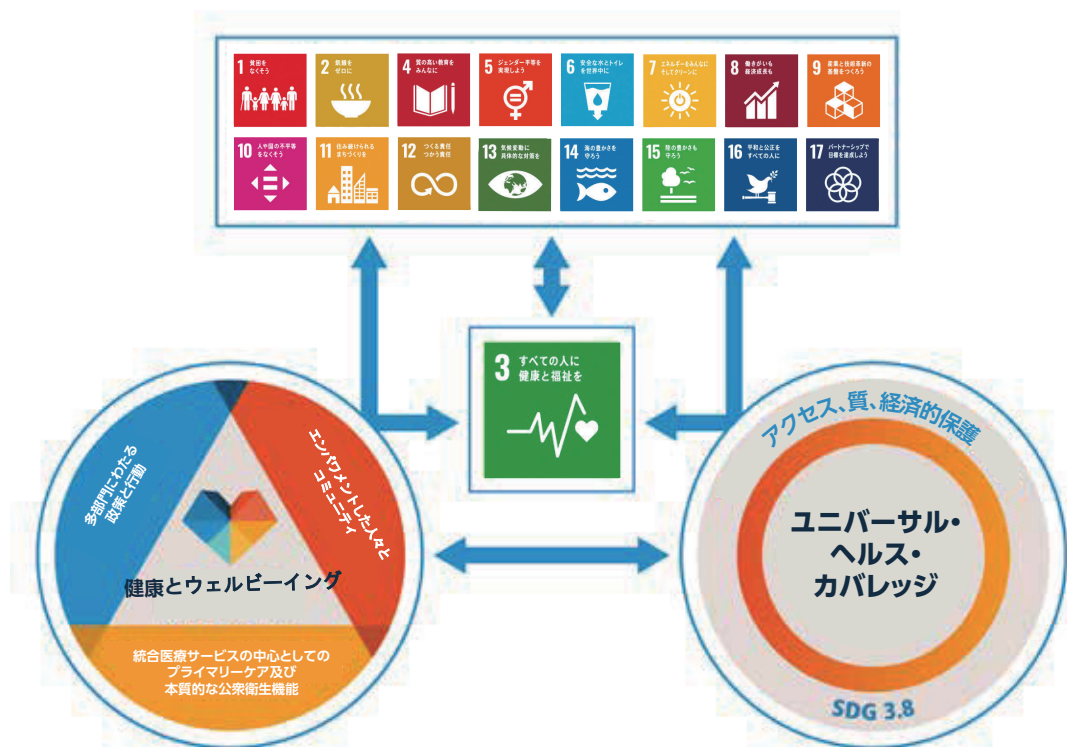
持続可能な開発のための2030アジェンダと17の持続可能な開発目標は、より良い世界を構築するための野心的なアジェンダを提示する。健康とウェルビーイングは、特にSDG目標3を通して取り上げられており、あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進するための取組みを求めている(23)。SDGsの統合的なビジョンに沿って、SDGの目標3のターゲットは、他の開発目標から影響を受けつつも、健康とウェルビーイングに直接関係している。

誰一人取り残さず、SDGの目標3のターゲットを達成することは、PHCを通してのみ可能である。母子・新生児死亡率の削減、性と生殖に関する保健医療サービスへの普遍的アクセスの確保、薬物乱用の予防と治療の強化、NCDの予防と治療といったターゲットは、健康とウェルビーイングを促進する多分野にわたる政策と行動、プライマリ・ケアと公衆衛生機能を優先した統合保健

医療サービス、エンパワメントした人々とコミュニティにかかっている。エイズ、結核、マラリア及び顧みられない熱帯病(NTDs)、肝炎、水媒性疾患、その他の感染症の蔓延を食い止めるといったターゲットでさえ、これまでは主に垂直的な取組みによって対処されてきたが、成果を維持し継続するには、より統合的なアプローチが不可欠であるという認識が高まってきている。例えば、質の悪い住宅や放置された家庭周辺環境は、マラリア、アルボウイルス病(デング熱、黄熱病、チクングニア、ジカウイルス病など)、シャーガス病、リーシュマニア症の感染リスク要因になる。健康における住宅部門の役割は、政府とサービス提供組織全体で明確に理解され、支持される必要がある。同様に、他の公共政策や行動が保健医療サービスに及ぼす影響も十分に理解される必要がある(24)。

多部門にわたる政策と行動がPHCの重要な構成要素であるという事実は、SDGsの統合的ビジョンに沿うものであり、PHC関連の取組みが他の多くの部門を活かし、強化できることを意味する。その結果、PHCは、貧困、飢餓、教育、ジェンダー平等、清潔な水道設備、仕事と経済成長、不平等削減、気候変動対策など、SDG3以外の多くの目標の達成に貢献することができる(図2)。

図 2. PHC、UHC、SDGsの連携



現在、国際社会はUHCの達成に大きな力を注いでおり、PHCはその取組みに必要な基盤となっている。UHCには、経済的保護の向上(それによって家計の医療支出を減らす)、質の高いサービスや医薬品、ワクチンへのアクセス向上など、いくつかの側面がある。最も不利な立場にある人々を含むすべての人々に手を差し伸べることが、UHCの重要な要素である。PHCは、UHCの各側面に取組むために非常に重要である(表1)。

- PHCは、健康の根本的な決定要因に取組み、病気を予防し、ウェルビーイングを促進する集団レベルのサービスを重視することで、家計の健康支出を減らす上で重要な役割を担っている。これにより、個人的なケアの必要性が減少し、健康問題がより複雑で費用のかかる状態にまで拡大するのを回避することができる。エンパワードした人々とコミュニティは、医療サービスに対する経済的保護を強化するための重要な代弁者となる。
- PHCは費用対効果の高いサービス提供方法であるため、PHCに焦点を当てることは、各国がユニバーサルアクセスに向けて前進する上で最も価値ある方法である。エンパワードした人々とコミュニティがサービスの共同開発者として関わることで、文化的感受性が向上し、患者の満足度が高まり、最終的には利用が増加し、健康アウトカムも向上する。更に、最初に接触し、継続的に、包括的に、調整され、人間を中心としたプライマリ・ケアサービスに基づく保健医療制度は、より良い健康アウトカムをもたらすという相当なエビデンスがある。
- 多くの国々で、現在ケアにアクセスできない人々の大半は、不利な立場に置かれている。PHCは、脆弱性をもたらす健康上の決定要因に取組むことに重点を置いているため、この問題に対応するのに最適な立場にある。更に、ほとんどの国では、コミュニティベースのサービスに焦点を当てたPHCが、遠隔地の不利な立場にある人々に手を差し伸べる唯一の方法である。



表 1. PHCがいかにUHCの達成を支援するか？

		PHCの構成要素によるUHC達成支援の方法		
		経済的保護・健康に対する家計支出の削減	質の高いサービス、医薬品、ワクチン	公平なアクセス
PHCの構成要素	プライマリ・ケアと本質的な公衆衛生機能	<p>集団レベルのサービスにより 疾病を予防、ウェルビーイングを促進 → 個別ケアを減少 → 支出を削減</p> <p>プライマリ・ケアでの支出は、同じサービスをリファーマルケアで提供する場合と比較し、費用対効果が高いことが示されている</p>	<p>最初の接触、継続的、包括的、調整的、人間中心のパフォーマンスの高いプライマリ・ケアに基づく保健医療制度が、健康アウトカムを向上</p>	<p>PHCが地域に根ざしたサービスを重視することは、地方や遠隔地、不利な立場にある人々であっても、アクセスを確保するための重要な方法</p>
	多部門にわたる政策と行動	<p>根本的な決定要因に対処することで、疾病を予防 → 福祉を促進 → 個別ケアを減少 → 支出を削減</p>	<p>国民の疾病負担を軽減し、ヘルスケア提供の質と安全性を向上させるためのリソースを確保</p>	<p>根本的な決定要因に対処することで、サービスへのアクセスに対する障壁（環境、教育など）を軽減、適切なアクセスを増やすことが可能</p>
	エンパワメントした人々とコミュニティ	<p>経済的保護を拡大することの政策提言、資金調達制度設計への関与は、介入拡大のため重要である、受容性を向上、大量購買を促進</p>	<p>アクセス拡大の政策提言、サービス共同開発者としての参加 → 文化的感受性と患者満足度の向上 → より適切な使用と健康リテラシーの向上、より良い成果、セルフケア能力の向上</p>	<p>誰一人取り残さないことを政策提言、非公式な介護者としての役割</p>

4. 40年にわたる教訓

過去40年以上にわたって、保健医療制度をPHCに方向転換する際に何が有効で、何がそうでないのかについて、かなりの研究がなされてきた。この文書に提示するビジョンにつながるこのエビデンスベースを、このセクションで要約する。その他の詳細は、プライマリ・ヘルス・ケア国際会議のために作成された地域別報告書やその他の背景文書に記載されている。

4.1 リーダーシップと政策

低・中・高所得国の様々な状況において、PHCを志向する保健医療制度では一貫して、より良い健康アウトカムをもたらし、公平性を高め、効率を向上させてきた(25,26)。持続可能なPHCの実施には、PHCを優先する政治的リーダーシップ(コスタリカ(27)やキューバ(28)など)、エビデンスに基づく明確なビジョン(29)、データに基づく改善と調整の反復サイクルが必要である。逆に、目的意識のあるリーダーシップと持続的な取組みがなければ、保健医療制度は自然にPHCに引き寄せられることはない。

PHCの実施は、より広範な予防的アプローチや全人的アプローチを犠牲にした健康の医療化によって妨げられている。更に、社会的公平性と人権としての健康に対する政策的関与の欠如、部門横断で行う効果的な取組みの困難さ、保健医療制度計画と保健医療サービス提供の分離、適切な人材不足、不安定なマクロ経済などの結果として、課題が発生している(30)。特にプライマリ・ケアに関しては、不十分な人材と財源、規則と説明責任の欠如、利用者負担の導入、民営化により、状況によってはアクセスと公平性が脅かされ(31)、時にはこれまでの進展から逆行することもあった。

また、病院中心の治療的ケアからコミュニティ中心の予防的ケアへとサービスの方向転換を支援するための政策と財政の調整に指導者が消極的であることも、進展の妨げになっている(32)。保健医療制度のPHCへの方向転換が成功するか否かは、そのプロセスにおける病院の役割を認識することにかかっている。病院は、問題の一部とみなされるのではなく、

解決策の本質的な部分でなければならない。一国の医療人材、技術、財源の相当部分が病院に集中している。病院は多くの医療サービス専門家を養成する責任を担っており、制度の転換を促進する、あるいは妨げる政治的、経済的、社会的権力を有している。病院が、フォローアップのために患者をプライマリ・ケアに誘導して不要な入院を避ける、あるいはスタッフローテーションの取組みを通じてプライマリ・ケア従事者の能力を向上させ紹介医療を減らすために協力するなど、いかにしてPHCを支援できるか、数多くの例が示されている。常に新しい勤務形態が生まれ、携帯電話やモバイル技術によって保健医療サービス提供のかたちが急速に進化する中、病院は公衆衛生アプローチとプライマリ・ケアサービスを強化する幅広い役割を担うことができる。

4.2 資金調達とリソース配分

PHCの3つの構成要素すべてに関連する支出に関するデータの可用性と信頼性は、一般的に低い。これは、リソース追跡制度への投資不足の結果と、PHCへの支出の定義と追跡が複雑なこと、一部には多部門にわたる性質があるためである。このように信頼性が高く一貫性のある測定ができないことが、PHCの資金調達と実施における説明責任の妨げとなっている。利用可能なデータによれば、保健医療のための財政スペースが不十分な上、治療や専門外、病院でのケアを優遇する配分スキームなどにより、大幅な資金不足が指摘されている。例えば、データがある30カ国中8カ国だけが、一人当たり年間40米ドル以上を保健医療に費やしている(33,34)¹。特に保健医療サービスに関しては、予防と促進活動は一般に資金不足である。専門外の医療や病院は、ヘルスセンターやプライマリ・ケア提供者よりも、公的・私的支出の大きな割合を占めている(35)。多くの国で、保健医療分野への公的資金の配分を増やし、新たなリソースを保健医療に優先的に配分する必要があり、その結果、社会的に疎外されたコミュニティや脆弱な状況にある人々が、中核的なサービスを利用し、アクセスできるようになる。アフリカ地域では、保健施設へのアクセスは依然として限られており、85%の国が人口10万人あたりの保健センター数が1箇所未満、82%の国が人口10万人あたりの地区病院数が1箇所未満となっている(36)。

