

(別添1)

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

ポストSDGsを見据えた新たなUHC指標開発に資する研究

(24BA1003)

令和6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7（2025）年 3月

(別添2)

目 次

I. 総括研究報告

ポストSDGsを見据えた新たなUHC指標開発に資する研究	1
大澤絵里	

II. 分担研究報告

分担課題1：既存のUHC指標の傾向とその課題点の分析

1-1. IAEG-SDGs(Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators)におけるSDGs指標3.8.1 に関する議論の経緯	9
渡 三佳	
1-2. 既存のUHC指標の改訂の方向性およびUHCサービスカバレッジインデックスを用いた分析	22
中西康裕, 大澤絵里, 野村真利香, 早坂章	
1-3. 間接的OOP支出が医療費支出に与える影響に関する研究	38
野村真利香, 大澤絵里, 相賀裕嗣, Tin Zar Win, Siti Mariam Abd Gani	

分担課題2：新たな保健関連サービスのUHCへの統合に関する国際的動向と指標の分析

2-1. 口腔保健指標とUHC指標との統合に関する分析 -二次資料によるレビュー分析-	44
三浦宏子, 村田幸枝	
2-2. リハビリテーション関連指標のUHC指標への統合に関する国際動向	59
山口佳小里, 清野薫子, 五十嵐久美子, 大澤絵里	
2-3. 感覚機能と健康に関する国際動向	68
五十嵐久美子, 山口佳小里, 大澤絵里	

分担課題3：公的な保健医療保障制度に統合する政策決定の際に必要な価値基準の分析

3-1. 保健医療分野での気候変動政策に関する研究	77
佐々木由理, 坂元晴香	
3-2. 保健医療分野での医療技術評価に関する調査研究	82
此村恵子, 坂元晴香	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	87
---------------------	----

(別添3)

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)
「ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資する研究」
令和6年度 統括研究報告書

研究代表者

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】

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)は、SDGs3のターゲットとして、世界的にモニタリングされてきたが、2030年までのUHC実現の達成が困難と報告されている。UHC サービス・カバレッジ・インデックスに扱われていない保健サービスを、UHCに統合する議論もあり、2030年以降のポストSDGsに向けて、UHCの新たな枠組みや指標を検討する時期が到来している。本研究では、ポストSDGsを見据え、よりUHCに適合した指標の提案を目的とした。

【方法】

令和6年度は、[分担課題1]既存のUHC指標の傾向とその課題点、[分担課題2]新たな保健関連サービスのUHCへの統合に関する国際的動向と指標、[分担課題3]公的な保健医療保障制度に統合する政策決定の際に必要な価値基準(費用対効果、倫理観、環境配慮等)について、研究論文や既存資料のレビュー、UHCデータ、関連データを用いた予備的分析、関係者へのヒアリングを実施した。

【結果】

UHCの指標に関しては、国連Inter-agency and Expert Group on SDG Indicatorsでは、2015年以降5回の会議までに、関係機関との意見交換などにより、方法論の改善、指標内容の改善が提案されていた。また、国特有のUHC指標の開発の動きがあることもわかった。指標の分析では、14の指標の関連、医療費自己負担について間接費用や非医療費も自己負担割合に含む重要性が示唆された。UHC指標の新分野としては、歯科、リハビリテーションで議論が進んでいた。視聴覚を含む感覚機能と健康に関する治療や予防の体制整備も進められていたが、指標開発と同時に取り組み強化の必要性がみられた。またさらに先をいく議論として、環境に配慮をしたUHCの進展として、保健医療分野の気候変動対策の議論もすすみつつあること、すべての国での確立はむずかしいものの、英国のHealth Technology Assessmentは、エビデンスに基づく政策決定という点で、UHCに参考になると考えられた。

【結論】

既存のSDGsのUHC指標に関しても、2025年には、追跡指標の定義や計算方法の改訂があり、改善の余地があることが把握できた。現在、UHCの追跡指標に入っていない分野においても、UHC指標への統合を目指し、活発な議論が進んでいた。UHCのモニタリングに関して、グローバル標準指標に加え、その国や地域の現状に合わせた質の高い指標が求められており、そのような指標開発に向けた研究を進める必要がある。

研究分担者

三浦宏子（北海道医療大学歯学部保健衛生学分野 教授）
坂元晴香（聖路加国際大学 公衆衛生大学院 非常勤講師）
野村真利香（長崎大学大学院 グローバルヘルス研究科 客員研究員）
佐々木由理（国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 主任研究官）
中西康裕（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官）
渡三佳（国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 部長）
五十嵐久美子（国立保健医療科学院 国際協力研究分野 統括研究官）

研究協力者

村田幸枝（北海道医療大学歯学部保健衛生学分野 講師）
山口佳小里（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官）
此村恵子（国立保健医療科学院 保健医療経済評価研究センター 主任研究官）
清野薫子（国立保健医療科学院 健康危機管理研究部 上席主任研究官）
相賀裕嗣（長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科 教授）
Tin Zar Win（長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科 博士課程）
Siti Mariam Abd Gani（長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科 博士課程）
早坂章（横浜市立大学大学院 データサイエンス研究科 博士前期課程）

A. 研究目的

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC) は、SDGs3 のターゲットとして、世界的にモニタリングされてきた。しかし、UHC グローバル・モニタリング・レポート 2023 では、2015 年以降、保健医療サービス提供の改善の停滞(UHC サービス・カバレッジ・インデックス (以下、UHCSCI) 改善の停滞)、破滅的な医療費自己負担に直面する人口割合の増加の報告があり、2030 年までの UHC 実現の達成が困難と報告されている[1]。また、UHCSCI にカバーされていない保健サービスを、UHC に統合する議論もあり [2-5]、2030 年以降のポスト SDGs に向けて、UHC の新たな枠組みや指標を検討する時期が到来している。日本においても予防事業での介入に関するエビデンス収集が進められており[6]、UHC に統合されるサービスのエビデンスの確立は世界的にも求められている。研究代表者は、令和 3,4 年度と「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（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）」[7]において、UHC の国際的な議論のトレンドを分析し、2030 年までに UHC 達成にむけてアジア諸国の課題として、既存の UHCSCI では測れないプライマリ・ヘルス・ケア、医療安全、官民連携、脆弱層への配慮等の重要性を示した[8]。本研究では、前課題の結果も参考にし、ポスト SDGs を見据え、より UHC に適合した指標の提案を目的とし、研究を実施する。

B. 研究方法

本研究では、約 2 年半の研究期間に 4 つの研究課題を実施し、研究の目的達成を目指す。

[分担課題 1] 既存の UHC 指標の傾向とその課題点の分析

[分担課題 2] 新たな保健関連サービスの UHC への統合に関する国際的動向と指標の分

析

[分担課題 3] 公的な保健医療保障制度に統合する政策決定の際に必要な価値基準の分析

[分担課題 4] UHC の新たな枠組みと指標の妥当性とグローバルでの活用可能性の検証及び提言のとりまとめ

令和 6 年度 は、下記の通り、分担課題 1～3 で、研究論文や既存資料のレビュー、UHC データ、関連データを用いた予備的分析を実施した。

[分担課題 1] UHC 指標設定の経緯に関して、国連 Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators（以下、国連 IAEG-SDGs）の会議記録及び関連資料のレビュー、UHCSCI 既存データの分析、UHC 既存指標の改訂について WHO 西太平洋事務局担当者へのヒアリングにて情報収集をし、分析をした。また UHC 医療費自己負担の指標の改善については、間接的自己負担支出に関するスコーピングレビューのプロトコルを作成した。

[分担課題 2] WHO（各地域事務局含む）決議や国際会議の宣言、各分野の国際的なネットワークの資料をレビューし、新たな保健サービスの UHC の統合に関する議論、具体的な介入案やモニタリング指標の提案に関して、分析をした。具体的には、歯科口腔保健、リハビリテーション、感覚機能と健康に関して、UHC 指標との関連の議論のレビューおよびデータ分析を実施した。

[分担課題 3] UHC を公的な保健医療保障制度に統合する政策決定の際に必要な価値基準（費用対効果、倫理観、環境配慮等）の国際的な動向に関して分析をした。具体的には、日本国内外の保健分野の気候変動対応に関して、関係団体の資料をレビューした。また、イギリスの Health Technology Assessment（HTA）の英国の動向や政策決定への応用状況について、英国の政府ホームページおよび既存文献のレビューを実施した。

（倫理面の配慮）

すべての課題において、二次データによる分析のため、該当なし。

C. 研究結果

[分担課題 1]

国連 IAEG-SDGs の会議記録及び関連資料のレビュー

2015 年以降の 15 回の会議記録および関連資料が分析の対象であった。第 1 回の会議では、指標の枠組みとして、グローバル、地域別・国別・テーマ別が統合されたモニタリングの体系であること、グローバルレベルのモニタリングの枠組みは、少数の指標に限定、合意された一連の基準で選択されること、既存の統合された統計の枠組みを活用すること、指標選択基準として、ターゲットと関連していること、妥当な方法であること、測定可能であること、取得と理解が容易であること、成果に焦点を当てた限定的な数によるものであること、が提案されていた。その後、15 回の会議までに、関係機関との意見交換などにより、方法論の改善、指標内容の改善が提案されていた。2019 年には、世界人口の 50%以上に関する国のデータが利用できる 31 のコア指標と、理想的な指標である 8 指標（50%未満の国でのデータに限られる）が提示さ