健康アウトカムへの顕著な貢献にもかかわらず、HIV感染、結核、マラリア、ワクチンで予防可能な疾患など、少数の疾患に焦点を当てた垂直プログラムのアプローチとガバナンスは、PHCの実施に課題をもたらしてきた。コミュニティレベルでは、特定の疾病に焦点を当てたあらかじめ定義されたサービスパッケージの提供により、適用範囲に大きな格差が生じ、コミュニティから情報を得た人間中心の包括的統合保健医療サービスの大きなメリットが、住民から奪われている(37)。場合によっては、特定のプログラムの優先事項に注意を向けようとする取組み(医療専門家に対するインセンティブ制度など)が、包括的プライマリ・ケアからリソースを引き離していることもある。これらのプログラムの多くは現在、保健医療制度強化にかなりのリソースを投入しており、これはPHCに貢献する可能性がある。しかし、各プログラムが採用しているガバナンス構造が異なるため、政府がPHCに効率的に貢献する一貫したアプローチ(38)と、優先順位の決定に関与すべきコミュニティへの説明責任の両方を確保することは困難である。

¹ これらのデータは、保健医療会計制度2011 (SHA2011)から得たもので、支出のうち保健医療に割り当てられる部分的な要素を特定するものである。しかし、保健医療会計はもともとこの目的のために作られたものではないため、この分類にはいくつかの限界がある。例えば、政策的介入や公衆衛生機能に対する支出の記録、医薬品に対する支出の一次医療と紹介医療への分解が困難であることなどがあげられる。

4.3 保健医療人材

PHCでは、保健医療制度全体と、他部門やコミュニティのセグメントの両方で、幅広いスキルと専門性を持つ人材が関与する必要がある。政策立案者、経済学者、管理者、教育者、病院管理者、コミュニティ代表者、コミュニケーター、学者、公衆衛生専門家は、人々のニーズに応えるために部門を越えて協力する能力を備えている必要がある。

効果的な集団ベースのサービスを提供するためには、公衆衛生サービス従事前の専門研修プログラムと、エビデンスに基づく知識と地域に関連する専門知識の適用を実証する適切なサービス従事者の研修を通じて、意図的に訓練された公衆衛生人材が必要である。

公衆衛生人材は、監視、モニタリング、準備、対応といった公衆衛生に不可欠な機能を遂行するために必要な能力を有していなければならない。また健康保護・増進(教育キャンペーンなど)や疾病予防(食品安全確保や予防接種キャンペーンなど)における住民ベースのサービスを提供するために必要な能力も有していなければならない。公衆衛生人材には、保健医療制度の多くの構成要素の接点において重要な役割を果たすため、部門を超え、コミュニティや保健医療従事者と協力する能力が特に重要である(39)。

プライマリ・ケアの個別保健医療サービスは、様々なスキルと住民の健康ニーズの大部分に対応する能力を備えた、効果的で連携したチームによって、住民の生活圏の近くで提供されるのが最善である(12,40,41,42)。プライマリ・ケアチームは、理想的には学際的で、家庭医、看護師、地域保健医療従事者、医師助手、リハビリテーションワーカー、栄養士、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、薬剤師、歯科医師、民間療法施術者、サポートスタッフなどを含むことができる。

プライマリ・ケアの能力は、チーム内のスキルの適切な組み合わせを確保し、個人の責任をサポートするための訓練と明確な役割分担を提供することで拡大することができる(43,44)。適切に採用され、報酬を受け、訓練を受け、統合された地域保健医療従事者(CHW)は、アクセス、応答性、満足度、成果の改善に貢献することができる(45,46,47)。

看護師と助産師もまた、重要な医療専門家グループを形成している。彼らは人々と直接接触する時間が長く、プライマリ・ケアチームにおいて中心的な役割を担っている(48)。また、CHWへの重要な支援や監督も行うことができる。看護師がプライマリ・ケアでその能力を発揮するためには、より高度な研修、明確な役割分担、支援が不可欠である(49)。しかし、現在、プライマリ・ケアの提供に特化した上級看護師研修を実施している国は比較的少ないのが現状である。

包括的な総合医(一般に家庭医またはファミリードクターと呼ばれる)は、効果的なプライマリ・ケアを行うPHC指向の保健医療制度において中心的な役割を果たす。家庭医は、包括的、総合的、人間全体に対するケアの訓練を受けた専門家であり、プライマリ・ケアチームを支援し、様々な健康問題に対処することができる。これにより、コミュニティでの早期介入が可能となり、費用効率が最大化されるだけでなく、コミュニティから離れた場所で治療を受ける必要があった人々にも利益をもたらすことができる(12,50)。

プライマリ・ケア人材は、病院勤務や専門外人材に比べて、研修、報酬、認知度、臨床リソースへのアクセスなどの面で劣ることがあまりに多い。このことは、プライマリ・ケアに従事する医療人材の採用や定着を妨げるだけでなく、質を低下させ、プライマリ・ケア人材が高いレベルで燃え尽きる一因となる可能性がある(51)。その結果、プライマリ・ケアに従事する保健医療人材の雇用条件の改善を求める声が上がっている。

4.4 ケアの質

PHCには、安全で効果的な、人間中心のケアをすべての人に提供することが含まれる。それは、不十分なリソースと限定的な実施というこれまでの歴史の結果であり、残念ながら一部の場所で認識されている「貧しい者のための貧しいケア」ではない。

PHCが最小限の安価なサービスをその場しのぎで実施したり、限られた研修で能力が不十分な人材によって行われた場合、期待された成果を上げることはできず、公衆の信頼が損なわれる(52)。サービスの質は、公平性と説明責任の両方に関係している。

プライマリ・ケア提供の質を支える戦略には、国や地方レベルでベストプラクティスを採用するなどの供給側の選択肢(53)、認定や規制などの正式な行政メカニズム、保健医療サービスの計画、提供、研修と統合した質的向上のための組織やプログラムの確立、経済的(成果報酬)(55)および非経済的(表彰、継続的専門能力開発と臨床決定支援ツール)(56)両方の様々な医療人材インセンティブ(54)が含まれる。

ヘルスケアの質の評価にコミュニティが参加することで、患者の安全性が高まり、リスクも低減している(57,58)。例えばブラジルでは、家族健康戦略への加入が、定期的なケアの可能性の向上、投薬の利用のしやすさ、患者の満足度の向上につながっている(22)。このような供給側の取組みに加え、患者の体験調査やリスク軽減のためのコミュニティの参画など、需要側の選択肢もある(56)。患者の関与がいかに結果の改善につながるかについては、さらなる知見が必要である(59)。

5. プライマリ・ヘルス・ケアの構成要素

5.1 統合保健医療サービスの中核となる プライマリ・ケアと本質的な公衆衛生機能

人々のニーズと嗜好に応える質の高い保健医療サービスを、集団レベルと個人レベルの両方で提供することが、PHCの第一構成要素である。サービスは、健康増進、疾病予防から治療、リハビリテーション、緩和ケアに至るまで継続的に、個人または集団レベルで適宜提供される。集団ベースのサービスと個別サービスは本質的に補完的であり、相互の統合と調整によって、それぞれの効果が増強される(60,61)。実際、多くの保健医療制度において、集団ベースの主要機能は、個別サービス(性感染症のスクリーニングと報告、がんスクリーニング、健康教育、健康増進、行動変容コミュニケーションなど)を担当する同じプライマリ・ケアチームによって提供される。

A. 個別サービス

プライマリ・ケアは、健康問題の大部分に対して、個人向けの医療サービスを提供するための入口となる。プライマリ・ケアは保健医療制度の重要な構成要素であり、家族やコミュニティに密着したサービスを提供し、公衆衛生と個人の健康を結びつけている。質の高いプライマリ・ケアは、サービスへのアクセスの増加、問題認識と診断精度の向上、回避可能な入院の減少、健康医療の結果(特に症例死亡率とサービスへの対応)改善、死亡率における貧富の差の縮小、自殺率の低下、寿命の延長につながる(34, 62, 63, 64)。質の高いプライマリ・ケアは、エビデンス情報に基づき、コミュニティで提供され、人間中心で、最初の接触点であり、継続性と包括性と協調性が確保されている(65)。

初回接触

プライマリ・ケアは、急性、慢性的な健康問題だけでなく、疾病予防活動の大部分において初回接触となるべきものである。特にコミュニティレベルで質の高いプライマリ・ケアを利用できることは、献身的な治療関係の構築に寄与し(66)、タイムリーな診察の可能性を高め、ケアの継続性を向上させ、長期にわたるより良い成果につながる(67)。

プライマリ・ケアが効果的に初回接触調整ケアを提供するためには、包括的な一連のサービスが直ちに利用可能であることが必要である。この効果的なプライマリ・ケアの重要な特徴は、他のレベルのケアやサービスへのアクセスが常にプライマリ・ケアからの紹介によって手配されている場合(ゲートキーピング)、またはプライマリ・レベルでケアを受けることに対する経済的インセンティブ(自己負担がほとんどないなど)がある場合、強化される。このような仕組みを設けることで、継続性を高め、プライマリ・ケアで適切に管理できる健康ニーズに対して過剰に利用されることなく、専門外のサービスが保健医療制度においてその機能を最大限に発揮できるようにし、効果を高めることもできる(67,68)。

包括性

包括性とはプライマリ・ケアの範囲、幅、深さを指し、生涯を通じて健康問題に対処する能力も含まれる。包括的プライマリ・ケアは、(問題の大部分に対して)直接ケアを提供する、あるいは他のレベルのケアやサービスを紹介することによって、個人が持ちうるあらゆるヘルスケアのニーズに対応することができる。

包括性は不必要な紹介を減らし、保健医療制度内のリソースと責任の効率的な配分を支え、ケアの継続性と統合を促進する。選択的PHC(発展途上国で最も一般的な健康問題のいくつかに対処するための、効果の高い限られた数のサービス(33))は、包括性の必要性とは一致せず、人間中心のケアや生涯を通じたアプローチという文脈での需要主導型のサービスとは相容れないものである。

継続性

ケアの継続性は、様々なケアとの出会いやケアの移行を経て、継ぎ目のない一貫した個人に焦点を当てたケアを長期にわたって提供することによってもたらされる(69)。プライマリ・ケアは、継続性を促進する相互信頼に基づく長期的関係に対する保健医療専門家と個人のコミットメント(関係的継続性)に基づき、さらにエビデンスに基づくケアパス(管理的継続性)と統合情報制度(情報の継続性)により支えられるものである。

継続性は、死亡率の低下、救急外来受診や入院の減少、入院期間の短縮、医療費の削減、患者満足度の向上と関連しており、また、説明責任を高めることもできる(70,71)。アクセシビリティと継続性の両方を促進する必要がある。医療サービスに対する需要が高まるに従い、この両方を達成するためには、より効果的にリソースを活用する必要がある。

調整

プライマリ・ケアの本質的な機能の一つは、エビデンスに基づくケアパスに沿った移行と情報共有のための統合的、機能的、かつ相互支援的な調整(紹介制度を含む)を通じて、メンタルヘルス・サービス、長期ケア、ソーシャル・ケアなど、保健およびソーシャル・ケアのサービス全般にわたってサービス提供を調整することである。調整は、移行点(自宅から診療所、病院から診療所)におけるよく知られたリスクを減少させる(72)。

また、必要に応じて、営利・非営利を問わず、官民間のシームレスな移行を確保する必要がある。

人間中心主義

効果的なプライマリ・ケアは、健康なときも病気のときも、特定の臓器、ライフステージ、集団に焦点を当ててではなく、身体的、精神的、社会的状況をすべて考慮した上で、その人全体を中心に据えたものである。効果的なプライマリ・ケアの人間中心的性質は、PHCにおける人間の中心的役割と一致し、その評価に患者中心的な指標を用いることを支持する(62,73)。プライマリ・ケアは、包括的、調整的、人間中心的であるため、多疾病の問題に対応する際に理想的である。

多くの人々にとって、漢方薬、民間療法、民間療法施術者は、ヘルスケアの主な情報源である。エビデンスに基づく安全で効果的な伝統医療をプライマリ・ケアの一環として適切に取り入れることで、より良い健康アウトカムと経済的なメリットを得ることができる(74,75)。

伝統医療は、健康の維持・管理に関する社会的知識を活用・強化し、セルフケア能力を備えた知識ベースの健康社会というビジョンを支えている(76,77)。多くの国々で、伝統医療は対症療法の介入と効果的に統合されてきた。

伝統医療は、NCD の管理、緩和ケア、リハビリテーション、顧みられない熱帯疾患、メンタルヘルス、高齢者のケアなどの分野で有効であることが示されている(78,79,80,81)。