れ、その中には新しい分野の指標も含まれたが、結論としては、既存の方法の継続とされ、新しい提案については追加作業が必要とされた。

UHCSCI 既存データの分析

総合指標、4 分野の指標、14 の追跡指標で分析を行った。総合指標の平均値は 65.3, 中央値 69.0, 最頻値 75.0, 最小値 27.0, 最大値は 91.0 であった。4 分野のうち、最も平均値が高かった分野は「リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康」、最も平均値が低かった分野は「非感染性疾患」であった。「サービスキャパシティとアクセス」は、10-90 パーセンタイル範囲の幅が最も大きかった (22.0-95.5)。14 追跡指標の中で、最もスコアが低いグループの国が多かったサービスは、「保健医療人材数」であり、45 国 (23.2%) が 20 未満のスコアであった。個別指標間の相関分析においては、最も強い正の相関を示したのは、「保健医療人材数」と「基礎的衛生」であり、相関係数は 0.848 であった。また、その他で 0.7 以上の相関を示したのは、「産前ケア」と「基礎的衛生」(0.732), 「産前ケア」と「保健医療人材数」(0.703), 「高血圧治療」と「保健医療人材数」(0.748) であった。

UHC 既存指標の改訂と方向性

2024 年のコンサルテーションでは、UHCSCI 指標 (SDGs 3.8.1) は、現在の UHC の主分野 (4 分野 14 指標) を維持して、改善することが提案され、改善指標は、家族計画、糖尿病の治療、保健人材であった。計算方法として、人口の重みづけをすることが提案されていた。また WHO/WPRO では、国家間の比較には標準指標を使用するが、各国が国家保健計画に活用し、経年的にモニタリングできる国別指標の開発を支援していた。UHC 医療費自己負担の指標 (SDGs 3.8.2) は、世帯の可処分所得に占める医療費の自己負担額が 40% を超える人口の割合が、改訂指標として提案されていた。

UHC 医療費自己負担 (OOP: out of pocket) の指標 (SDGs 3.8.2) の改善

スコーピングレビューのリサーチクエストンとして、下記の 3 つをあげ、対象論文の採用基準なども決定し、スコーピング・レビューのプロトコル論文を作成・投稿した。

＜スコーピングレビューのリサーチクエストン＞

- ① 直接／間接 OOP 支出によって、世帯の破滅的支出がどの程度起きているか、また世帯が破滅的支出による経済的困難に対処する方法とは何か、
- ② 間接 OOP 支出への支払いが、総自己負担医療費にどの程度寄与するか、
- ③ 間接 OOP 支出の構成要素は何であり、そのうち最も重要なものは何か

[分担課題 2]

歯科口腔保健分野

2024 年に公表された「口腔保健のグローバルアクションプラン 2023-2030」では、80% の人口が UHC の一環として基本的な口腔保健サービスを利用可能とすると定められた。しかし、2020-2021 年のベースライン値では、歯科保健医療サービスを UHC の枠組みで受けることができる者の割合は世界人口の 23.3% のみであり、目標値との乖離は大きかった。口腔保健の UHC 統合を図る際に課題となる評価指標について、

候補となる指標として「人口 10 万人あたりの歯科医師数」や「幼児の齲蝕有病率」等が抽出されたが、UHC Service Coverage Index (UHC SCI) と歯科保健医療に関する諸指標との直接的な関連性について分析している研究は、限定的であった。

リハビリテーション分野

WHO は 2017 年「Rehabilitation 2030」を開始し、特に中低所得国における保健システムへの統合強化を進めている。リハビリテーションが UHCSCI に反映されていないことは、指標検討のための組織である国連 IAEG-SDGs も課題として認識しており、議論が進められていた。WHO はリハビリテーション関連指標に関するツールやガイドラインを整備しているが、このうち、「Rehabilitation Indicator Menu (2nd ed.)」において、モニタリング指標として 12 のコア指標と 32 のサブ指標が選定基準とともに提示されており、UHC 指標へのリハビリテーション指標の統合に向けた基盤を提供していた。特に、UHCSCI の候補として検討の余地がある指標は、アウトカムに分類され、有効カバレッジ (effective coverage) に関する指標である「慢性腰痛に対する効果的なリハビリテーションのカバレッジ (指標 10)」であった。

感覚機能と健康分野

2019 年に、世界保健総会で感覚機能に関する健康への対応の方針が打ち出されてから、対策を推進するための文書やガイドライン等が複数示され、当該分野の指標についても示されていた。2024 年に WHO/WPRO で開催された感覚機能と健康に関する技術会議において、域内での対策の推進のための行動計画が策定されていた。

[分担課題 3]

UHC と気候変動

病院の気候変動政策には、エネルギー効率の向上、再生可能エネルギーの導入、環境に配慮した建物設計、廃棄物管理、健康リスクへの対応、スタッフ教育、政策整備、地域社会との協力があつた。世界保健機関 (WHO) や各国の保健当局が提供する気候変動関連のガイドラインに基づき、病院では政策の策定が進められていた。

エビデンスを用いた保健政策決定への応用状況 – イギリスの HTA の例 –

英国では、医療保障制度である National Health Service で利用する医療技術について、National Institute for Health and Care Excellence を中心に経済評価が実施されていた。さらに、Cancer drugs fund や Innovative medicines fund などの医薬品へのアクセスを確保することを目的とした、制度を補完するシステムも整備されていた。

D. 考察

本研究課題では、[分担課題 1] 既存の UHCSCI の傾向とその課題点の分析、[分担課題 2] 既存の UHCSCI でカバーされていない保健関連サービスの UHC への統合に関する国際的動向と指標の分析、[分担課題 3] UHC の将来の持続可能性を検討するための、公的な保健医療保障制度に統合する政策決定の際に必要な価値基準 (費用対効

果、倫理観、環境配慮等)の分析の、3つの研究を進め、ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資することを目指している。

分担課題1の分析結果から、以下のことが考えられた。UHCSCI(SDGs3.8.1の指標)については、データ取得にコストがかからず少ない指標で対応するという方向性があるが、新たな指標の提案もあり、時代に応じて変化する可能性もあることがうかがえた。UHCの達成に向けて、進捗状況の把握に本来必要であり、望ましいと考えられる指標も、データが未整備であったり、収集不可であったりと、グローバルな指標としては、活用できない指標もあり、データとして簡便に把握する追跡指標の立て方や、データ収集手法の開発に関する取組を継続する必要がある。

既存のUHC指標である14の追跡指標の中には、治療へのアクセスではなく、その結果として導かれるアウトカム指標(例えば、糖尿病の治療に関して治療へのアクセスではなく、血糖値の年齢調整平均値)の代理指標がある。しかし、WHOは糖尿病治療の指標を、平均の血糖値から治療へのアクセスに改訂することを提案しており、今後も、よりUHCが意味する状況を測定する指標の開発が進むであろうと考えられる。データ分析の結果では、「保健医療人材数」が他サービスとの関連が多い指標であった。この指標は、WHOの改訂の提案では、看護師と助産師を含む指標に変更されることとなり、今後は、さらにプライマリ・ケア(1次医療)、健康増進、疾病予防なども含むプライマリ・ヘルス・ケア、ヘルスプロモーションとの関連が観察される可能性もある。プライマリ・ケア、プライマリ・ヘルス・ケア、ヘルスプロモーションのサービスアクセスをどの指標で測定するのかも今後の課題と考える。WHO/WPROからの情報収集では、各国の背景や現状に合わせてその国特有のUHC指標の活用も提案されていた。グローバル水準である14の追跡指標以外でのUHC指標の開発、モニタリングも検討されてきている。

UHC医療費自己負担(SDGs3.8.2の指標)については、医療費に関連した間接費用に関する考察を行った。ヨーロッパでは、医薬品、補聴器などの医療用品、歯科治療の自己負担が経済的困難の原因になっており、今後は、国家の所得状況によらず、また直接費用か間接費用かも問わず、さらには非医療費も含めて、家計の支出に対する医療費自己負担額の増加が見込まれる。医療を受けることに付随する支出(間接費用や非医療費)に関しても、3.8.2の医療費支出に含むことで、世帯の貧困化を真に測定する指標につながると考える。

分担課題2では、歯科口腔保健、リハビリテーション、感覚機能と健康に関して、UHC指標との関連の議論のレビューおよびデータ分析を実施した。世界における口腔保健に関して、歯科疾患の有病率が高い。歯科保健医療の拡充はすべての国々で共通の健康課題である状況を踏まえると、UHCへの口腔保健の統合を図るべき段階にきていると考えられる。多くの国々でのデータ把握が可能である指標も、今回のレビューで抽出でき、UHC関連指標に口腔保健指標を統合できる可能性がさらに高まるものと考えられる。口腔保健の良否には社会的決定要因の影響も大きいことが明らかになっており、今後は、社会経済的なレベルごとにUHC関連指標と口腔保健指標との関連性をさらに分析する必要がある。

リハビリテーションの指標には、潜在的な健康増進効果を得るのに十分な質のサービスを受けている人々の割合と定義されている「有効カバレッジ」として、リハビリ

テーションコア指標のうちの1つ，“慢性腰痛に対する効果的なリハビリテーションの普及率”が相当すると考えられる。慢性腰痛は，リハビリテーションの効果に関するエビデンスが十分に蓄積されている健康状態であり，UHCSCI の候補指標として検討可能であるかもしれない。また，各国の理学療法士数に関しては，世界理学療法連盟が129 の加盟国の理学療法士数のデータを有しており，データ収集方法や各専門職の定義の統一等の課題はあるものの，UHC 指標の一つである，保健医療人材数に含める検討の余地はあるかもしれない。

視聴覚を含む感覚機能の健康については，治療が実施困難な国と地域においては，モニタリングも困難となっているのが現状である。まずは，視覚・聴覚スクリーニングの標準化，地域医療との連携，医療従事者の研修，補助技術の普及，視覚・聴覚健康に関する啓発といったプロセス強化を図り，その評価やモニタリングのために，実際に指標の開発，収集を行うことで，取組の進捗の把握も可能となるであろう。

最後に，分担課題3では，保健分野における気候変動政策の主な取り組み、および公的医療サービスに取り込むサービス決定のプロセスについて情報収集をした。病院の気候変動への対応は，人々の命を守る手段として，社会的責任であると位置づけられ，エネルギー効率の向上や再生可能エネルギーの導入，環境に配慮した建築設計，廃棄物管理とリサイクルなど，実際のアクションも考えられているが，すべてにおいて多大なコストがかかること，最新技術の導入が必要であり，導入にはハードルが高いことも事実である。しかし，ポスト SDGs で，環境に配慮した UHC の議論を導くトピックであることは間違いないだろう。

公的サービスの決定のプロセスの一例として，英国の HTA について調査をした。予算制約がある中で，エビデンスに基づく意思決定について透明性をもって行うことができることから，UHC の文脈で HTA を考える上で大いに参考にするところがあると考えられるものの，HTA の実施，手順の決定など専門性の高い人材育成も必要となり，すべての国でこのような公的サービス決定のプロセスを確立させる難しさもある。

E. 結論

本研究課題では，ポスト SDGs における新たな UHC 指標を検討するために，国際的な動向およびデータの分析を行った。その結果，既存の SDGs の UHC 指標に関しても，2025 年には，追跡指標の定義や計算方法の改訂があり，改善の余地があることが把握できた。現在，UHC の追跡指標に入っていない分野においても，UHC 指標への統合を目指し，活発な議論が進んでいた。UHC のモニタリングに関して，グローバル標準指標に加え，その国や地域の現状に合わせた質の高い指標が求められており，そのような指標開発に向けた研究を進める必要がある。

F. 引用文献

- [1] WHO/World Bank. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report.,
- [2] 2021 Tokyo Nutrition for Growth Summit and UN Food Systems Summit Joint Statement.
- [3] WHA76.6 Strengthening rehabilitation in health systems, May 2023.
- [4] WHO. Eye care in health systems Guide for action, 2022.
- [5] Winkelmann J et al. Universal health coverage cannot be universal without oral health. The Lancet Public Health. 2023; 8(1): e8-e10.,
- [6] 令和4年度 予防・健康づくりに関する大規模実証及び認知症関連事業 調査報告書.
- [7] 大澤絵里. アジア・大洋州の国々におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進捗と課題. 「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(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3年度分担研究報告書.
- [8] 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. 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).2023

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

(別添 4)

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)
「ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資する研究」

令和 6 年度 分担研究報告書
分担課題 1: 既存の UHC 指標の傾向とその課題点の分析

1-1. IAEG-SDGs(Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators)における SDGs 指標 3.8.1 に関する議論の経緯

研究分担者

渡 三佳 (国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 部長)

研究要旨

【目的】

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を達成する目標は、SDGs のターゲット 3.8 として、「全ての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) を達成する。」[1] こととされており、その達成状況は 3.8.1 と 3.8.2 の 2 つのグローバル指標で世界的にモニタリングされている。

これらの SDG グローバル指標は、国連統計委員会が設立した IAEG-SDGs (Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators) により検討され、設定されたものである。本研究班において、ポスト SDGs を見据えて UHC により適合した新たな指標の検討をする際、UHC サービス・カバレッジ・インデックスの検討経緯を把握しておくことは課題の把握に有用であるため、IAEG-SDGs によるこれまでの SDG グローバル指標の検討における SDG3.8.1 に関する議論の経緯を整理する。

【方法】

IAEG-SDGs のウェブサイトに掲載されている会議記録及び関連資料における、SDG3.8.1 に関する検討内容を調査し、議論の経緯を整理した。

【結果】

SDG3.8.1 は、当初、この指標の管理機関である WHO から 16 の追跡指標で構成した指標とする提案がされ、Tier 分類Ⅲとして議論が進んでいたが、2 つの追跡指標を外し、14 の追跡指標とすること等で Tier 分類Ⅱとなり、その後 Tier 分類Ⅰとなった。追跡指標は、2025 年の包括レビューに向けた修正も提案されている。

【結論】

新たな保健サービスの UHC 指標候補の検討に際しては、国連統計委員会における指標の考え方や、追跡指標の設定の際に必要なとされる資料や考慮される点等を踏まえて進める必要がある。

A. 研究目的

現在、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を達成する目標は、SDGsのターゲット3.8として、「全ての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を達成する。」[1]とされており、その達成状況は3.8.1と3.8.2の2つのグローバル指標で世界的にモニタリングされている。

これらのSDGグローバル指標は、国連統計委員会が、2015年3月6日の第46回国連統計委員会において設立したSDGsのためのグローバル指標フレームワークを開発・実行するための組織であるIAEG-SDGs(Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators)により検討され、開発されたものである。本研究班において、ポストSDGsを見据えてUHCにより適合した新たな指標の検討をする際、UHCサービス・カバレッジ・インデックスの検討経緯を把握しておくことは課題の把握等のために有用であるため、IAEG-SDGsによるこれまでのSDGグローバル指標の検討におけるUHCサービス・カバレッジ・インデックス(SDG3.8.1)に関する議論の経緯を整理する。

B. 研究方法

IAEG-SDGsのウェブサイトに掲載されている会議記録及び関連資料をもとに、SDG3.8.1に関する議論の経緯を調査し、その内容を整理した。

IAEG-SDGsのウェブサイトには、2025年3月末時点で、15回のミーティング記録、16回のバーチャルミーティングの記録の他、オープンコンサルテーション等の資料が掲載されている。これらの資料について時系列に沿って確認し、ターゲット3.8の指標としての3.8.1の指標の設定における経緯の概略を整理した。

(倫理面の配慮)

公表資料を用いているため倫理面の配慮は要しない。

C. 研究結果

2015年3月6日の第46回国連統計委員会において、SDGsのためのグローバル指標フレームワークを開発、実行するための組織として、加盟国とオブザーバーとしての国際機関などから構成されるIAEG-SDGsが設立された[2]。IAEG-SDGsで開発されたグローバル指標フレームワークは、2017年3月の第48回国連統計委員会で合意され、その後、毎年、国連統計委員会や、2020年の包括的見直しによる改良や改訂等を踏まえ、現在の形になっている[2]。

IAEG-SDGsのウェブサイトには、2025年3月末時点で、15回のミーティング記録、16回のバーチャルミーティングの記録の他、オープンコンサルテーション等の資料が掲載されている。このうち、ミーティングの日程について表1にまとめた。

(表1) IAEG-SDGs ミーティング実施日程

第1回	2015年6月1日～2日	第9回	2019年3月25日～28日
第2回	2015年10月26日～28日	第10回	2019年10月21日～24日
第3回	2016年3月30日～4月1日	第11回	2020年11月3日～5日
第4回	2016年11月15日～18日	第12回	2021年11月2日～4日
第5回	2017年3月28日～31日	第13回	2022年11月7日～9日
第6回	2017年11月11日～14日	第14回	2023年10月23日～25日
第7回	2018年4月9日～12日	第15回	2024年10月21日～23日
第8回	2018年11月5日～8日		

2015年6月に実施された第1回の会議では、指標フレームワークの開発のプロセスや必要な作業について話し合われた。この会議において、指標の枠組みについては、2015年2月にニューヨークで開かれた「ポスト2015年開発アジェンダための指標枠組みに関する専門家会合」で合意された内容として、以下が確認された[3]。

- ・グローバル指標と、異なるレベルの地域別・国別・テーマ別のモニタリングが含まれている統合されたモニタリングの体系を決定する必要がある。
- ・グローバルレベルのモニタリングの枠組みは、少数の指標に限定されるべきである。
- ・これらの指標は、合意された一連の基準で選択されるべきである。
- ・既存の統合された統計の枠組みを活用することが重要である。

また、上記に加え、指標の選定プロセスについて、指標のTier（階層）（表2）、2015年3月のSDGsに関する政府間交渉でのガイダンス、2015年2月の「ポスト2015年開発アジェンダための指標枠組みに関する専門家会合」で提示された指標選択基準である、①ターゲットと関連していること、②妥当な方法であること、③測定可能であること、④取得と理解が容易であること、⑤成果に焦点を当てた限定的な数によるものであること、を考慮することが提案された[4]。

(表2) 指標の階層区分

	第1回会議で提示	第5回会議で提示
Tier I	手法が確立され、データも利用可能	指標が概念的に明確であり、国際的に確立された方法論と基準があり、その指標が関連するすべての地域において、少なくとも50%の国及び人口について、各国によって定期的にデータが作成されている
Tier II	手法が確立されているが、データ入手が容易でない	指標が概念的に明確であり、国際的に確立された方法論と基準があるが、データは定期的に作成されていない
Tier III	国際的に合意された手法が確立されていない	指標について国際的に確立された方法論や基準はまだ利用可能ではないが、方法論/基準が開発中（または今後開発予定）またはテスト中である

具体的な指標に関しては、事務局が作成した、優先指標案を記載した指標案のリスト（First proposed priority indicator list）と、それまでの協議による提案やコメントを含めたリスト（Indicator proposals received from agencies）が資料として示された。指標案のリストの中で、事務局は関連機関から提示された情報に基づいて Tier 評価を行っており、指標 3.8 については、「選択された優先指標の名称と定義」の欄には、“Coverage of tracer interventions for prevention and treatment services”と記述され、担当機関は WHO と世界銀行で、WHO のグローバルデータベースが利用可能とされ、Tier 区分については、Tier II と整理されていた [5]。この第 1 回会議の資料であるリストにまとめられた、サービス・カバレッジに関する各機関からのコメント中で、指標において考慮すべき要素としてあげられていた内容について、概略を表 2 にまとめた。

（表 2）各機関からのコメントで指摘された指標において考慮すべき要素 [6]