B. 集団単位のサービス

集団単位のサービスでは、健康とウェルビーイングを大規模に改善するために公衆衛生的なアプローチが用いられる。公衆衛生アプローチに特に関連し、プライマリ・ケアと密接に関連する公衆衛生機能は、健康保護、健康増進、疾病予防(サービス提供)、監視と対応、緊急時の備え(情報提供)である(82)。

健康保護

健康保護には、環境、毒性、道路、食品の安全を確保することにより、集団を保護するため、健康被害への曝露を最小限にするためのリスク評価、活動の実施と管理の監督が含まれる。また、これは患者の安全を通じたヘルスケアの提供、消費者の安全を通じたセルフケアと重なる。健康保護は、人々が健康的な生活を送ることができるように物理的・社会的環境を形成する。

健康増進

健康保護が健康に対する潜在的な脅威から人々を守る一方で、健康増進は、より良い健康リテラシーとセルフケアおよび他者へのケア能力の向上を通じて、人々が自分自身の健康をよりコントロールできるようにする。更に、健康増進は、幅広い社会的・環境的介入を通じて、健康を増進する物理的・社会的環境を創造することを目的としている。セクション5.2で述べたとおり、これには多部門にわたる広範な政策が重要である。

疾病予防

疾病予防は、個人と集団の両方のレベルで実施され、多くの環境では健康増進とヘルスケアの提供に関連するものである。疾病予防は、健康とウェルビーイングを達成するための重要な足がかりであり、明確に確立された普遍的な健康ニーズに応えるものであることが示されている。したがって、疾病予防はUHCに不可欠であり、そのように計画、調整、リソース提供されるべきである。

監視と対応

監視と対応は、モニタリングと予防を組み合わせたもので、プライマリ・ケア従事者の参画を含め、集団やコミュニティレベルで容易に使用できる健康情報の重要性が強調されている。

緊急時の準備

緊急時の準備は、保健医療サービスへの需要が急増し、リソースやインフラに負担をかける不測の事態や壊滅的な状況に対処することを目的とする。この機能は、確立された制度においても、環境災害や紛争などによって不安定になったり、崩壊のリスクがあることが分かっている制度においても重要である。緊急時は、応答性と適応性のある保健医療制度を担保して、計画立案を支援し、保健医療リソースの急速かつ無秩序な枯渇を回避するために、強力でよく訓練されたPHC人材が必要とされる。

PHC指向の制度において、公衆衛生機能は、特定の状況下で最も適切なものに応じて、国または地域の個別プログラムとして（疾病予防には学校単位の予防接種プログラムが含まれるなど）、あるいはプライマリ・ケアサービス（一部の国では子宮頸がん検診など）を通じて提供される。いずれの場合も、統合された政策、適切なリソース、連携したリーダーシップ、効果的なコミュニケーションを伴う首尾一貫したPHCのアプローチにおいて、公衆衛生機能が互いに、またプライマリ・ケアと調整・統合される必要がある。公衆衛生とプライマリ・ケアのより良い統合は、健康行動の改善、慢性疾患や母子医療の割合の減少など様々な健康アウトカム、保健サービスへのアクセスや健康リテラシーの改善と関連している(83,84)。

5.2 多部門にわたる政策と行動

人々や集団の健康と福祉は、主に社会的、経済的、環境的、決定要因の相互作用から、そして益々増加する商業的要因によってもたらされるが、これらは一般的に保健医療部門の直接的な影響から外れたところにある(85)。例えば、2016年には、600万人以上が大気汚染に、300万人近くが母子栄養失調に、700万人以上が喫煙に起因して死亡し、不十分な水、下水設備、衛生環境が下痢性疾患による推定829000人の死亡の原因となった(21)。健康や福祉に対するこうしたリスクやその他のリスクは、貧困や社会的不公平によってさらに深刻なものとなっている。これらの広範な決定要因に取り組むことなく、万人のための健康を達成することは不可能であり、多部門にわたる政策と行動²がPHCの不可欠な要素である所以である。

健康の社会的決定要因に関する委員会(86)によって概説され、2011年の「健康の社会的決定要因に関するリオ宣言」(87)で再確認されたように、社会と健康の公平性の達成には、例えば「あらゆる政策における健康配慮」を通じてなど、多部門にわたる政策行動の調整と協力が必要である。この作業に基づき、疾病管理優先プロジェクト(DCP 3)は、健康のための71の主要な多部門介入策を特定し、その作用メカニズムによって4つのカテゴリーに分類している(88)。

1. 税金や補助金などの財政措置
2. 法と規則
3. 構築環境の変化
4. 情報、教育、コミュニケーションのキャンペーン

このうちDCP 3 では、清潔な水と衛生設備へのアクセス、家庭用燃料としての未加工の石炭や灯油の使用停止(室内空気汚染への対応)、タバコやアルコールなど依存を引き起こす物質への多額の物品税の導入、食品(鉄と葉酸)および塩(ヨウ素)の増強など29の優先介入事項を特定している。これらの介入の大部分(17)は規制的なものであり、一方7つは財政的なものである。これらの措置は、公的資金(国民全体への介入に対する政府の資金提供(89)や現金給付(90))などの他の措置とともに、健康とウェルビーイングだけでなく、他の多くのSDGsにも大きな利益をもたらすものと思われる。これらの多くは、保健医療部門以外の主体による政策変更と行動を必要とする(91)。最高レベルでは、政府首脳やその他の主要な社会変革推進者によるリーダーシップが、経済格差をもたらす構造的な力、不公平を生み出す社会規範やジェンダー規範に立ち向かうために重要であり、これらはいずれも健康障害の大きな要因である。この問題に取り組むには、通常、より広範な国家(場合によっては地域)開発計画による政策の変更が必要であり、その際、経済成長などの分野と健康アウトカムとの関係を認識することが重要である。

他の部門が自らの職務を遂行する上で直接行う政策の選択と行動は、たとえそれが第一の目的でなかったとしても、健康アウトカムに大きな影響を与えることがしばしばある。例えば、教育省が女子教育にどの程度成功しているかは、生涯を通じての健康アウトカムに重要な役割を果たす。PHCのアプローチでは、金融や工業から教育、農業、都市計画まで、こうした他の部門が健康アウトカムに貢献する役割および、自分たちの意思決定が健康アウトカムに与える影響を認識し、その意思決定に反映できるようにする必要がある。

² 「多部門」と「部門間」という言葉は、厳密には文献上では若干異なる定義があるが、しばしば同じ意味で使われる。この文書では簡略化のため、保健医療以外の部門(教育、交通、農業など)が行う政策や行動を、保健医療部門と連携して行うか、独立して行うかにかかわらず、「多部門」としている。

他の部門に政策変更をもたらすために、保健医療界は変化を提唱し、多部門の決定要因が健康に与える影響に関する証拠を作り出す必要がある。

これは、タバコ規制や交通安全などの分野で実証されており、気候変動、大気汚染、都市計画、交通をめぐる議論でもますます増えている。健康とウェルビーイングの向上にとって最も重要な政策変更の多くには、既得権を持つ商業的利害が絡んでおり、政策立案者に大きな影響力を持つことが多いため、これは特に重要なことである。

あらゆる政策における健康配慮(HiAP)とは、国、地方、地域レベルでの多部門の政策と行動に対する政府全体による次のアプローチである。「国民の健康と健康の公平性を向上させるため、意思決定の健康への影響を体系的に考慮し、相乗効果を求め、健康への有害な影響を回避する、部門を超えた公共政策のアプローチ」(WHA67.12)(92)である。HiAPは、健康で生産的な生活を送るという全ての人々の基本的な権利に応えるために、政策間の利害を一致させることを強調している。HiAPは、必要とされるリーダーシップとガバナンスを開発し、部門を超えた複数の行動のための庇護の傘を提供することによって、決定要因に取り組むためのフレームワークを提供する。HiAPアプローチにおいて、保健部門は保健医療のチャンピオンと見なされ、保健医療を議題に据えながらも、他の部門との相互利益となる政策行動の必要性を認識し、社会全体の利益を追求することになる。国民健康会議は、他の部門を含む主要なステークホルダーを集め、政策決定を形成することができる(93)。

更に、保健医療部門自身が、部門内で作用している決定要因に関連した課題(保健医療施設における不適切な衛生管理など)に取り組まなければならない。その規模と経済的重要性に鑑み、保健医療部門は、より広範な決定要因(気候変動など)に貢献する方法を認識し、それに対処するための措置をとるべきである(再生可能エネルギーの使用を増やし、二酸化炭素排出を削減するための保健医療制度の「グリーン化」など)。

PHCでは、エンパワメントした人々とコミュニティは、多部門にわたる政策と行動と表裏一体である。人々は、自分たちの生活に影響を与える構造的決定要因(地域の規範や政策から国の経済・開発政策、世界の消費・生産制度まで)に取り組む政策の優先順位設定とその実施に関与することになる。保健機関、保健医療従事者、そしてコミュニティは、共通の関心事である特定の問題に取り組むために、関連部門と密接に連携する能力を備える必要がある。例えば、金融、工業、教育、水、衛生、農業など、栄養と食料安全保障に影響を与える部門や、農業、環境、保健など、人獣共通感染症の蔓延を食い止めるための部門が挙げられる。

5.3 エンパワメントした人々とコミュニティ

人々は、保健医療の優先順位の計画や、その優先順位がどのようにコミュニティで実施されるかについて発言することを望み、期待するようになってきている。ソーシャルメディアや新しいコミュニケーション手段のおかげで、より多くの情報を入手し、よりよくつながっている人々は、より容易に健康への権利を主張し、ガバナンスに対する意識を示し、説明責任を要求している。PHCのアプローチでは、保健医療制度は、他の部門とともに、教育と健康情報の改善を通じて、人々へのエンパワメントに貢献する。特に、脆弱な状況にある人々に注意を払い、彼らの情報ニーズを満たし、健康改善に向けた指針を提供するよう努めなければならない。

この構成要素は、エンパワメントと参画について以下の3つの広範かつ必要な表現を通して、健康とウェルビーイングを創造する積極的な参加者としての人々とコミュニティの本質的な役割に焦点を当てている。健康のための多部門にわたる政策と行動の代弁者として、保健医療およびソーシャル・サービスの共同開発者として、そしてセルフケアラーや介護者として。

A. 代弁者としての人々とコミュニティ

すべての人の健康とウェルビーイングを達成するために、人々は健康を増進・保護し、そのニーズと嗜好に応える政策の策定、計画、実施に貢献すべきである。最近の保健医療の歴史、特にHIV/AIDSに関する歴史(94,95,96)では、例えば、資金を増やす、新薬の承認を得る、薬の価格を下げる、差別と戦う、処罰的な法律を覆す、根拠に基づいたアプローチを採るよう政府を説得する、リーダーシップを動員するなどにおいて、アドボカシー(政策提言)活動が重要な役割を持つことを示している(97,98)。

効果的なアドボカシー活動は国、地域、地方の各レベルで行うことができる。そのためには、経済や政治の場の人々が有意義に参画し、人々の表明したニーズや嗜好を記録し、それを政策に反映させるための特定のフォーラムやプロセスが必要である。すべての人々、特に健康に有害な決定要因の影響を最も受ける人々による有意義で幅広い意見表明を可能にするためのガバナンスと説明責任のメカニズムは、すべてのレベルにおいて不可欠である。

地方分権により、コミュニティ特有のニーズや特性に対応した政策を策定することができ、地域間の公平性を高めることができる(99)。しかし、一貫性のある国家政策の利点とコミュニティのニーズへの対応を両立させるため、国家ビジョンとの整合性を確保するためのメカニズムを整備する必要がある(100)。

B. 保健医療およびソーシャル・サービスの共同開発者としての人々とコミュニティ

政策レベルを超えて、エンパワメントした人々は、公共部門か民間部門かを問わず、自分たちのコミュニティにおける保健医療サービスの組織、規制、提供に積極的に関与するだろう。これにより、サービスが人々の社会的、文化的状況に対応できるようになり、その結果、アクセス、有効性、応答性が高まる。コミュニティの参画と動員は、患者の満足度を高め、成果を改善し(新生児、子ども、母親の間で実証されている)、費用対効果を高める(101,102)。

女性や子どもなど、社会的に疎外された弱い立場にある人々にとってはコミュニティに参加する恩恵は特に大きい。参画や共同作業を伴わないサービス提供のアプローチでは彼等のニーズを十分に満たすことができない可能性がある。サービスの計画や提供に不利な立場にあるグループのメンバーが参加することで、対応力が向上し、疎外された人々による利用が促進される。オーストラリア、カナダ、チリの先住民コミュニティは、文化的に受け入れられ、質が高く、統合された様々な社会・保健医療サービスの計画と提供への関与に成功し、疾病の不釣り合いな負担と複雑な政治・文化・経済の決定要因に対処する方法を見出している(31,103,104,105,106)。