受診・治療に関する内容	予防接種，抗レトロウイルス療法（ARV），結核治療，高血圧治療，NTD 予防投薬，ARV 療法，結核治療，肺炎に対する受診，小児における ORS+亜鉛による下痢治療，マラリア治療のための ACT，重度の精神疾患の治療，緊急産科ケア，糖尿病治療，リハビリテーション
避妊・出産に関する内容	近代的な避妊薬に対する需要の充足，生殖年齢の女性の避妊，熟練した介助者による出産介助，産前ケア，出生後 2 日以内の産後ケア
保健・予防等に関する内容	薬物乱用，アルコールの有害な使用，大気汚染，喫煙，ITN（Insecticide-Treated Net；殺虫剤処理された蚊帳），5 歳未満児の発育障害，改善された飲用水源，改善された衛生施設

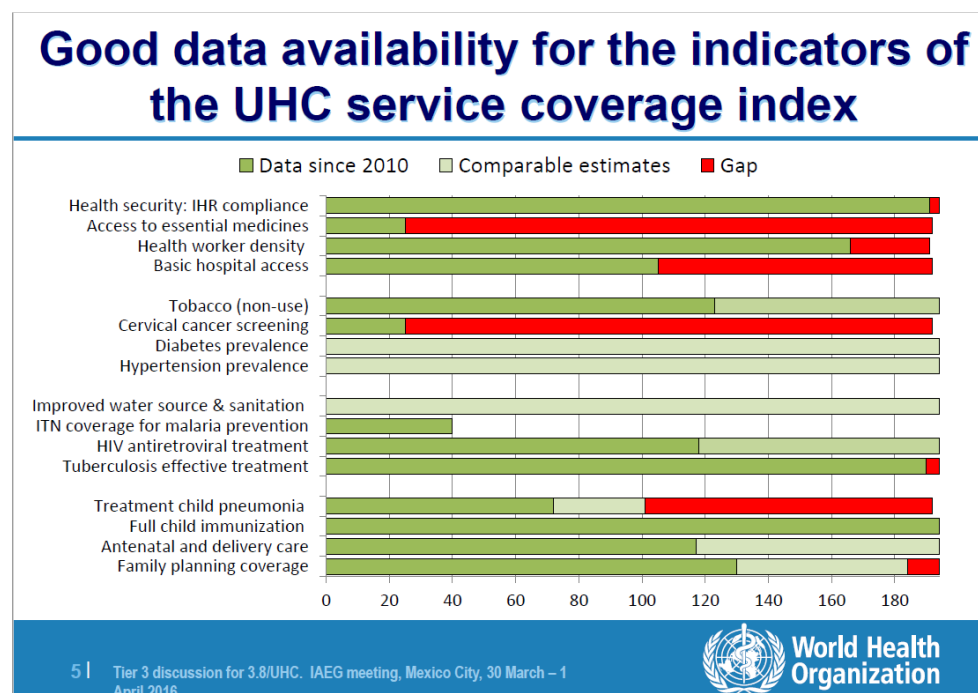
第 1 回会議の時点では、1 つのターゲットについて 1 つの指標を目指して検討されていた中で、指標の数はまだ多すぎ、目標間の相互リンクを利用して多目的な指標を特定すべき、という指摘があった一方、ターゲットの性質によっては、1 つの指標とすることは厳しい制限である、という指摘もあった [7]。同会議に WHO が提出したコメントには、UHC の最初のグローバルモニタリング報告書が 2015 年 6 月に WHO と世界銀行によって発表される予定であること、グローバルモニタリングでは全ての国に関連する追跡指標セットに焦点を当てていること、追跡指標から指標値を算出することは可能であるが、それが出発点ではないことが記載されていた [8]。

第 2 回の会議では、各指標が懸念の度合いや課題の解決可能性に沿い、グリーン（強い反対意見がない）、イエロー（未解決の問題があるが会議で解決可能）、グレー（詳細な議論や方法論の開発が必要）の 3 つに区分され、3.8 の指標は引き続き議論する必要があるグレーに分類された [9]。WHO は、3.8 の指標に関して、単一指標に依拠することはできず、理想的には健康増進、予防、治療、リハビリテーション、緩和ケアを測定する multiple coverage indicator が必要であると指摘した [10]。

第 3 回の会議では、Tier システムに関する議論が行われた。3.8.1 については、

WHO からは Tier II で提案され、16 の追跡指標は 75~100% の国からデータまたは比較可能な推計値が得られ（図 1）、データの入手可能性は良いとコメントしていたが、事務局により、Tier III に修正され、高所得国からのデータ収集に関する一層の取組が必要とされた[11]。IAEG-SDGs は、Tier III に分類された指標の作業計画に合意した[12]。

（図 1）追跡指標のデータ入手状況 [13]



第 4 回会議では、Tier III 指標に関して作業計画が共有された。また、会議開催前の討議で、指標 2.b.1 と 3.b.1(※)（※本会議時点でのタイトルは”Proportion of the population with access to affordable medicines and vaccines on a sustainable basis”）以外は合意されたことが共有された。また、全体的な指標見直しのフレームワークの合意がなされた [14]。

第 5 回の会議では、Tier の各階層をより明確にするため、分類基準が更新された（表 1）[15]。また、Tier III 作業計画のレビューでは、Tier III 指標に関する作業の加速についての議題があり、Tier III Fast Track Requests として 12 件の指標についてまとめられている中に、3.8.1 も含まれ、WHO が提出した、3.8.1 について Tier I か Tier II にすべき、とする Fast Track indicator requests/proposals が資料に含まれた。

第 6 回においても、WHO より 3.8.1 は Tier I とすべき、というリクエストが出ているが、IAEG-SDGs の決定としては、Tier III である指標 3.b.3(※本会議時点でのタイトルは”Proportion of health facilities that have a core set of relevant essential medicines available and affordable on a sustainable basis”[16])がコンポーネントであり、3.8.1 がアップグレードされるには 3.b.3 の手法が合意されることが必要、とされた[17]。

第7回では、6つの指標の再分類要請について議論があった。3.8.1については、管理機関であるWHOより、2017年に専門家及び加盟国へのコンサルテーションを行った結果などから、3.8.1のデータ活用可能性は十分であることを踏まえ、3.b.3の追跡指標からの削除及びデータ入手困難な子宮頸がん健診の追跡指標からの削除が提案され、これに基づいて同指標をTierIIとすることが要求され[18]、認められた[19]。ここから、追跡指標は2025年3月現在と同様の14項目となっている。(図2)

(図2) 第7回会議時点の3.8.1の追跡指標 [18]

3.8.1: Coverage of essential health services

Tracer topic	Current indicator	Data >2010 (# countries)
1. RMNCH		
Family planning	Family planning (3.7.1)	112
Pregnancy care	Antenatal care (4+ visits)	98
Immunization	3 of diphtheria-tetanus-pertussis	193
Child treatment	Child pneumonia care-seeking	94
2. Infectious disease		
Tuberculosis	TB treatment	187
HIV	HIV treatment	136
Malaria	Bed nets	29*
Water and sanitation	Improved sanitation	176
3. Noncommunicable disease		
Cardiovascular disease	Hypertension treatment	110
Diabetes	Diabetes treatment	89
Tobacco	Tobacco use (3.a.1)	129
4. Service capacity & access		
Hospital access	Hospital bed density	163
Health worker density	Physician, Surgeon, Psychiatrist	188
Health security	International Health Regs (3.d.1)	192

第8回では、WHOが指標の手法の変更について発表を行ったが、この指標が2018年4月の第7回IAEG-SDGsで承認されたばかりであることから、手法の変更に対する懸念が強調され、メンバーが医療専門家と協議できるよう、文書をできるだけ早く送付するよう要請された[20]。なお、既存の方法については、データの利用可能性による再分類により、TierIIからTierIとされた[21,22]。

第8回と第9回のミーティングの間に実施された、2019年1月のWebex会議では、3.8.1については、2017年版のUHC指標には14の追跡指標が含まれていたところ、他のSDG3に関する指標との整合性の向上によりデータ利用可能性が拡大した、世界人口の50%以上に関する国のデータが利用できる31のコア指標(別表1)と、理想的な指標である8指標(50%未満の国でのデータに限られる)(別表2)で構成されるものとする提案がなされた[22]。しかし、ミーティングの結論としては、既存の方法の継続とされ、新しい提案については追加作業が必要とされた[23]。

第10回では2020年の包括レビューに向けた議論が行われた。3.8.1に関してはすで

に Tier I とされており、レビューで焦点を当てる対象とはなっていなかったが、Eurostat からの、タイトルを「必要不可欠な保健サービスによってカバーされる対象人口の割合」として詳細はメタデータに移動するという提案に呼応して、「対象人口」については特定の人口を対象にするわけではないという理由から「人口」にした上で、括弧で記載していた詳細をメタデータに移動する方針に WHO が同意した [24]。

なお、第 5 回会議資料まではその時点の全指標の Tier 分類がファイルで会議資料として掲載されていたが、第 6 回からは、現時点（2025 年）の Tier 分類を公表するページへのリンクが会議資料として貼られているため、第 11 回から第 14 回の会議については、その他の資料に 3.8.1 に関する情報がないため、各会議時点での 3.8.1 指標の取扱い是不明であった。

第 15 回では、2025 年の包括レビューに向けての議論が行われた。3.8.1 のリビジョンプロポーザルがあり、3 つの追跡指標の変更が提案されている。1 つめは家族計画に関して、「結婚または婚約している」という文言の削除、2 つめは、医療従事者について、「医師、精神科医、外科医」とされていたものを、「医師、看護師、助産師」とするもの、3 つめは、糖尿病の管理について、空腹時血糖値から、30 歳以上の糖尿病患者の治療（投薬）のカバレッジ、とするもので、IAEG-SDGs により合意されている [25]。