コミュニティ諮問委員会や保健協議会、コミュニティベースの参加型調査、ユーザー協議、市民スコアカード、患者グループ、文化グループ、女性グループ、様々な利益やニーズを代表する市民社会組織の形成など、保健医療や社会サービスの設計者として人々とコミュニティのエンパワメントのために多くの戦略やプロセスが世界中で用いられてきた。医学教育の文脈では、医学部や保健医療従事者の養成に携わる他の機関の説明責任を支援するため、政策立案者、学者、管理者、専門家とコミュニティが関わるための枠組み(ペンタグラム・パートナーとも呼ばれる)が開発されている(107)。

コミュニティのエンパワメントは、限定的な協議から意思決定への人々の参加への転換をもたらす。多様性の文脈の中で正当かつ意味のある代表性を確保し、コミュニティの最も不利な立場にある人々の参画を促す(101)。ボトムアップアプローチによるコミュニティの参画は、コミュニティから生み出され、コミュニティを通じて行われるため、一般的には、外部資金イニシアチブによって参画形態を強制されるトップダウンアプローチよりも効果的である(33)。

CHWは、コミュニティ、家庭、ヘルスケア制度の架け橋となる重要な戦略として、世界中の様々な状況や管轄区域において、広範な保健医療、ソーシャル・サービスの提供に参与している。CHWは、保健医療サービスの提供範囲をコミュニティに拡大し、アクセスを向上させるとともに、コミュニティの人々が保健医療サービスの提供を指導し、情報を提供することを可能にする。

C. セルフケアラー、介護者としての人々

個人は、健康の影響を体験する者として、また意思決定者として、自分自身の健康とウェルビーイングを共同で創生し、仲間や愛する人にインフォーマルなケアを提供する上で、中心的な役割を担っている。

その可能性は、技術的な変化、特に新しい医療技術や情報通信技術の急速な拡大によって、過去40年間に革命的に変化してきた。1978年にアルマアタで開催されたプライマリ・ヘルス・ケア国際会議の時点では、健康情報へのアクセスはかなり限定的であることが多く、一般的には保健医療専門家にアクセスする必要があるがあった。一方、現在では、世界中の多くの人々が健康問題に直面したとき、まず携帯電話を使って、以前なら必ずしもアクセスできなかったインターネットやその他の情報源から、より多くの情報を得ようとする。さらに新しい技術として、患者だけでなくヘルスケア従事者も使用できるポイントオブケア診断、人工知能、低コスト遺伝子検査など、セルフケアの新しい可能性も生まれ始めているが、その可能性はまだ見えてきたばかりである。公平なアクセスを確保するとともに、信頼性の高い情報や複雑な情報の解釈を支援するための施策が必要になってくるものと考えられる。

また、介護のあり方も、社会の大きな流れに呼応して、大きく変化している。世界人口の急速な高齢化は、介護を必要とする高齢者などの世話をする生産年齢人口の減少を意味する。潜在的扶養比率(65歳以上の人口に対する20~64歳の人口の割合)は、1950年の10.1から2015年には6.9に下がり、2050年には3.5になると予測されている(108)。すでに潜在的な扶養比率が低い多くの国々(特に東アジアとヨーロッパ)では、この課題に対処するために新しい介護のモデルを開拓してきた。都市化も重要な影響を及ぼしており、多くの地方で優勢であった伝統的な家族ベースの介護ネットワークは実現不可能になっている。都市環境では、インフォーマルな従事者数が多く、新しい介護の仕組みに取って代わられているケースもある。

PHCのアプローチでは、セルフケアと介護を、健康とウェルビーイングを向上させるための取組みの不可欠な要素として扱う。そのためには、個人やコミュニティが、それぞれのニーズや社会文化的状況を満たすために必要な知識、スキル、リソースを利用できるようにしなければならない。これには、財源、信頼できる情報や技術、そして必要に応じて、情報分析や複雑な意思決定を支援し、自分たちを支持してくれる信頼できる専門家や味方が必要である。エビデンスに基づいた意思決定と効果的な行動をとる個人の能力は、社会的、経済的、環境的な決定要因や関連する商業的要因によって直接的、間接的に影響を受けるが、これらは国、地域、コミュニティレベルでの政策や行動によって積極的に形成され、セルフケアと多部門にわたる政策や行動に結びつく。貧困、低い識字率、社会的排除はすべて、人々が効果的なセルフケアに取り組む能力を低下させることが示されている(109)。

6. 21世紀のプライマリ・ヘルス・ケアのビジョン

このセクションでは、UHCと健康関連のSDGsの達成を支援するために、新たなPHCのビジョンを提案する。このビジョンは、過去40年間に学んだ経験と教訓をまとめ、今日の社会が求めるものを認識するものである。

個人とコミュニティは、21世紀にPHCを目指すあらゆる取組みの中心である。達成しうる最高基準の健康およびウェルビーイングの状態に対する人々の基本的権利、そして社会正義に対する世界の新たな取組みは、適切な社会保護と最も不利な立場にある人々のニーズに対処する協調的な取組みによって表現されるものである。

健康の広範な決定要因は、政府、市民社会、民間部門の複数の部門が関与する行動を通じて対処され、健康とウェルビーイングを育む社会と環境を維持するものである。社会保護、住宅、教育、農業、金融、環境、交通、エネルギー、都市計画、工業などの部門間の緊密な連携により、人々はきれいな空気、歩きやすさとアクセス性、緑地、交通安全、効果的な公共交通を兼ね備えた健康増進のための居住区で生活することができるようになる。健康的な食事選択、質の高い教育、水と衛生設備、廃棄物管理、適切で手頃な価格による住宅、適切な報酬を伴う安全で有意義な仕事へのアクセスをすべての人が公平に得られるように、最も必要としている人々に優先的に配慮している。

健康とウェルビーイングを増進するための取組みは、コミュニティに根ざし、コミュニティから情報を得ている。人々は、情報通信技術の可能性を最大限に活用し、自分自身や愛する人のケアに必要な知識、スキル、リソースを利用することができる。セルフケアとインフォーマルケアは、特定の環境に効果的で適切なメカニズムを通じて、正式なサービス提供部門と直接かつ明示的に結びついている。コミュニティは、その特定の健康ニーズに対応する政策を効果的に支持する。最も不利な立場にある人々を含むコミュニティの構成員が、健康とウェルビーイングを達成するために必要なサービスの共同開発者として関与している。コミュニティのニーズと社会的、文化的アイデンティティが、あらゆるレベルの政策と行動、そして集団と個人のサービスの提供に反映されている。

人々は、サービスを受ける人々との協議により計画され、実施される集団ベースの対策を通じて、有害な健康アウトカムから保護される。この対策には、地域の風土病や疾病発生の予防と管理、非感染性疾患の予防、主要なリスクを含む一般的な健康問題やその予防と管理の方法に関する情報と教育が含まれる。コミュニティレベルでは、集団ベースのサービスと個々のサービスはうまく統合、調整され、これらのサービスには、目的に応じて設計された健康情報制度によって可能となった、人々に対する明確な説明責任がある。

人々は、必要な保健医療サービスに支出するために経済的困難を経験することはない。彼らは、有効性と公平性が最大化され、コストが最小化されるような、継続的で適切なポイントで提供される介入によって利益を得る。現実的に、これは病態生理学的経路の上流、より早い段階、そして可能であれば保健医療現場以外での介入を優先させることを意味する。臨床治療が必要な場合は、リソースの最適な利用と患者の満足度(三重の目標)を組み合わせ、最良のアウトカムを提供し(110)、人々の健康ニーズの統合性に対処する。

最高基準の健康を達成するために必要な介入は、生涯にわたるアプローチを考慮し、継続したケアに沿って提供される。以前はケアのレベルという考え方が保健医療制度の形成に有効であったが、21世紀にはケアの連続性という考え方が調整センターやケアパスと調和し、そしてサービスよりも人間を中心とした制度により合致している。この継続性は、多部門アプローチによってのみ提供される活動から、集団に提供される公衆衛生サービス、個々のプライマリ・ケア、稀で複雑な健康問題に対する高度に専門的な相談サービスとの調整まで、幅広いものである。

人々は、最適に調整され合理化された質の高いサービスを通じて、可能な限り最高基準の健康に至る保健医療制度を期待している。これは、有効性が証明されている保健医療活動の連続性に沿った早期対応(可能な限り、治療やリハビリテーションよりもプロモーションや予防)、人々の日常生活への近接性(高度に集中化したセンターで行われるケアよりも自己管理支援を指向するコミュニティ指向で地元届けられるサービス)、リソースの使用における効率(サービスの重複を減らし、早期診断を促進し、安全を改善するためのコミュニケーションの改善に基づくケアパスに沿ったサービスの適切な紹介や統合など)によって実現することができる。

プライマリ・ケアでは、患者が自分のニーズや嗜好、価値観を表現できるように支援する。信頼できる多職種からなるプライマリ・ケアチームは、患者がケアの優先順位を決め、目標を特定することをサポートする。個々の患者のケアにおいて、チームは、幅広い問題(精神と身体、慢性と急性、感染症と非感染症、予防接種や予防から治療、リハビリテーション、緩和ケアまで)において、患者の文化的嗜好とライフステージを考慮する。

チームは、患者の医療ニーズを評価し、保健医療技術や情報技術を幅広く活用することで、安全でエビデンスに基づいたコスト効率の高い管理を行い、より広いPHCネットワークを通じ、それらを必要とする患者のための追加サービスや専門サービスを調整する役割を担っている。また、チームは、ケアが疾病やケアパスに沿って適切に提供されるよう、患者に提供されるすべての医療サービスの中心的な役割を果たし、人間全体へのアプローチと生涯にわたる視点を通じ、多疾病への対応を主導する。人々はプライマリ・ケアチームのメンバーについてよく知っており、彼らにアクセスする方法を知っている。アクセスするための大きな経済的障壁はない。その代わりに、プライマリ・ケアチームのメンバーは、アクセス、思いやり、応答性を通じて、ケアを受ける人々に対する責任を示すだけでなく、自らのケアの説明責任を担っていることを感じている。チームの規模や構成は、地域の状況や専門家の有無によって異なり、家庭医、看護師、助産師、ソーシャルワーカー、栄養士、コミュニティヘルスワーカー、ヘルスプロモーター、登録・公認民間療法施術者、歯科医師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、カウンセラー、眼鏡屋などが含まれることがある。その他にも、患者ナビゲーターやライフコーチなど、進化する制度の中で新たな役割を担う者も含め、多くの潜在的メンバーが存在する。

各国の技術、財政リソースに応じて保健医療制度が発展するにつれ、特定の健康問題に対処することを目的としたサービスパッケージは、完全に統合された包括的で人間中心のプライマリ・ケアに徐々に置き換わっていく。プライマリ・ケアは、安全かつ最高レベルの質で、ほとんどのヘルスケアプロセス(診断、治療、リハビリテーション、緩和ケア)を提供する自然な場所となる。この移行により、健康の維持や回復に必要な保健医療サービスの提供が可能になり、コスト削減やその他の目的に基づいて第三者が主に選択したサービスではなくなる。

保健医療制度のパフォーマンスは、生活の質、機能、寿命、疾病の発生率、患者の経験などの観点から測定され、公に報告される。

多部門にわたる政策と行動、エンパワメントした人々とコミュニティ、そして集団レベルと個人レベルの保健医療サービスを織り交ぜながら、21世紀のPHCは、あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活とウェルビーイングを実現する。

Box 2 ビジョンの実践:高血圧の事例

このようなPHCのビジョンが具体的にどのように適用されるかの事例として、高血圧を考えてみる。この場合、食品に含まれる塩分の制限、公衆衛生キャンペーンによる身体活動の促進、都市計画による環境整備など、相互に関連する複数の活動を通じて対処することになる。高血圧のリスクがある人、あるいは積極的に高血圧に対処している人は、自分自身の行動と公衆衛生キャンペーンを通じて、情報を容易に入手できるようになる。彼らは、自分たちのニーズを明確にするために保健医療制度と定期的に関わり、エンパワメントした代弁者を含むコミュニティ・ネットワークによって支援されていると感じるようになる。

高血圧が定着している集団の大部分に対しては、プライマリ・ケアを通じて臨床管理が行われ、高度に複雑な高血圧を有する人々は、エビデンスに基づくパスに従って専門医療に紹介される。