D. 考察

3.8.1 の指標については、データ取得にコストがかからず少ない指標で対応するという方向性を目指しつつも、幅広い保健サービスを捉えることが、目標の達成状況の把握に不可欠なことから、サービスの種類に応じた 14 の追跡指標が用いられることとなっている。しかし、カバー率を把握したいサービスは、議論途中で削除された必要不可欠な医薬品に関するものや、子宮頸がん検診、また 2019 年の Webex 会議で提案されたものなども考えられ、さらに時代に応じて変化する可能性もある。糖尿病に関する追跡指標は、2025 年のレビューに向け、空腹時血糖値から、患者の治療の観点に変更する提案がなされているが、これはデータの把握状況の改善によって、より望ましい追跡指標を用いることができる好例である。UHC の達成に向けて、UHC の進捗状況の把握に本来必要であったり望ましかったりするものの、現在把握できず追跡指標に取り入れられていないサービス等について、データとして簡便に把握する追跡指標の立て方や、データ収集手法の開発に関する取組を継続する必要がある。

E. 結論

IAEG-SDGs における指標の検討経緯を確認し、追跡指標が決定される経緯の概要が把握できた。3.8.1 の指標は、同会議設立前の WHO と世界銀行によるサービス・カバレッジの指標に関する検討内容が基礎となり、IAEG-SDGs における指標としての活用可能性等の検討がなされて開発されたことが把握できた。2025 年には包括レビューが実施されるため、今後の UHC に適する指標の検討には、これらの議論の内容を踏まえることが必要である。

F.引用文献

- [1] 外務省.JAPAN SDGs Action Platform.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/goal3.html> (accessed 2025-05-19)
- [2] United Nations Statistics Division. IAEG-SDGs. United Nations,
<https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/> (accessed 2024-03-28)
- [3] United Nations Statistics Division. The Indicator Framework: Global, Regional, Sub-national and Thematic Indicators. ESA/ST/AC.300/3, 28 May 2015.
- [4] United Nations Statistics Division. Process of selecting indicators. ESA/ST/AC.300/4, 28 May 2015
- [5] United Nations Statistics Division. Proposed Priority Indicator List. (2015) . First meeting of the IAEG-SDGs, New York
- [6] United Nations Statistics Division. List of proposals (May 2015) . First meeting of the IAEG-SDGs, New York
- [7] First Meeting of the Inter-Agency and Expert Group on the Sustainable Development Goal Indicators. ESA/ST/AC.300/L3, 24 June 2015
- [8] WHO. (2015). Note accompanying the proposed indicators for the health target (SDG 3) [Inputs from agencies and other entities on indicator proposals and metadata (as of 15 June 2015)]. First meeting of the IAEG-SDGs, New York
- [9] United Nations Statistics Division. Agenda Item 4 - Review of proposed indicators - 2 Nov 2015. Second meeting of IAEG-SDGs, Bangkok
- [10] United Nations Statistics Division. Responses to the comments and questions raised by countries and contained in “Summary of Comments” (version of 25 September 2015) by WHO, ITU, UNCDF, UNICEF, UN-WTO (as of 19 October 2015). Second meeting of IAEG-SDGs, Bangkok
- [11] WHO. Monitoring Universal Health Coverage, 2016, Third meeting of IAEG-SDGs, Mexico City
- [12] United Nations Statistics Division. Provisional Proposed Tiers for Global SDG Indicators as of March 24, 2016. Third meeting of IAEG-SDGs, Mexico City
- [13] United Nations Statistics Division, Report. ESA/STAT/AC.318/L.3, 28 April 2016, Third meeting of IAEG-SDGs, Mexico City
- [14] United Nations Statistics Division. Fourth Meeting of the Inter-Agency and Expert Group on the Sustainable Development Goal Indicators. ESA/STAT/AC.327/1, 8 November 2016
- [15] United Nations Statistics Division. Agenda Item 8. Criteria for tier re-classification,2017. 5th meeting of IEAG-SDGs, Ottawa
- [16] United Nations Statistics Division. Summary Table of SDG Indicators (as of 8 Nov 2017), 2017. 6th meeting of IAEG-SDGs, Manama
- [17] United Nations Statistics Division. Agenda Items 4. Presentation of the updated tier System, 2017. 6th meeting of IAEG-SDGs, Manama

- [18] WHO. Tier Reclassification Request, 2018. 7th meeting of IEAG-SDGs, Vienna
- [19] United Nations Statistics Division. Seventh Meeting of the Inter-Agency and Expert Group on the Sustainable Development Goal Indicators. ESA/STAT/AC.353/L.3
05 June 2018, 7th meeting of IAEG-SDGs, Vienna
- [20] United Nations Statistics Division. Eighth Meeting of the Inter-Agency and Expert Group on the Sustainable Development Goal Indicators. STA/441/2/165A/3, 20 December 2018, 8th meeting of IAEG-SDGs, Stockholm
- [21] United Nations Statistics Division. Agenda Item 4. Presentation of outcome of tier reclassification based on data availability (Tier I and Tier II indicators). 6-8 November 2018, 8th meeting of IAEG-SDGs, Stockholm
- [22] United Nations Statistics Division. Tier re-classification request for SDG indicator 3.8.1, January 2019 IAEG-SDG Member WebEx Meeting, 17 January 2019
- [23] United Nations Statistics Division. Summary of decisions of January 2019 IAEG - SDG Member WebEx Meeting, January 2019 IAEG-SDG Member WebEx Meeting, 17 January 2019
- [24] United Nations Statistics Division. Proposals Under Review by IAEG-SDG as part of 2020 Comprehensive Review (refinements), 21-24 Oct 2019, 10th meeting of IAEG-SDGs, Stockholm
- [25] United Nations Statistics Division. Agenda Item 5. 2025 Comprehensive Review, 15th Meeting of the IAEG-SDGs Plenary Meeting, 22 October 2024, Oslo, Norway

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

(別表 1) 2019 年の WebEx 会議で提案された 31 のコア指標

資料：Addendum documents, January 2019 IAEG-SDG Member WebEx Meeting

UHC Tracer Indicator (Effective Coverage or EC)		Type of Input Indicators	Input indicators	Data sources	Countries or territories with data in 2010 or later	Data (50% of countries)	Data (50% of population)	Related SDG indicator
Promotion								
1	EC modern contraception – proxied using the fraction of women whose need for contraception is met with modern contraceptives. Met needs should not be age standardized.	Numerator	number of women who are using modern methods of contraception	Population-based surveys	110	Yes	Yes	3.7.1
		Denominator	number of women who want to use modern methods of contraception but are not + number of women who are on modern method of contraception	Population-based surveys				
2	EC breastfeeding promotion – proxied using the fraction of newborns initiating breastfeeding within one hour of birth.	Numerator	number of newborns initiating breastfeeding within one hour of birth	Population-based surveys	108	Yes	Yes	
		Denominator	number of live births	CRVS, Population-based surveys				
Prevention								
3	EC immunization – proxied using estimated proportion of children protected against diphtheria, pertussis, tetanus, measles, Streptococcus pneumoniae. Protection includes protection through herd immunity. In the absence of wider use of blood testing for relevant antibodies, this is approximated using vaccination coverage.	Numerator	number of children receiving each immunization	Population-based surveys, Facility records	DTP3: 194 MCV2: 164 PCV3: 134	Yes	Yes	3.b.1
		Denominator	for the third dose of diphtheria-tetanus-pertussis-containing vaccine (DTP3) and the third dose of pneumococcal conjugate vaccine (PcV3), the number of surviving infants and for the second dose of measles-containing vaccine (MCV2), the number of children in the cohort, according to the vaccination schedule	Population-based surveys, Facility records				
4	EC neglected tropical diseases preventive services – proxied using the geometric mean of treatment coverage of five neglected tropical diseases.	Numerator	number of people receiving preventive therapy for lymphatic filariasis, onchocerciasis, schistosomiasis, soil-transmitted helminthiasis and trachoma****	Registries, Population-based surveys	SCH - 52 STH - 101 LF - 51 Trach - 40 Oncho - 31	Yes	Yes	3.3.5
		Denominator	number of people requiring preventive therapy for lymphatic filariasis, onchocerciasis, schistosomiasis, soil-transmitted helminthiasis and trachoma****	Registries, Population-based surveys				
5	EC vector control for malaria – proxied using the fraction of a population sleeping under an insecticide-treated net or with effective indoor residual spraying.	Numerator	number of people who slept under an insecticide-treated net or number of households that received effective indoor residual spraying	Facility records, Population-based surveys	32**	Yes	Yes	3.3.3
		Denominator	population at risk of malaria targeted for the intervention	CRVS				
6	EC human papillomavirus immunization – proxied using coverage of human papillomavirus vaccination.	Numerator	number of girls receiving the final dose of human papillomavirus vaccine during the calendar year	Population-based surveys	45***	Yes	Yes	3.b.1
		Denominator	the number of girls in the cohort, according to the vaccination schedule	Population-based surveys				
7	EC elevated blood pressure management – proxied using the fraction of individuals with hypertension reaching treatment targets of <140/90.	Numerator	number of people receiving treatment with blood pressure less than 140/90	Population-based surveys	87	No	Yes	
		Denominator	number of people with hypertension (blood pressure ≥140/90) and no treatment + number of people with a diagnosis of hypertension receiving treatment	Population-based surveys				
8	EC diabetes: elevated blood glucose management – proxied using the fraction of individuals with elevated blood sugar reaching the treatment target of fasting plasma glucose levels less than 126 mg/dL.	Numerator	number of people with a diagnosis of diabetes and FPG less than 126 mg/dL	Population-based surveys	71	No	Yes	3.4.1
		Denominator	number of people with fasting plasma glucose levels ≥126 mg/dL + number of people with a diagnosis of diabetes and FPG less than 126 mg/dL on treatment	Population-based surveys				