7. 保健医療制度による行動のテコ入れ

21世紀のPHCという野心的なビジョンを達成するためには、変革的な行動が必要である。この行動の具体的な内容は、国によってかなり異なる。例えば、ミレニアム開発目標が未達成である脆弱な環境で求められる行動と、NCDの蔓延に直面している中所得国で求められる行動は大きく異なると考えられる。このセクションでは、PHCの進展を図る方法を検討する際に、各国が採用できる保健医療制度のテコ入れ策を紹介する(表2)。

具体的な行動の選択は、地域的なもの(その国の社会、経済、環境の状況や傾向、疾病負担、保健医療制度の長所と短所など)と世界的なもの(PHCの改善に効果があるとされているものとそうでないものなど)の両方のエビデンスに基づき行う必要がある。専門的な分析作業が必要、あるいは既存の文書ですぐに情報が得られるかもしれないが、このエビデンスは、その国の保健医療制度を変革する上でどの手段が最も効果的であるかを決定するために不可欠であり、改革取組みの適切な優先順位と順序を決定するための協議プロセスの基盤となるべきである。国によっては、多くの、あるいはすべてのテコ入れ策と同時にアクションを起こすこともあるが、より一般的には、最も変革的であると証明される行動に希少なリソースを向けることが重要であると考えられる。

これらのテコ入れ策は、コミュニティ、地域、国など、様々なレベルで適用することができ、その多くは世界的なレベルでも役割を果たすことができる。これらは、より広い意味での制度環境におけるテコ入れ策(政策、ガバナンス、財政)と、実施に取組む運用テコ入れ策に分けられる。

表 2. プライマリ・ヘルス・ケアテコ入れ策の概要とプライマリ・ヘルス・ケアの構成要素との関係

タイトル名	タイトル解説	プライマリ・ヘルス・ケアの構成要素		
		本質的な公衆衛生機能 プライマリ・ケアと 中核となる 統合保健医療サービスの	多部門にわたる政策と行動	エンパワメントした 人々とコミュニティ
ガバナンス、政策、財政上のテコ入れ策				
政治的関与とリーダーシップ	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成する取組みの中心にPHCを据え、SDGsに対するPHCの幅広い貢献を認識する政治的関与とリーダーシップ	•	•	
ガバナンスと政策フレームワーク	PHCを支援するための、部門内および部門を超えたパートナーシップを構築し、コミュニティのリーダーシップと相互説明責任を促進するガバナンス構造と政策フレームワーク	•	•	•
適切な資金調達とリソースの公平な配分	PHCのための十分な資金を、経済的困難を最小限に抑え、公平性を促進する方法で動員、配分する	•	•	
運用上のテコ入れ策				
コミュニティやその他のステークホルダーを参画させ、問題と解決策を共同で定義し、行動の優先順位付けを行う	部門を超えた幅広い主体の参加による、問題と解決策の定義、および行動優先順位付けのための参画アプローチの使用	•	•	•
プライマリ・ケアと公衆衛生機能を優先させたケアモデル	統合された保健医療サービスの中核として、プライマリ・ケアと本質的な公衆衛生機能を促進するケアモデル	•		•
高品質で安全な保健医療サービス提供の確保	PHCサービスの質を継続的に評価し、改善するための地方、地域、国レベルのシステム	•		•
民間プロバイダーとの連携	PHCサービス提供のための官民パートナーシップ	•	•	
PHCの人材	施設、アウトリーチ、コミュニティベースのヘルスワーカーを含む、多職種のPHCヘルスワーカーの十分な量、能力レベル、および分布	•		•
物理的インフラと適切な医薬品、製品、技術	質の高いPHCサービスを提供するために必要な物理的インフラ、適切な医薬品、製品、技術の可用性	•		
デジタル技術	有効性と効率性を向上させ、説明責任を促進する方法による最新の保健医療情報通信技術(ICT)の利用	•	•	•
購買、決済システム	PHCと保健システム全体の統合を促進し、ケアのアクセス、質、公平性、効率を向上させるインセンティブを生み出す購買、支払いシステム	•		
PHC指向の研究	教訓の普及、成功したアプローチの拡充を加速させるための知識の活用を含む、PHC指向の研究と知識管理	•	•	•
モニタリングと評価	信頼性の高いデータを生成し、地域レベルから世界レベルまでの意思決定改善のための使用をサポートする、よく機能する健康情報システムによるモニタリングと評価	•	•	•



7.1 ガバナンス、政策、財政上のテコ入れ策

A. 政治的関与とリーダーシップ

あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活とウェルビーイングの確保に向けて、最高レベルのリーダーシップが、大胆な政治的選択を行い、官民のパートナーや利害関係者を動員するために不可欠である。国家元首、その他の政府高官、保健省は、一貫した優先順位を示し、これまでと異なることを行う勇気を示し、変革のリスクを受け入れ、成功するための財政的、戦略的手段を与えることで、このコミットメントを実現するよう求められるものと考えられる。健康とウェルビーイングの向上のために保健医療以外の部門の関与を促す新しい方法を見つけるには、最高幹部レベルにおける超党派の持続的リーダーシップが特に重要である。

世界レベルでは、この運動を拡大し、支援するために、より多くの人々、国、組織を採用する継続的な取り組みが必要であろう。これらの取り組みは、健康と公平性につながるグローバルな構造へと進化することを視野に入れ、効果的な援助の原則に従って組織されるべきである。WHOとユニセフによる調整は、指導者や政府、他の国連機関、二国間・多国間基金、アライアンス、ドナー、学界、専門機関、青年組織、市民社会、民間部門の参画を促進することになる。プライマリ・ヘルス・ケア国際会議は、この動きに弾みをつけるものと期待されている。地域や国レベルでの同様の高レベルのイニシアチブは、すべての関連するステークホルダーの幅広い参画を確保、積極的な関与とリーダーシップを発揮、この勢いを維持するためのさらなる機会を提供することになると考えられる。

B. ガバナンスと政策のフレームワーク

より高い公平性、質、効率を重視した政策によって取り組みを方向付けるには、適切なフレームワークが必要である。それらは、セクション5で述べた3つの要素を考慮したPHCの広範な定義を反映し、PHCがより広い保健医療制度の中で統合され、部門を越えて統合する革新的な方法(HiAPアプローチの採用など)を確認するものであるべきである。理想的には、これらの政策フレームワークは、国際的なパートナーの支援と国の政策、戦略、計画とを整合させ、一般市民、市民社会、医療提供者協会、管理者などを含む幅広いステークホルダーによる有意義な参画を含む参加型プロセスを通じて作成されたものであるべきである。

国の保健医療部門の政策、戦略、計画(NHPSPs)は、PHCの目標と目的に沿って、サービス提供者と住民が政府と共に議論と意思決定プロセス、そしてフォローアップ、モニタリング、評価に参加する包括的で多面的なプロセスを通して設計されるべきである。また、人々は保健医療制度の設計、計画、管理に関与し、意思決定者に結果に対する責任を負わせる力を持つべきである(111)。不健康の社会的決定要因をコミュニティやサービス利用者に見える化することで、その行動を活性化させることができる。国家レベルでは、人々とコミュニティが自分たちのニーズや嗜好を表現できるようにし、それらのニーズ、特に最も不利な立場にある人々のニーズに対応するための政策を策定する必要がある。コミュニティレベルでは、協議から意思決定までのあらゆる場面で、実績のある方法と新しい方法を駆使して、効果的に人々の参画を促すことが決定的に重要である。

保健医療部門以外のパートナーシップを構築し、部門を超えた活動を推進し、地域やコミュニティのリーダーシップとコミュニティに対する説明責任を促進するためのガバナンス構造が必要となる。国のPHCチャンピオンを特定することで、これらのプロセスを促進することができる。

C. 適切な資金調達と リソースの公平な配分

これまで以上に多くの財源が保健医療に充てられるようになった一方で、PHCは引き続き追加的な資金を必要としている。適切な資金が確保され、最終的にPHCサービスを支え、PHCのための十分な資金調達ができるように、財源を動員し、適切に配分する必要がある。PHCのアプローチは、費用対効果が高く、効率的であり、他の方法よりも少ない財源で健康増進を実現することを念頭に置くべきである。特に財政的な制約を考慮し、可能な限り効率的に財源を活用する取組みが必要である。

保健医療費の占める割合を徐々に増やしていくことが、保健医療の継続的な発展を支えることになる。ほとんどの国で、PHCのための資金の大部分は国内財源から得られるが、多くの国では国際的な支援が不可欠であり、PHCのための国内財源の追加配分の触媒として機能することが可能である。更に、疾病に特化した国際プログラムは、PHCを支援し効率を高めるための措置を講じるべきであり、例えば、資金を国の優先事項に合わせる取組みを支援し、国の所有権を強化し財源を保健医療制度強化に使えるようにするガバナンス活動を支援し、その資金が国家予算に含まれるようにすることで、その効果が期待できる。PHCのための資金調達は重要なステップだが、その後、患者に効果的にサービスを提供するために、それらの財源を割り当て、使用する必要がある。

7.2 運用上のテコ入れ策

A. コミュニティやその他の ステークホルダーの関与を促し、 問題や解決策を共同で定義し、 行動の優先順位を決める

問題と解決策を特定し、その対応に優先順位をつけることは、PHCの改善、ひいてはより健康で幸福な生活の実現に不可欠な要素であるが、技術論的なアプローチで行われることがあまりにも多い。PHCは、問題の定義、解決策の発見、行動の優先順位付けにおいて、最も直接的に影響を受ける人々とコミュニティが協力者として参画することを促進する。これを実現するために、幅広い戦術が用意されており（セクション5.3を参照）、地域の状況に応じて適応させるべきである。

B. プライマリ・ケアと 公衆衛生機能を 優先させたケアモデル

PHCを強化する取組みの中心は、PHCの包括的なビジョンを推進するケアモデルの開発である。これには、集団ベースのサービスに十分な優先順位をつけ、公衆衛生とプライマリ・ケアとの間で良好な調整を行うことが含まれる。個々の保健医療サービスのレベルでは、プライマリ・ケアが最初の接点であると同時に、他のすべてのレベルのケアやサービスと連携した保健医療制度の中核となるように、保健医療制度を方向転換する必要がある。継続的、包括的、調整的、人間中心のプライマリ・ケアの提供は、エンパネルメントのプロセスを通じて、特定の地域コミュニティの健康を特定のチームに委ねることによって促進される。プライマリ・ケアは、既存の健康問題と新たな健康問題の両方に対処し、パスに沿った経過をたどる患者を監督する役割を果たすよう、戦略を策定する必要がある。包括性を確保するため、実行可能であれば、初期レベルのケアは、予防、促進、治療、リハビリと緩和を含む一連のケアにわたって、慢性および非感染性疾患（メンタルヘルスを含む）と関連要因を管理する責任を負う必要がある。これには、在宅医療とセルフケアを支援するプログラムによるプライマリ・ケアの拡大が含まれる。

C. 高品質で安全な 保健医療サービス 提供の確保

質の高いケアとは、ケアへのアクセスを容易にし、ケアを提供するために投入された労力とリソースが、無駄を最小限に抑えながら、人々の健康状態の実際の改善につながることを保証するものである。質の高い医療は、コミュニティとの信頼を築き、保健医療制度の持続可能性を確保するために不可欠である。地方、地域、国の各レベルで、PHCの質を継続的に評価し、改善するための体制を整え、エビデンスに基づく質の向上戦略を選択し、そのニーズに合わせて調整する必要がある。近年、インセンティブ制度、特に金銭的なもの（具体的支払方法など）が重視されているが、その他にも、プロフェッショナリズム文化の促進、リソースの増加、チームワークの促進、情報ツールの提供などに関するものがある。

より安全なプライマリ・ケアに関するWHO技術シリーズは、より安全なプライマリ・ケアを設計し、提供するための指針を提供する。品質と安全性のための患者参画も、PHCの広い範囲と整合及び、品質向上の取組みの有効性、説明責任、持続可能性の両面から、有望なアプローチである。

D. 民間事業者との関わり

民間部門は、幅広い関係者とサービスをカバーし、資金源（任意保険、民間投資家など）、新技術や新製品の開発者、サプライチェーンの管理者、代弁者、サービス提供者など、PHCにおいて複数の役割を担っている。公共部門と民間部門はしばしば結びついており、個々の保健医療専門家は両方で診療を行い、かなりの割合の患者は両者からサービスを受ける。このことは、収益が民間部門に移行しているため、資金調達に影響を与える可能性がある。PHCに関して民間と公共部門のパートナーシップを構築するには、参加型のアプローチと、民間のサービス範囲と性質に関する適切な情報という2つの重要な基盤に基づく必要がある。