Treatment: communicable, maternal, neonatal, nutritional								
9	EC management of labour and delivery – proxied using the proportion of live births delivered with a skilled birth attendant present.	Numerator	number of women aged 15–49 years with a live birth attended by a skilled health personnel (doctors, nurses or midwives) during delivery	Facility records, Population-based surveys	155	Yes	Yes	3.1.2
		Denominator	number of live births among women aged 15–49 years in the same period	CRVS, Population-based surveys				
10	EC antenatal, peripartum and postnatal care for the newborn – proxied using the early neonatal death rate*.	Numerator	number of deaths in children less than seven days of life	CRVS, Population-based surveys	194	Yes	Yes	3.2.2
		Denominator	number of live births	CRVS, Population-based surveys				
11	EC antenatal, peripartum and postnatal care for the mother – proxied using the age-standardized maternal mortality ratio*.	Numerator	number of maternal deaths	CRVS, Population-based surveys	110	Yes	Yes	3.1.1
		Denominator	number of live births	CRVS, Population-based surveys				
12	EC treatment for pneumonia – proxied using the rescaled death to incidence ratio for pneumonia*.	Numerator	number of deaths due to pneumonia in persons aged 5–19 years	CRVS, Population-based surveys	105	Yes	Yes	3.4.1
		Denominator	number of incident cases of pneumonia in persons aged 5–19 years	National surveillance, Population-based surveys				
13	EC treatment of severe acute malnutrition – proxied using the rescaled death to incidence ratio for severe acute malnutrition*.	Numerator	number of deaths due to severe acute malnutrition	CRVS, Population-based surveys	105	Yes	Yes	
		Denominator	number of incident cases of severe acute malnutrition	National surveillance, Population-based surveys				
14	EC treatment for diarrhoea – proxied using the death to incidence ratio for diarrhoea*.	Numerator	number of deaths due to diarrhoea	CRVS	105	Yes	Yes	3.9.2
		Denominator	number of incident cases of diarrhoea	National surveillance, Population-based				
15	EC antiretroviral therapy – proxied using the fraction of individuals with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy.	Numerator	number of individuals on antiretroviral	Facility	136	Yes	Yes	3.3.1
		Denominator	number of individuals with HIV/AIDS (Future developments will allow correction of the numerator to be number of individuals receiving antiretroviral therapy and achieving viral suppression)	Population-based surveys, National surveillance				
16	EC tuberculosis treatment – measured as the ratio of notified and treated tuberculosis cases (all forms) to estimated incidence for the same year	Final output	measured as the ratio of notified and treated tuberculosis cases (all forms) to estimated incidence for the same year	Population-based surveys; case notifications (TB surveillance); cause of death data	189	Yes	Yes	3.3.2
17	EC hepatitis C virus treatment – proxied using the fraction of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection receiving treatment for the infection within a given year.	Numerator	number of persons who were started on direct-acting antiviral treatment (during the particular year)	CRVS, Population-based surveys	29	No	Yes	
		Denominator	number of people with chronic HCV infection	Population-based surveys, National Surveillance, Registries				
18	EC perinatal care – proxied using stillbirths.	Numerator	number of fetuses and infants born with no sign of life and weighing ≥ 1000 g, or if data on weight are missing, ≥ 28 completed weeks of gestation, or if data on duration of gestation are missing, body length ≥ 35 cm	CRVS, Population-based surveys	142	Yes	Yes	
		Denominator	total number of births (live and stillbirths) (Expressed per 1000 total births)	CRVS, Population-based surveys				

Treatment: non-communicable diseases and injuries								
19	EC congenital heart disease treatment – proxied using the death to prevalence ratio for congenital heart disease*.	Numerator	number of deaths due to congenital heart	CRVS, Populated-	105	Yes	Yes	3.4.1
		Denominator	prevalence of congenital heart disease	Population-based surveys, National surveillance				
20	EC surgical care for abdominal emergencies – proxied using the death to incidence ratio for appendicitis, paralytic ileus and intestinal obstruction*.	Numerator	number of deaths due to appendicitis, paralytic ileus and intestinal obstruction	CRVS, Populated-based surveys	105	Yes	Yes	
		Denominator	number of incident cases of appendicitis, paralytic ileus and intestinal obstruction	Population-based surveys, National Surveillance				
21	EC refractive error correction – proxied using the prevalence of moderate distance vision loss + severe distance vision loss + blindness due to uncorrected refractive error. Rescaled using the observed range rescale.	Numerator	number of prevalent cases of moderate distance vision loss + severe distance vision loss + blindness due to uncorrected refractive error	National Surveillance, Population-based surveys	51	No	Yes	
		Denominator	number in the whole population	Population statistic				
22	EC childhood leukaemias – proxied using the death to incidence ratio*.	Numerator	number of deaths due to leukaemia in individuals aged 5–19 years	CRVS, Populated-based surveys	105	Yes	Yes	3.4.1
		Denominator	number of incident cases of leukaemia in individuals aged 5–19 years	National Surveillance, Population-based				
23	EC treatment of asthma – proxied using the death to prevalence ratio for asthma*.	Numerator	number of deaths due to asthma in individuals aged 5–19 years	CRVS/populated-based surveys	105	Yes	Yes	3.4.1
		Denominator	number of prevalent cases of asthma in individuals aged 5–19 years	National Surveillance, Population-based surveys				
24	EC dental care – proxied using the prevalence of caries in permanent teeth*.	Numerator	number of individuals with caries in permanent teeth	Facility records, Population-based surveys	36	No	Yes	
		Denominator	number in the whole population	Population statistic				
25	EC treatment of breast, cervical, colorectal and uterine cancers – proxied using the death to incidence ratio of each cancer*.	Numerator	number of deaths due to each cancer	CRVS, Cancer registries, Population-based	105	Yes	Yes	3.4.1
		Denominator	number of incident cases of each cancer (The effective coverage is calculated for each of the four cancers separately)	Cancer registries, Population-based surveys				
26	EC treatment for ischaemic heart disease – proxied using the death to incidence ratio for ischaemic heart disease*.	Numerator	number of deaths due to ischaemic heart disease	CRVS, Populated-based surveys	105	Yes	Yes	3.4.1
		Denominator	number of incident cases of ischaemic heart disease	National Surveillance, Population-based surveys				
27	EC treatment for stroke – proxied using the death to incidence ratio for stroke *.	Numerator	number of deaths due to stroke	CRVS, Populated-based surveys	105	Yes	Yes	3.4.1.
		Denominator	number of incident cases of stroke	National Surveillance, national registries/ Population-based surveys				
28	EC treatment of chronic obstructive pulmonary disease – proxied using the death to prevalence ratio for chronic obstructive pulmonary disease*.	Numerator	number of deaths due to chronic obstructive pulmonary disease	CRVS, Populated-based surveys	105	Yes	Yes	3.4.1
		Denominator	number of prevalent cases of chronic obstructive pulmonary disease	National Surveillance, Population-based surveys				
29	EC treatment of end-stage renal disease – proxied using the ratio of deaths due to chronic kidney disease to the prevalence of end-stage renal disease*.	Numerator	number of deaths due to chronic kidney disease	CRVS, Populated-based surveys	105	Yes	Yes	3.4.1
		Denominator	number of prevalent cases of end-stage renal disease	National Surveillance, national registries/ Population-based surveys				
30	EC cataract surgery – proxied using the proportion of individuals with cataracts who have received cataract surgery.	Numerator	number of individuals with cataracts who have received cataract surgery	National Surveillance, Population-based surveys	40	No	Yes	
		Denominator	number of individuals with severe visual impairment or blindness from cataracts + the number of individuals who have received cataract surgery	National Surveillance, Population-based surveys				
Palliation								
31	EC palliation – proxied using morphine-equivalent strong opioid analgesics (excluding methadone) per death from cancer.	Numerator	population-level consumption of morphine-equivalent strong opioid analgesics	National surveillance, surveys, hospital records, registries	133	Yes	Yes	3.4.1
		Denominator	total number of cancer deaths over same period	CRVS, Population-based surveys, Registries				
*Rescaled using the observed range rescale: **only for Sub-Saharan Africa: ***only countries where HPV vaccine is introduced. ****only for NTD endemic countries								

(別表 2) 2019 年の WebEx 会議で提案された、理想的な指標である 8 指標

資料：Addendum documents, January 2019 IAEG-SDG Member WebEx Meeting

Tracer Indicator (Effective Coverage or EC)		Type of Input Indicators	Input indicators	Data sources	Countries or territories with data in	Data (50% of countr	Data (50% of popul	Related SDG indicator
Prevention								
A	EC antenatal care – proxied using antenatal care measured with quality	Numerator	number of women aged 15 – 49 years with a live birth in a given time period who received antenatal care four or more times and had blood pressure measured and blood drawn during at least one antenatal care visit	Facility records/Population-based household surveys				
		Denominator	total number of women aged 15 – 49 years with a live birth in the same period	Facility records, Population-based surveys				
Treatment: non-communicable diseases and injuries								
B	EC edentulism (any individual with zero remaining permanent teeth) – proxied using the prevalence of edentulism.	Numerator	number of individuals aged ≥65 years with edentulism	National Surveillance, Population-based surveys	22	No	No	
		Denominator	the number of individuals in the population aged ≥65 years	National Surveillance, Population-based surveys				
C	EC severe mental health conditions – proxied using the coverage of treatment for severe mental health conditions.	Numerator	number of people on treatment for severe mental health conditions	Facility survey, National Surveillance, Population-based surveys				3.4.2
		Denominator	number of people with severe mental health conditions	Facility survey, National Surveillance, Population-based surveys				
D	EC treatment for substance abuse – proxied using the fraction of individuals with substance abuse disorders who are receiving some treatment	Numerator	number of people who have received different treatment interventions in the past year	National Surveillance, Population-based surveys				3.5.1
		Denominator	number of people with substance abuse disorder	National Surveillance, Population-based surveys				
E	EC prehospital emergency care services – proxied using the proportion of adults and children dying of acute injury in hospital among all acute injury deaths.	Numerator	number of hospital-based deaths due to acute injury (excludes “brought dead” or “dead on arrival”)	CRVS, hospital records				
		Denominator	number of all acute injury deaths	CRVS, hospital records				
Rehabilitation								
F	EC rehabilitation after complex injury – proxied using the proportion of individuals with complex injuries who receive multiple modes of rehabilitation	Numerator	number of people with complex needs after injury who accessed multidisciplinary rehabilitation	Facility survey, National Surveillance, Population-based surveys				
		Denominator	total number of people with complex needs because of injury	Facility survey, National Surveillance, Population-based surveys				
G	EC treatment for hip osteoarthritis – proxied using the ratio of those with hip replacements to the number in need of a hip replacement.	Numerator	number of people who have received a hip replacement	National Surveillance, Population-based surveys				
		Denominator	number of people with severe hip osteoarthritis + number of people with a hip replacement	National Surveillance, Population-based surveys				
H	EC hearing loss rehabilitation of deaf or hard-of-hearing infants.	Numerator	number of infants (aged 0–1 year) receiving hearing loss rehabilitation	National Surveillance, Population-based surveys, registries				
		Denominator	number of infants (aged 0–1 year) identified as deaf or hard of hearing	Population-based surveys, Registries				

(別添 4)

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)
「ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資する研究」

令和 6 年度 分担研究報告書
分担課題 1: 既存の UHC 指標の傾向とその課題点の分析

1-2. 既存の UHC 指標の改訂の方向性および UHC サービス・カバレッジ・インデックスを用いた分析

研究代表者 大澤絵里 (国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 上席主任研究官)
研究分担者 中西康裕 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官)
野村真利香 (長崎大学大学院 グローバルヘルス研究科 客員研究員)
研究協力者 早坂章 (横浜市立大学大学院 データサイエンス研究科 博士前期課程)

研究要旨

【目的】

本分担課題では、SDGs の UHC 指標であるサービス・カバレッジ・インデックスが何を測定しているのか、その特徴をとらえることを目的とした。

【方法】

WHO が公開している各国の UHC 指標のデータを用い、単純集計、指標間の相関を分析した。また、WHO 西太平洋事務局の UHC モニタリング指標の担当部署のスタッフから、UHC 指標改訂および今後の UHC 指標におけるモニタリングの方向性について情報収集した。

【結果】

国家間での差が大きい分野は、「サービスキャパシティとアクセス」であり、14 サービス指標の中で、最もスコアが低いグループの国が多かったサービスは、「保健医療人材数」であった。「保健医療人材数」は、「産前ケア」や「高血圧治療」との正の関連がみられた。直近の UHC 指標の改訂として、主に「糖尿病への治療」の指標が、血糖値から治療へのアクセスに改訂されること、医療従事者に看護師・助産師が含まれることであった。また、WPRO の取り組みとして、国特有の UHC 指標の開発の検討も進められていた。

【結論】

UHC 指標は、常に現状をよりよく測定するために改善が求められている。今後も、UHC で目指すべきところはどこかを中心に据え、指標の開発を進める必要があり、公開される指標の質や妥当性、社会の中での指標の意味を考え、モニタリングする必要がある。

A. 研究目的

SDGs におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) は、サービス・カバレッジ・インデックス (以下、SCI) として、4 つの分野 (リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康、感染症、非感染性疾患、サービスキャパシティとアクセス) における 14 の追跡指標を用いて、世界各国のユニバーサル・カバレッジの進捗をモニタリングしている。UHC では、経済的な負担がかからず、誰もが保健医療サービスにアクセスできる公平な状態をめざしているものの、この 14 の追跡指標のモニタリングは、真に必要な人が必要なサービスへアクセスできているかを測定するには不十分である。そこで、本分担任では、現在 SDGs の指標となっている SCI が一体何を測定しているのか、その特徴をとらえることを目的に、公開されている UHC 指標のデータセットの作成、分析を行った。さらに UHC 指標について、関係者から最新の情報を収集した。

B. 研究方法

<方法 1>

WHO が公開している世界各国の UHC 指標のデータセットを統合し、それら指標の単純集計、指標間の関連について、195 か国を対象に分析をした。分析に使用したデータは下記の通りである。今年度は、最新の 2021 年のデータを使って分析をした。

指標名	公開元	データ年	ダウンロード元	アクセス日
UHCSCI	WHO	2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019, 2021	[1]	2024-12-23
リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康	WHO	2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019, 2021	[1]	2024-12-23
感染症	WHO	2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019, 2021	[1]	2024-12-23
非感染性疾患	WHO	2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019, 2021	[1]	2024-12-23
サービスキャパシティとアクセス	WHO	2000, 2005, 2010, 2015, 2017, 2019, 2021	[1]	2024-12-23
14 の追跡指標*	WHO	2021	[1]	2024-12-23

[1] <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>

*家族計画、産前ケア、予防接種 (3 種混合)、急性呼吸器感染症のケア、結核治療、HIV 治療、マラリア対策、基礎的衛生、高血圧治療、糖尿病治療、喫煙率、ベッド数、保健医療人材数、国際保健規則スコア

<方法 2>

WPRO (WHO 西太平洋事務局) の UHC モニタリング指標の担当部署のスタッフとミーティングをもち、WHO および WPRO において今後の UHC 指標におけるモニタリングの方向性について確認した。

ミーティング日程：2025 年 4 月 16 日

ミーティング参加者：

(日本側) 大澤絵里, 中西康裕, 野村真利香

(WPRO 側) Health Information and Digital Health, Data, Strategy and Innovation (DSI) Division 担当者

ミーティングトピック：WHO/WPRO における既存の UHC 指標および新規 UHC 指標に関する考え方について

(倫理面の配慮)

二次データによる分析のため、該当なし。

C. 研究結果

<研究 1>UHCSI データの分析

分析結果は、別添表 1～表 11 の通りである。

(1) 総合指標, 4 分野指標, および 14 の追跡指標のスコア記述統計量 (表 1～表 5)

総合指標の平均値は 65.3, 中央値 69.0, 最頻値 75.0, 最小値 27.0, 最大値は 91.0 であった。4 分野のうち, 最も平均値が高かった分野は「リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康 (以下, RMNCH)」, 最も平均値が低かった分野は「非感染性疾患以下, NCD)」であった。「サービスキャパシティとアクセス (以下, SCA)」は, 10-90 パーセンタイル範囲の幅が最も大きかった (22.0-95.5)。

14 の追跡指標の分析結果は, RMNCH の中では「予防接種 (3 種混合)」が最も平均値が高く (75.7), 最も平均値が低かったのは「家族計画」(63.4) であった。家族計画は, 10-90 パーセンタイル範囲の幅も最も大きかった (36.0-80.0)。感染症 (以下, CD) では, 「基礎的衛生」が最も高い平均値であり (67.7), 最も低いのは「マラリア対策」であった。「マラリア対策」は, 10-90 パーセンタイル範囲の幅も最も大きかった (18.0-71.0)。NCD の中で, 最も平均値が高かったのは「糖尿病治療」であったが, 糖尿病治療は, 最小値 (3.0), 最大値 (80.0) の差が大きかった。SCA では, 最も平均値が低かったものは「保健医療人材数」であり, 「保健医療人材数」は, 最小値 (1.0), 最大値 (80.0) の差が大きかった。10 パーセンタイル値も 6.0 であった。

(2) 度数分布の集計 (表 6～10)

4 分野をスコア区分 5 グループ※ (20 未満, 20-39, 40-59, 60-79, 80 以上) 別で, 国数をカウントすると, 最も低い 20 未満のグループに入る国数が多い分野は, 「SCA」であり, 15 か国 (7.7%) であった。ただ, 「SCA」は, 80 以上の国も 82 か国 (42.3%) と多く, 分布の幅が広がった。14 の追跡指標の中で, 最もスコアが低いグループの国が多かったサービスは, 「保健医療人材数」であり, 45 国 (23.2%) が 20 未満のスコアであった。

※スケールの区切り方は「Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report」における分類方法を参照

(3) 14 の追跡指標間の相関係数

追跡指標間の相関分析においては、最も強い正の相関を示したのは、「保健医療人材数」と「基礎的衛生」であり、相関係数は 0.848 であった。また、その他で 0.7 以上の送還を示したのは、「産前ケア」と「基礎的衛生」(0.732)、「産前ケア」と「保健医療人材数」(0.703)、「高血圧治療」と「保健医療人材数」(0.748) であった。「禁煙」に関しては、他 11 の追跡指標と、「マラリア対策」では、他 7 つの追跡指標と弱い負の相関がみられた。

<研究 2>WHO/WPRO 担当者からの情報収集

(1) WHO が 2024 年 8 月 21 日に開催した「持続可能な開発目標 (SDGs) 目標 3.8 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) のモニタリングに関する加盟国情報セッション：SDG UHC 指標 3.8.1 および 3.8.2 の見直し」と題した加盟国への提供セッションの情報[2]について