公的所有と民間管理、共同所有と合併事業、所有権の長期的移転(BOTモデルなど)、公的資金による民間活動支援(保証や補助金など)、民間資金による公的活動支援(インパクト債など)、保健医療サービスの全面民営化など、様々なタイプの法的整備が検討され得る。民間部門との参画の様々な側面に対処し、民間のリソースが公平性を含む公衆衛生の目的に向けられるようにするには、通常、複数のアプローチを同時に行う必要がある。民間パートナーにも公共部門と同じ基準や規則が適用されることが重要である。利益相反(医師が患者を自身のクリニックに紹介したり、公的契約の締結に透明性が欠けているなど)を特定し、緩和する必要がある。最終的には、国のモニタリングと評価の取組みに民間事業者が参画できるようにすることも重要で、理想的には、保健管理情報システムを通じて参加することが望ましい。

民間部門の医療従事者(営利、非営利を問わず)は、すべての保健医療制度において重要な役割を担っており、国によってはケアの大部分を提供しているところもある。公共部門と民間部門の保健医療サービスを調整し、民間部門を統制し、適切な医療水準の遵守を確保するためのメカニズムを開発する必要がある。質の高いケアを提供するために、民間部門の医療従事者の参画と統合が重要である。計画、トレーニング、モニタリングにおいて営利、非営利の民間部門の参加を深め、初期レベルにおいてサービスの提供と住民への説明責任を向上させるアプローチは、多くの環境においてPHCを強化する鍵となる。

E. PHC人材

人材は、効果的なPHCを提供するための核心である。多くの国で、PHC人材の数、分布、能力について取り組む必要がある。特定の環境では、十分な数のヘルスワーカーの採用、訓練、維持に重点が置かれ、他方別の環境では、認定、支援的監督、臨床指導、実地訓練などのアプローチを通じて、能力と質の確保に重点が置かれる必要がある。また、すべてのコミュニティが保健医療専門家にアクセスできるよう、人材の適切な配分を確保することが重要な課題となっている所もある。そのためには、医療が行き届いていない地域から学生を採用し、その学生が地元に戻って働くようにしたり、医療が行き届いていない地域への転勤を奨励するインセンティブ制度や、人材の配分を積極的に調整するプログラムなどの戦略が必要になる可能性がある。

施設ベースとコミュニティベース両方のメンバーを含む多職種プライマリ・ケアチームの利点について、相当なエビデンスが存在することから、このような取組みは、様々な保健医療専門家集団に適用されるべきである。特に、家庭医チームは、様々な環境で明確な利益を示しているプライマリ・ケアへのアプローチを提供している(112)。

F. 物理的インフラ、適切な医薬品、製品、技術

適切な物理的インフラへの十分なリソースの確保は、質の高いPHCを確保するために重要であり、その開発と実施の初期段階においては特に重要な投資である。サービスや保健医療従事者を病院からコミュニティへうまく移行させるには、適切な投資が必要である。こうした投資、そしてその結果、適切な診断、治療製品や技術を備えた施設は、こうした環境で提供されるケアの質に関する否定的な認識を克服するためにも重要である(113)。プライマリ・ケアと公衆衛生は、サービスの有効性と効率性を高めるために、適切な新しい保健医療技術、例えばポイントオブケア診断を採用すべきである(114)。

同様に、手頃な価格で品質が保証された医薬品が入手できることも、PHCに欠かせない。このためには、しばしば政府の様々な部署にまたがる協調的な行動と、強力な管理システムが必要となる。

G. デジタル技術

PHCの強化を通じて健康とウェルビーイングを改善するための需要側と供給側の両方の取組みによって、新しい技術は非常に重要である。情報通信技術の急速な変革は、セルフケアおよび人々とコミュニティの参画において魅力的な可能性を開き、人々がセルフケアの一環として活用できるリソースも発展している。保健医療サービスの範囲を拡大し、セルフケアを支援する(必要なときに情報を入手できるようにしたり、予約や服薬のリマインダーを提供するなど)mHealth(モバイルヘルス)やeHealth(eヘルス)のプラットフォームを開発するための多くの取組みが進行中である。

情報通信技術は、健康管理情報システムの強化など、保健医療制度の機能を向上させる強力な手段でもある。情報システムの進歩は、共有された電子カルテの支援と機能の最適化、他の医療施設やサービスとの連携、クリニカルパスに沿った双方向の紹介の支援に十分活用されるべきである。遠隔診察サービスや遠隔医療は、患者と保健医療従事者間の情報の流れを改善し、プライマリ・ケアと紹介医療をよりよく統合するために利用することができる。また、人工知能やドローンなど他の技術も活発に研究されており、サービスの質やアクセス性を向上させる新たな手段を提供する可能性がある。この分野が発展していく中で、その潜在的な弊害や不公平感を悪化させる可能性を管理するために、必要に応じた適切な規制や法律とともに、継続的な研究が必要である。例えば、デジタル革命に伴う子供の精神疾患や自殺の増加は、PHCのアプローチで管理する必要がある負の影響である(115)。

H. 購買および決済システム

購買は医療財政システムの中核機能の一つであり、有効性と効率性を向上させる上で重要な役割を果たすことができる。受動的な購買アプローチとは、医療提供者がパフォーマンスとは無関係に自動的に資金(予算配分)や支払いを受けることを特徴とする。より能動的、戦略的な購買に移行するためには、少なくとも部分的には、供給者への資金移転を、供給者のパフォーマンスや供給する人々の健康ニーズといった側面に関する情報と関連付ける必要がある。戦略的購買の目的は、リソースの配分における公平性の向上、効率性の向上(「お金に見合うだけの健康」)、支出増加の管理、保健医療サービスの提供における質の向上を図ることである。また、医療提供者と購入者の透明性を高め、住民への説明責任を果たすことも目的の一つである。

保健医療サービスの戦略的購買の改善、すなわち、目標達成のためのサービス・ミックスと量の積極的かつエビデンスに基づく定義とスキル・ミックスの選択は、プライマリ・ケア、集団健康管理、インセンティブを共有した保健医療サービスの統合を推進する上で中心的なものであり、弱点を解決する重要なツールとなり得る(質に基づく支払いの仕組み、人数払いに基づく混合支払いモデル、包括支払いなど)(116)。

I. PHC指向の研究

政策、戦略、運営計画は、何が効果的で何が効果的でないかについての入手可能な最善のエビデンスに基づくものでなければならない。これには、PHCアプローチのすべての構成要素を支える介入策、人々が自らのケアやサービス設計に関与するための戦略、一般的な健康問題の自己管理、専門家の代替、統合ケアパスに沿ったケア責任の移行に関する研究が含まれる。PHCの研究は、その性質上、複数の政策やサービスを含む複雑な介入策を検討する必要がある。

単に調査を行うだけでは不十分で、その結果を政策や運用の意思決定に役立てる必要があり、これを行うために各国を支援する多くのアプローチが開発されている(117)。更に、情報の取得、知識とグッドプラクティスの開発と普及は、知識共有プラットフォームから利益を得ることができる。現代の情報通信技術は、Wiki(共同ウェブサイト)や共同学習のバーチャルモデルなど、知識共有のための新しい選択肢を提供している。

J. モニタリングと評価

実施に関する取組みの進捗を定期的に追跡することは不可欠である。急速に変化する世界において、保健医療制度は、学習と適応のために自らのパフォーマンスを監視し、大規模な取組みによる課題や意図しない結果を特定し、対処する必要がある。評価は、取組みが意図したとおりに機能しているか否かを確認し、実施中の軌道修正に貢献するためにも重要である。

地方、地域、国、世界レベルでの意思決定を改善するためには、信頼できるデータとその利用を支援することが必要である。今後の課題には、連携、革新、相互学習が必要であるため、情報や革新を共有できる地域や世界のネットワークの関与がカギとなる。

8. 結論

SDGsを通じて、世界はすべての人々の健康とウェルビーイングの向上を目指した野心的な開発アジェンダに取り組んできた。アルマアタ宣言から40年を経て、エビデンスを備え、新たな世界的取組みに触発され、世界のコミュニティがその方向に向かって大胆な一歩を踏み出すときが来た。プライマリ・ヘルス・ケアへの新たなアプローチは、SDGsとUHCを達成するための中心的なものである。前進には勇気と決意が必要であるが、今がその時である。世界は、成功のためにこれまでにない好位置につけている。

用語集

アクセス(保健医療サービスへの)。保健医療サービスや保健医療施設に、場所、時間、行きやすさの点で到達できる能力、あるいは認知する能力。

説明責任。自らの行動を、例えば、綿密な調査、契約、管理および規制を通じて統治当局に、または有権者に、報告する、または説明する義務。

適切なタイミングで効果的なケアをすることで入院を減らすことができる状態。喘息、糖尿病、高血圧など、積極的なプライマリ・ケアによって急性増悪を予防し、入院の必要性を減らすことが可能な慢性疾患。

回避可能な病的状態。保健医療介入により回避可能と考えられる疾病の発生率。

回避可能な死亡率。保健医療介入により回避可能と考えられる死亡率。

ケア調整。サービス利用者のニーズに合わせてケアの専門家や提供者を集め、様々な環境で統合された、その人に合ったケアを受けられるようにするための積極的なアプローチ。

事例管理。複雑なケア(多くの場合、複数の提供者や場所からの)を必要とするリスクの高い人々、脆弱な人々、複雑な社会的・健康的ニーズを持つ人々のニーズに沿ってサービスを統合するために、事例検索、評価、ケア計画、ケア調整を含む、コミュニティベースの的を絞った積極的なケアの方法。事例管理者は、連続したケアの全体を通して患者のケアを調整する。

変更管理。個人、チーム、組織、システムを望ましい未来の状態へと移行させるためのアプローチ。

一貫性(国の保健政策、戦略、計画の)。(a)戦略提案が状況分析で特定された優先事項とどの程度一致しているか、(b)プログラム計画が国家保健戦略および計画とどの程度一致しているか、(c)国家保健政策、戦略または計画における異なるプログラム戦略において互いにどの程度一貫性があるか、(d)予算、モニタリングおよび評価のフレームワーク、行動計画が戦略案をどの程度導入しているか。

連携的ケア。専門家や組織が集まり、人々とパートナーシップを組んで共通の目的を達成するケア。

コミュニティ。共通の特性(地理、関心、信条、社会的特性)によって定義される集団の単位で、基本的な政治的および社会的責任の所在であり、その中の人々の生活活動のすべてまたは大部分を含む日常の社会的相互作用が行われる場所。

地域保健医療従事者。多くの場合、医療専門家と連携して、地域コミュニティのメンバーに保健医療ケアを提供する人。村の保健指導員、コミュニティ保健補助員または推進員、保健教育者、一般市民保健指導員、熟練患者、コミュニティボランティア、またはその他の名称で呼ばれることがある。

ケアの包括性。ケアと利用可能なリソースの範囲が、特定のコミュニティのあらゆる健康ニーズにどの程度まで応えられるか。包括的なケアには、診断や治療、または紹介や緩和だけでなく、健康増進や予防のための介入も含まれる。また、慢性的または長期的な在宅ケアや、モデルによってはソーシャル・サービスも含まれる。

ケアの継続性。一連の個別のヘルスケア事象が、時間とともに首尾一貫し、相互に関連し、健康上のニーズや嗜好と一致するものとして人々に経験される程度。

ヘルスケアの共創。専門家、ケアサービスを利用する人々、その家族、彼らが属するコミュニティの間で、公平かつ相互的な関係で提供される保健医療サービス。共創は、情報、意思決定、サービス提供を共有する、人々、医療従事者、保険医療制度の間の長期的な関係を意味する。

慢性期医療。長期的な保健医療状態にある人々のニーズに対応する医療ケア。

疾病管理。健康状態が確立している集団および個人に対する、有益性が証明された協調的、積極的なヘルスケア介入とコミュニケーションのシステムで、人々のセルフケアへの取組みを向上させる方法を含む。

有効性。特定の介入、手順、療法、サービスが、日常的な状況で展開されたときに、特定の集団に対して意図したとおりの効果を発揮する度合い。

eHealth。セルフケアを支援し、保健医療従事者間や保健医療従事者と患者間の電子コミュニケーションを可能にする、様々な保健医療ニーズを持つ人々とコミュニティの遠隔管理を支援する情報通信技術。

エンパワメント。人々とコミュニティが自分たちの健康ニーズをコントロールできるように支援するプロセスで、例えば、より健康的な行動を取り入れたり、病気を自己管理する能力を高めたりすることにつながる。

参画。医療サービスの設計、計画、提供に人々とコミュニティを関与させ、それによってケアや治療の選択肢を選択できるようにしたり、医療資源の用途に関する戦略的意思決定に参画させたりするプロセス。

健康における公平性。社会的、経済的、人口統計学的、地理的に定義された集団または人口グループの間で、健康状態、医療や健康増進環境の利用、保健医療の1つまたは複数の側面において、国内および国外で組織的または潜在的に改善可能な差がないこと。

本質的な公衆衛生機能。公衆衛生の中心的な目的である集団の健康増進を達成するために必要な能力および行動の範囲。この文書は、中核的または垂直的機能である保護、促進、予防、監視と対応、および緊急事態への準備に焦点を当てている。

初期レベルのケア。保健医療制度への入り口、サービスと地域社会の接点。初期レベルのケアが多く、質的基準を満たす場合、プライマリ・ケアと呼ばれる。プライマリ・ケアの項参照。

断片化(保健医療サービスの)。(a)健康ネットワークに統合されていないユニット、施設、プログラムの共存、(b)促進、予防、診断、治療、リハビリテーション、緩和ケアサービスの全範囲をカバーしていないサービス、(c)相互に調整されていない、異なるケアのプラットフォームにおけるサービス、(d)長期的に継続しないサービス。

目標志向のケア。各個人が定義した、可能な限り最高の健康レベルを達成するために、各個人から明示的に引き出された目標とターゲットに基づいて、計画され提供されるケア。

健康。身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態であり、単に病気や病弱がないだけではないこと。

ホリスティックケア。病気や体調不良の症状だけでなく、心理的、社会的、環境的な要因も含めた人間全体を考慮したケア。

水平統合。サービス生産プロセスの同じ段階にある機能、活動、または運用ユニットの調整。この種の統合の例としては、単一レベルのケア内での統合、合併、共有サービスなどがある。

指標。行動または一連の行動の構造、プロセスまたは結果の評価に役立つ、明示的に定義され測定可能な尺度。

統合された医療サービス。保険医療制度内の様々な機能、活動、ケアの現場を通じて、人々が健康増進、疾病予防、診断、治療、疾病管理、リハビリテーション、緩和ケアの一連のサービスを受けられるような医療サービスの管理および提供。

統合医療サービス提供ネットワーク。定義された集団に対して公平で包括的かつ統合的な医療サービスを提供する、または提供するための調整を行う組織のネットワークで、その臨床的・経済的成果およびサービスを提供する集団の健康状態に対して説明責任を果たす意思があるもの。

生涯アプローチ。個人とコミュニティの健康アウトカムが、生涯を通じ複数の保護要因と危険要因の相互作用に依存することを示唆するアプローチ。このアプローチは、健康とその決定要因についてのより包括的なビジョンを提供し、人生の各段階における利用者のニーズをより重視した保健医療サービスの開発を求めるものである。

メンタルヘルス。すべての人が自分の可能性を実現し、人生の通常のスレスに対処でき、生産的かつ実りある仕事ができ、コミュニティに貢献できるような、幸福な状態。

健康に関する多部門連携行動。保健部門とその他の部門(社会保護、住宅、教育、農業、金融、産業など)が、共同ないし単独で行う、健康の社会、経済、環境的決定要因および関連する商業要因に対処する、あるいは健康とウェルビーイングの向上を図る政策立案、政策実施、その他の行動。

相互(共有)説明責任。2人(または複数)のパートナーが、互いに交わした約束に責任を持つことに合意するプロセス。

人間中心のケア。個人、介護者、家族、コミュニティが、人道的かつ全体的な方法で彼らのニーズと嗜好に応える信頼できる保健システムの参加者、受益者として意識的に採用するケアへのアプローチ。また、人間中心のケアでは、人々が自分自身のケアについて決定し、参加するために必要な教育や支援を受けることが必要である。

個人向け保健医療サービス。健康増進、適時の疾病予防、診断と治療、リハビリテーション、緩和ケア、急性期ケア、長期ケアサービスなど、個人を対象とした保健医療サービス。

集団保健医療。集団内の成果の分布を含め、個人の集団の保健医療上の成果を改善しようとするヘルスケアへのアプローチ。

プライマリ・ケア。最初に接触し、利用しやすく、継続的で包括的かつ調整的な患者中心のケアを支援する保健医療制度における重要なプロセス。

プライマリ・ヘルス・ケア。3つの要素を通じて、健康とウェルビーイングのレベルと配分を最大化することを目的とした、社会全体を対象とした健康へのアプローチ。(a)プライマリ・ケアと統合された保健医療サービスの中核としての本質的な公衆衛生機能、(b)多部門にわたる政策と行動、(c)エンパワメントした人々とコミュニティ。

プライマリ・ヘルス・ケア志向の保健医療制度。到達可能な最高レベルの健康に対する権利を主目標とし、公平性と連帯感を最大化するように組織、運営される保健医療制度。プライマリ・ヘルス・ケア志向の保健医療制度は、ユニバーサル・カバレッジの達成と、住民に受け入れられ、公平性を高めるサービスへのアクセスを支える、構造的、機能的な中核的要素で構成されている。

質の高いケア。安全で、効果的で、人間中心で、適時で、効率的で、公平で、統合的なケア。

規制。個人または組織の行動に制約を課し、望ましい行動または自発的な行動からの変化を強制すること。

レジリエンス。危険にさらされたシステム、コミュニティ、または社会が、その本質的な基本構造や機能の維持、回復を通じて、適時かつ効率的に危険の影響に抵抗、対処、適応、回復する能力。

ヒルフケア。個人、家族、コミュニティは、保健医療サービスとの直接的な接触がない場合でも、自分の健康とウェルビーイングを適切に管理できるよう支援され、エンパワメントが行われる。

モテークホルダー。保健医療制度の1つまたは複数の側面に利害関係を持つ個人、グループ、または組織。

スチュワードシップ。公平性ならびに人々の健康とウェルビーイングを守るために、保健医療リソースを効果的に計画し管理する責任。

イユニバーサル・ヘルス・カバレッジ。すべての人々が、効果的で十分な質の、必要な促進的、予防的、治療的、リハビリテーション的、および緩和的な保健医療サービスを確実に利用できるようにするとともに、これらのサービスの利用がいかなる利用者也経済的困難にさらすことがないようにする。

垂直統合。サービス生産プロセスの異なる段階にある機能、活動、または運用ユニットの調整。この種の統合には、保健医療サービス提供のプラットフォーム間の連携、例えば、プライマリ・ケアと紹介ケア、病院と医療グループ、外来手術センターと在宅ケア機関間などが含まれる。

垂直的プログラム。特定の(単一の)健康状態にある人々や集団に焦点を当てた保健医療プログラム。

ウェルビーイング。肯定的な人生経験を捉えることを目的とした多次元的な構成要素で、しばしば生活の質および人生満足と同一視される。福祉の測定は通常、幸福、肯定的感情、関与、意味、目的、活力、落ち着きなど、幅広い領域を網羅する患者報告による結果に焦点を当てる。

注記:この用語集に記載の定義は、以下の出典から引用している。

保健医療制度強化用語集、ジュネーブ、世界保健機関(http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/ja/)

人間中心かつ統合された保健医療サービスに関するWHOの世界戦略:中間報告、ジュネーブ、世界保健機関、2015年(<http://www.who.int/iris/handle/10665/155002>)

本質的な公衆衛生機能、保健医療制度、保健医療安全保障:概念の明確化と行動のためのWHOロードマップの開発、ジュネーブ:世界保健機関、2018年

プライマリ・ヘルス・ケアにおける幸福の測定:ディペンデント・ケアプロジェクト、コペンハーゲン、WHOヨーロッパ地域事務所、1998年

参考文献

1. World Health Organization. (1981). Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization. 1981. (http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf) Accessed 14 October 2018.
2. World Health Organization. (2000). Primary Health Care 21: "Everybody's Business" : an international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata, Almaty, Kazakhstan, 27-28 November 1998. Geneva : World Health Organization. (<http://www.who.int/iris/handle/10665/66306>) Accessed 14 October 2018.
3. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1). Accessed 14 October 2018.
4. World Health Organization. (2008). The world health report 2008: primary health care - now more than ever. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/whr/2008/en/>). Accessed 14 October 2018.
5. World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1) Accessed 14 October 2018.
6. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
7. Universal Declaration of Human Rights. New York: United Nations; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>; accessed 14 September 2018)
8. Bishai DM, Cohen R, Alfonso YN, Adam T, Kuruvilla S, Schweitzer J (2016) Factors Contributing to Maternal and Child Mortality Reductions in 146 Low- and Middle-Income Countries between 1990 and 2010. PLoS ONE 11(1): e0144908. doi:10.1371/journal.pone.0144908 Editor: Niko Speybroeck, Université.
9. Figures at a glance. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees (<http://www.unhcr.org/en-us/figures-at-a-glance.html> ; accessed 27 August 2018).
10. Population Division, Department of Economic and Social Affairs. World urbanization prospects 2018. New York: United Nations; 2018 (<https://population.un.org/wup/> ; accessed 14 September 2018).
11. Hallegatte S, Bangalore M, Bonzanigo L et al. Shock waves: managing the impacts of climate change on poverty. Washington, DC: World Bank; 2016.
12. Costello A, Abbas M, Allen A et al. Managing the health effects of climate change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. Lancet. 2009; 373(9676): 1693–733.
13. The World Health Report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/>; accessed 14 September 2018).
14. Perry HB, Rassekh BM, Gupta S, Wilhelm J, Freeman PA. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health. 1. Rationale, methods and database description. Journal of Global Health. 2017; 7: 010901.
15. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low-and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. Social Science & Medicine. 2010;70(6):904-11.
16. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012 Mar 1;26:20–6.
17. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. Am J Public Health. 1996 Dec;86(12):1742–7.
18. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005 Sep;83(3):457–502.
19. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. Health Aff (Millwood). 2010 May;29(5):766–72.
20. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. Seattle, WA: University of Washington; 2018 (<http://www.healthdata.org/gbd>; accessed 14 September 2018).
21. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B et al. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. Ann Fam Med. 2009;7(4):357-63.

22. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLOS One*. 2014;9(7):e102149.
23. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>; accessed 14 September 2018).
24. Keeping the vector out: housing improvements for vector control and sustainable development. Geneva: World Health Organization; 2017.
25. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3): 457-502
26. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009; 32(2): 150-171.
27. Pesec M, Ratcliffe H, Bitton A. Building a thriving primary health care system: the story of Costa Rica. Case Study, Ariadne Labs, 2017.
28. Reed, Gail. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86(5):321-416.
29. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(4):686-694.
30. Ramirez AN, Giovanella L, Vega Romero R et al. Mapping primary health care renewal in South America. *Fam Pract*. 2016;33(3):261-267.
31. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med*. 2010;70(6):904-911.
32. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004;94(11):1864-74.
33. Primary Health Care Performance Initiative. [Internet]. Per capita current primary health care expenditure (\$USD) (<https://phcperformanceinitiative.org/indicator/capita-current-primary-health-care-expenditure-usd>; accessed 30 August 2018).
34. OECD, European Union, World Health Organization. (2011) A system of health accounts: 2011 version. (<http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf>) Accessed 14 October 2018.
35. Castro-Leal F, Dayton J, Demery L, Mehra K. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bull of the WHO* 2000; 78(1) : 66-74
36. Sambo LG, Kirigia JM. Investing in health systems for universal health coverage in Africa. *BMC Int Health Hum Rights*. 2014; 14:28.
37. O'Malley AS, Rich EC. Measuring comprehensiveness of primary care: challenges and opportunities. *J Gen Intern Med*. 2015;30(Suppl 3):S568-75.
38. Biesma RG, Brugha R, Harmer A, Walsh A, Spicer N, Walt G. The effect of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy Plan*. 2009; 24(4): 239-52.
39. Beaglehole R, Dal Poz MR. Public health workforce: challenges and policy issues. *Human Resources for Health*. 2003; 1:4.
40. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud*. 2015;52(3):727-743.
41. China Joint Study Partnership. Deepening health reform in China: building high-quality and value-based service delivery. Washington, DC: World Bank; 2016 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/24720/HealthReformInChina.pdf?sequence=6>; accessed 26 September 2018).
42. Rodriguez HP, Rogers WH, Marshall RE, Safran DG. Multidisciplinary primary care teams: effects on the quality of the clinician-patient interactions and organizational features of care. *Med Care*. 2007;45(1):19-27.
43. Joshi R, Alim M, Kengne AP et al. Task shifting for non-communicable diseases management in low and middle income countries--a systematic review. *PLoS One*. 2014;9(8):e103754.
44. Seidman G, Atun R. Do changes to supply chains and procurement processes yield cost savings and improve availability of pharmaceuticals, vaccines or health products? A systematic review of evidence from low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2017;2(2):e000243.
45. Ballard M, Schwartz R, Johnson A, Fiori K. Practitioner expertise to optimize community health systems: harnessing operational insight. Research Gate. 2017 (<https://www.chwimpact.org>).

46. Borda Olivas A, PalmaRuiz M, Drasbek C, Sarria Santamera A. Community health workers: a literature review in some countries of South America. *Value in Health*. 2012;15(4):A27-A28.
47. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018 (in press.).
48. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses: a call for radical transformation. . 2010 (<http://archive.carnegiefoundation.org/elibrary/educating-nurses-highlights>; accessed 14 September 2018).
49. Institute of Medicine. Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. The future of nursing: leading change, advancing health. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
50. Mash R, Almeida M, Wong WC, Kumar R, von Pressentin KB. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa. *Hum Resour Health*. 2015;13:93.
51. Dugani S, Afari H, Hirschhorn LR et al. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: a systematic review. *Gates Open Research*. 2018; 2(4).
52. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, et al. Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low- and middle-income countries. *J Gen Intern Med*. 2017 May; 32(5): 566-571
53. Borkan J, Eaton CB, Novillo-Ortiz D, Rivero Corte P, Jadad AR. Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(8):1432-41.
54. Van Weel C, Kidd MR. Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *CMAJ*. 2018; 190:E463-6
55. Ricci-Cabello I, Stevens S, Dalton AR, Griffiths RI, Campbell JL, Valderas JM. Identifying primary care pathways from quality of care to outcomes and satisfaction using structural equation modeling. *Health Serv Res*. 2018;53(1):430-449.
56. Chauhan BF, Jeyaraman MM, Mann AS et al. Behavior change interventions and policies influencing primary health care professionals' practice – an overview of reviews. *Implement Sci*. 2017;12(1):3.
57. Alhassan RK, Nketiah-Amponsah E, Spieker N et al. Effect of community engagement interventions on patient safety and risk reduction efforts in primary health facilities: evidence from Ghana. *PLOS One*. 2015; 10(11): e0142389.
58. Patient engagement. Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.
59. Petsoulas C, Peckham S, Smiddy J, Wilson P. Primary-care led commissioning and public involvement in the English National Health Service. Lessons from the past. *Prim Health Care Res Dev*. 2015;16(3):289-303.
60. Landon BE, Grumbach K, Wallace PJ. Integrating public health and primary care systems: potential strategies from an IOM Report. *JAMA*. 2012;308(5):461–462
61. Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1; accessed 22 Sept).
62. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. *SESPAS Report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26(Suppl 1.):20-6.
63. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1968-70.
64. Shi, L. The impact of primary care: a focused review. *Scientifica*. 2012; Article ID 432892.
65. Starfield B. *Primary Health Care: balancing health needs, services and technology*. 1998 New York. Oxford University Press.
66. Stange KC. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Ann Fam Med*. 2009;7(2):100-3.
67. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effect of access. *Am J Public Health*. 1998;88(9):1330-6.
68. World Bank Group; World Health Organization; Ministry of Finance, P.R.C.; National Health and Family Planning Commission, P.R.C.; Ministry of Human Resources and Social Security, P.R.C.. 2016. *Deepening Health Reform in China: Building High-Quality and Value-Based Service Delivery*. Washington, DC: World Bank. License: CC BY-NC-ND 3.0 IGO.
69. Pereira Gray D, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans P. Improving continuity: the clinical challenge. *InnovAiT*. 2016;9(10):635-45.

70. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract.* 2004;53(12):974-8.
71. Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open.* 2018;8(6): e021161.
72. Transitions of care. Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.
73. Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res.* 2008;17(9):1125-35.
74. WHO. 2002. WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005. Geneva: WHO. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf) Accessed 14 October 2018.
75. Pokhrel S, Sauerborn R. 2004. Household decision-making on child health care in developing countries: the case of Nepal. *Health Policy and Planning* 19: 218–33.
76. Rudra S, Kalra A, Kumar A, Joe W. Utilization of alternative systems of medicine as health care services in India: Evidence on AYUSH care from NSS 2014. *PLoS One.* 2017 May 4;12(5)
77. Use of Folk Therapy in Taiwan: A Nationwide Cross-Sectional Survey of Prevalence and Associated Factors Chun-Chuan Shih, Lu-Hsiang Huang, Hsin-Long Lane, Chin-Chuan Tsai, Jaung-Geng Lin, Ta-Liang Chen, Chun-Chieh Yeh, Chien-Chang Liao *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015; 2015: 649265. Published online 2015 Jun 11.
78. Kessler CS, Pinders L, Michalsen A, Cramer H. Ayurvedic interventions for osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int.* 2015 Feb;35(2):211-32. doi: 10.1007/s00296-014-3095-y. Epub 2014 Jul 26
79. Furst DE, Venkatraman MM, Krishna Swamy BG, McGann M, Booth-Laforce C, Ram Manohar P, Sarin R, Mahapatra A, Krishna Kumar PR. Well controlled, double-blind, placebo-controlled trials of classical Ayurvedic treatment are possible in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2011 Feb;70(2):392-3.
80. Thirthalli J, Zhou L, Kumar K, Gao J, Vaid H, Liu H, Hankey A, Wang G, Gangadhar BN, Nie JB, Nichter M. Traditional, complementary, and alternative medicine approaches to mental health care and psychological wellbeing in India and China. *Lancet Psychiatry.* 2016 Jul;3(7):660-72.
81. Narahari, S. R., Ryan, T. J., Bose, K. S., Prasanna, K. S. and Aggithaya, G. M., Integrating modern dermatology and Ayurveda in the treatment of vitiligo and lymphedema in India. *International Journal of Dermatology*, 2011;50: 310–334
82. Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Geneva: World Health Organization; 2018.
83. Martin-Misener R, Valaitis R, Wong ST et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Prim Health Care Res Dev.* 2012;13(4):327-46.
84. Pesec M, Ratcliffe HL, Karlage A, Hirschhorn LR, Gawande A, Bitton A. Primary health care that works: the Costa Rican experience. *Health Aff (Millwood).* 2017;36(3):531-8.
85. Blas E, Roebbel N, Rajan D, Valentine N. Intersectoral planning for health and health equity. In: Schmetts G, Rajan D, Kadandale S, ed. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook.* Geneva: World Health Organization; 2016.
86. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
87. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>; accessed 10 October 2018).
88. Watkins DA, Nugent R, Saxenian H et al. Intersectoral policy priorities for health. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN, Nugent R, editors. *Disease control priorities: improving health and reducing poverty. Volume 9: Disease control priorities. 3rd ed.* Washington, DC: World Bank ; 2018.
89. Verguet S, Laxminarayan R, Jamison D. Universal public finance of tuberculosis treatment in India: an extended cost-effectiveness analysis. *Health Economics.* 2015; 24: 318-332
90. Lagarde M, Haines A, Palmer N, Conditional cash transfer for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries. *JAMA.* 2007; 298(16): 1900-1910
91. Rasanathan K, Damji N, Atsbeha T et al. Ensuring multisectoral action on the determinants of reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health in the post-2015 era. *BMJ.* 2015; 351:h4213.
92. World Health Assembly 68. Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity (follow-up of the 8th Global Conference on Health Promotion). Report of the Secretariat. Geneva: World Health Organization.

93. Rajan D, Mathurapote N, Puttasri W et al. The triangle that moves the mountain: nine years of Thailand's National Health Assembly (2008-2016). Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/UHC/HGF/HGS/2017.1).
94. Shilts R. And the band played on. Politics, people, and the AIDS epidemic. New York: St Martin's Press; 1987.
95. Epstein H. The invisible cure: Africa, the West and the fight against AIDS. London: Penguin; 2008.
96. Piot P, Bartos M, Ghys P, Walker N, Schwartzlander B. The global impact of HIV/AIDS. *Nature*. 2015;410(6831): 968-73.
97. Invest in advocacy. Community participation in accountability is key to ending the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.
98. Rohrer K, Rajan D. Chapter 2. Population consultation on needs and expectations. In: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2016.
99. Bossert TJ, Larranaga O, Giedion U, Arbelaez JJ, Bowser DM. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003; 81(2): 95-100.
100. Eboeime EA, Abimbola S, Obi FA et al. Evaluating the sub-national fidelity of national initiatives in decentralized health systems: integrated primary health care governance in Nigeria. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1): 227.
101. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Glob Health Action*. 2015; 8: 10.3402/gha.v8.29842
102. Rosato M, Laverack G, Grabman LH et al. Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *Lancet*. 2008;372(9642):962-971.
103. Reeve C, Humphreys J, Wakerman J, Carter M, Carroll V, Reeve D. Strengthening primary health care: achieving health gains in a remote region of Australia. *MJA*. 2015; 9: 483-487.
104. Kelley ML, Prince H, Nadin S et al. Developing palliative care programs in indigenous communities using participatory action research: a Canadian application of the public health approach to palliative care. *Ann Palliat Med*. 2018; 7(Suppl 2): S52-S72.
105. Smylie J, Kirst M, McShane K, Firestone M, Wolfe S, O'Campo P. Understanding the role of indigenous community participation in indigenous prenatal and infant-toddler health promotion programs in Canada: a realist review. *Soc Sci Med*. 2016; 150: 128-43.
106. Torri MC. Multicultural social policy and community participation in health: new opportunities and challenges for indigenous people. *Int J Health Plann Manage*. 2012; 27(1): e 18-40
107. Woollard RF. Caring for a common future: medical schools' social accountability. *Med Educ*. 2006; 40(4):301-13.
108. Population Division, Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects 2017*. New York: United Nations: 2018 (<https://population.un.org/wpp/>; accessed 14 September 2018).
109. Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*. 1998; 114: 1008-1015.
110. IHI Triple Aim initiative. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/engage/initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>; accessed 14 September 2018).
111. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2016.
112. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med*. 2014 Mar-Apr;12(2):166-71.
113. https://www.who.int/medical_devices/innovation/health_care_facility/en/index1.html
WHO medical devices by health care facility level: Health post and health center.
114. http://www.who.int/medical_devices/diagnostics/WHO_EDL_2018.pdf
WHO Model list of Essential in vitro diagnostics, May 2018
115. Hoge E, Bickham D, Cantor J. Digital media, anxiety, and depression in children. *Pediatrics*. 2017;140(Suppl 2):S76-S80. doi: 10.1542/peds.2016-1758G.
116. Mathauer I, Dale E, Meessen B. Strategic purchasing for Universal Health Coverage: key policy issues and questions. A summary from expert and practitioners' discussions Geneva: World Health Organization; 2017.
117. Lionis C, Symvoulakis EK, Vardavas CI. Implementing family practice research in countries with limited resources: a stepwise model experienced in Crete, Greece. *Fam Pract*. 2010;27(1):48-54.

プライマリ・
ヘルス・ケアに関する
技術シリーズ



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
Hayashi R	COVID-19 and Mortality Decline in Asia in 2020	Journal of Population Problems (Jinko Mondai Kenkyu)	78(4)	493-508	2022
Yokobori Y. ; Kiyohara H. ; Mulati N. ; Lwin K. S. ; Bao T. Q. Q. ; Aung M. N. ; Yuasa M. ; Fujita M	Roles of Social Protection to Promote Health Service Coverage among Vulnerable People toward Achieving Universal Health Coverage: A Literature Review of International Organizations	Int. J. Environ. Res. Public Health	20, 5754	https://doi.org/10.3390/ijerph20095754	2023

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

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4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) 国立保健医療科学院 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		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:)

厚生労働大臣
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
 (国立保健医療科学院長)

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4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) 国立保健医療科学院 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		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:)

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

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4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) 国立保健医療科学院 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		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:)

厚生労働大臣 殿

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4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。

厚生労働大臣 殿

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 国土 典宏

次の職員の令和4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 連携協力部 部長

(氏名・フリガナ) 藤田 雅美 フジタ マサミ

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。

令和5年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 福知山公立大学
所属研究機関長 職名
氏名 学長 川添信介

次の職員の令和4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。

- 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
- 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
- 研究者名 (所属部署・職名) 地域経営学部医療福祉経営学科・教授
(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)
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。

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4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。

- 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
- 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
- 研究者名 (所属部署・職名) 国立健康・栄養研究所 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		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。