1) UHCSCI (SDGs 3.8.1) の指標

- UHCSCI の 14 の追跡指標以外の候補として、「30～49 歳の女性の子宮がん検診率」(NCD 分野)、「WHO の必須医薬品が利用可能な医療施設割合」(SCA 分野)の 2 つがあがっていたが、各国のデータ取得率が低いため、採用されていないこと
- Global Health Observatory (GHO) の指標と General Plan of Work (GPW) の指標との違いを、Life course, Service type (予防～リハビリ, 緩和ケア), Main health areas (現在の指標フレームワーク) の 3 つの柱でレビューをすると、Life course では、高齢化に関連した指標の不足、Service type としては、リハビリ・緩和ケアの指標の不足、Main health areas (現在の指標フレームワーク) では、精神保健や外傷に関する指標が不十分であること
- データ利用可能性の改善の余地 (GPW 指標の 18% が UHC 指標の条件に当てはまる点、データの細分化が難しい点)

GHO 指標と UHCSCI 指標で具体的な指標の違い

指標	SDGs UHC SCI indicator	GPW UHC billion
保健人材	内科医, 外科医, 精神科医の数	医師, 看護師, 助産師の数
糖尿病	空腹時血糖値の平均値 (mmol/L) (年齢標準化推定値)	空腹時血糖値の上昇 (≥ 7.0 mmol/L) (年齢調整済み推定値)
家族計画	生産年齢人口の女性	既婚もしくは事実婚の女性

- UHC 指標と GPW 指標で計算方法の違い

例) タバコ使用率

UHCSCI 指標：50% の最低閾値に基づいて、より精密な結果を出すために再スケール化

GPW 指標：再スケール化はなし

例) 計算方法

UHCSCI 指標：幾何学的に計算

GPW 指標：算術的に計算

➤ 現在の UHC の主分野（4 分野 14 の追跡指標）を維持して、改善すること

現コンサルテーションでの改善指標は以下の 3 つであること。

現指標	提案指標	説明
15~49 歳の既婚または事実婚の女性のうち、現代的な方法で家族計画の充足割合 (%)	15~49 歳の女性における現代的な方法による家族計画の充足割合 (%)	分母を GPW の定義を使用
空腹時血漿グルコースの平均値 (FPG), (mmol/L) (成人 18 歳)	糖尿病を有する 30 歳以上の成人における治療 (薬物療法) の受診率 (年齢調整推計値) (%)	代理指標ではなく、治療へのアクセスを指標にした
1 人当たりの医療従事者数 (閾値あり): 医師, 外科医, 精神科医	1 人当たりの医療従事者数 (閾値あり): 医師, 看護師/助産師	GPW の定義を使用

➤ 方法として、人口の重みづけをすること

加重幾何平均の計算に指標の分母を使用 (人口加重幾何平均を使用)

すべての結果が、利用可能な最新データに基づき、修正される。

各指標での人口加重幾何平均の方法

主分野	指標	分母の説明	もし左記のデータの活用が難しく他のデータを用いる場合は
リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康	15~49 歳の女性における現代的な方法による家族計画の充足割合 (%)	15~49 歳で家族計画の必要性がある女性の人数	15~49 歳の女性人口
	4 回以上の出産前健診 (妊婦健診) (%)	同一期間中に生児を出産した 15~49 歳の女性の人数	
	1 歳児でジフテリア, 破傷風, 百日咳を含むワクチン (DTP3) の 3 回接種を受けた割合 (%)	1 歳児人口	
	肺炎が疑われる小児の受診行動 (%)	急性呼吸器感染症の症状 (調査の 2 週間前に, 急性呼吸器感染症の症状 (咳と, 鼻詰まりだけではなく, 胸の異常による速いまたは困難な呼吸) を有する 5 歳未満の	5 歳未満児人口

		児童の数	
感染性疾患	結核の治療率 (%)	同一年度における新規症例数と再発症例数	
	ART と受療している HIV 陽性者割合 (%)	同じ期間中に HIV に感染している成人と子どもの数	
	殺虫剤処理済み蚊帳の下で寝ているリスクのある人口割合 (%)	マラリア流行地域における総人口	マラリア流行国における総人口
	基本衛生施設にアクセス可能な世帯の割合 (%)	全人口	
非感染性疾患	高血圧を有する 30~79 歳の成人における高血圧の治療（薬の服用）率（年齢調整済み） (%)	30 歳から 79 歳までの高血圧患者数（収縮期血圧が 140mmHg 以上，拡張期血圧が 90mmHg 以上，または高血圧の治療薬を服用している者を高血圧と定義）	
	糖尿病を有する 30 歳以上の成人における治療（薬物療法）率（年齢調整推計値） (%)	30 歳以上の成人で，糖尿病の治療薬を服用しているか，空腹時血糖値 (FPG) が 7.0 mmol/l 以上，またはヘモグロビン A1c (HbA1c) が 6.5%以上の人の数	30 歳以上人口
	過去 30 日間たばこを吸っていない 15 歳以上の成人 (%)	15 歳以上の人口	
サービスキャパシティとアクセス	人口一人あたりのベッド数（閾値あり）	総人口	
	人口一人当たりの医療従事者数（閾値あり）：医師，看護師，助産師	総人口	
	国際保健規則（IHR）コア能力指数	総人口	

2) 医療費自己負担（SDGs3.8.2）の指標

➤ 現指標：

世帯の支出または収入の 10%を超える健康関連支出を有する人口の割合
世帯の支出または収入の 25%を超える健康関連支出を有する人口の割合

➤ 提案指標：

世帯の可処分所得に占める医療費の自己負担額が 40%を超える人口の割合

- ✓ 世帯の可処分所得とは、世帯の総消費支出または所得から社会的貧困ラインを差し引いた額のこと
- ✓ 2017 年の購買力平価を使用する場合、社会的貧困ラインは次のいずれか大きい方に対応\$2.15（国際貧困線）または\$1.15，加えて世帯の消費支出または所得の中央値の 50%のいずれか大きい方
- ✓ 社会的貧困ラインとは、必要最低限のコストと社会参加の推定値が、経済開発の全体的な水準を条件として、国や時代によって異なる。一部の国において SDG 指標 1.1.1 で使用される国際貧困線を使用することがあるが、国が豊かになるにつれて採用される相対的な貧困概念とより一致する。

上記の提案指標は、大規模な自己負担医療費支出と貧困化を招く自己負担医療費支出の両方による経済的困難を被る人口の割合として解釈ができる。また、SDGs モニタリングでは求められていないものの、人口の割合は、貧困化を招かないが大規模な自己負担医療費支出のみを有する群と、貧困化を招く自己負担医療費支出を有する群に分けて分析が可能である。

たとえ少額な医療費自己負担だとしても、貧困層や貧困層に近い人々にとっては、生活必需品への支出をさらに削減する原因となるため、健康に関する自己負担支出の非常に小さな金額でも重要となる。貧困層を貧困に陥れたり、さらに貧困に追いやる自己負担支出は「貧困化を招く自己負担医療支出」と言われるが、現 SDG 3.8.2 は、貧困化を招く自己負担医療支出に直面する人々を捕捉していない。しかし、その数は顕著である。たとえば、世帯総予算の 10%未満の医療費支出だとしても、極貧状態もしくは相対的貧困状態に陥る。そのために、新しい定義の指標の提案が必要である。

（２）WPRO における UHC 指標の在り方の方向性

WPRO では、SDG 3.8.1 を活用しつつ、国家間の比較には標準指標を使用するが、各国が国家保健計画に活用し、経年的にモニタリングできる国別指標の開発を支援していた。そのステップは、下記の通りであった。

1. 各国において、疫学的な背景と国家保健計画をレビューによる、優先事項を確認
2. サービスカバー率を測定できるデータの活用可能性や収集の意思がどの程度であるか確認
3. 政府の異なるメンバーや、この問題に関与している人々との間での合意形成
4. 合意が得られれば、実践的な、統計的計算などのトレーニングを実施

14 の追跡指標は基本ではあるが、その各国での医療へのアクセスの視点で課題となっていることが含まれない場合には、各国で、14 の追跡指標への追加（もしくは置き換え）する指標を考えることであった。

D.考察

本分担任では、既存の UHC 指標について、指標のデータ分析と改訂に向けての方向性の情報分析をおこなった。UHC 指標は、2015 年～2017 年の間に基本的なフレームワークが策定され、その後、改善や改訂があり、現在に至っている[3]。UHC の 14 の追跡指標の中には、治療へのアクセスではなく、その結果として導かれるアウトカム指標（例えば、糖尿病の治療に関して治療へのアクセスではなく、血糖値の年齢調整平均値）を代理指標として採用してきた[4]。昨年 8 月のセッションでは、WHO は、糖尿病治療の指標を、平均の血糖値から治療へのアクセスに改訂することを提案しており、より UHC の意味する状況を測定することになっていくと考えられる。本分担任で既存のスコアを分析した結果、NCD の中で糖尿病治療のスコアの平均値が最も高かったが、1990 年から治療へのアクセス率が上昇した国もあれば、サブサハラフリカ、カリブ海諸国、太平洋島嶼国、南アジア、東南アジア、中央アジアのほとんどの国では治療アクセス率は上昇しておらず[5]、現状の指標ではアクセス率を測定できているとはいえない。治療へのアクセスを測定する指標が実用されること、それにより現状を正しく反映する指標によりモニタリングされることが、UHC の進展に向けた必須の課題である。

また、データ分析の結果、「保健医療人材数」と「基礎的衛生」で、正の相関が高かった。この 2 つは保健サービス提供を支える不可欠な要素であるが、両指標ともにスコアの幅が大きく、紛争や政情が不安定な国では、この 2 つが十分な状況にないことが推測された。また、「保健医療人材数」は、「産前ケア」と「高血圧治療」と相関がみられた。以前より母子保健の業務につく保健医療人材が多いこと、また NCD の中でも高血圧治療に関しては、中所得国でも治療成果を上げている報告もあり[6]、このような関連がみられたと考えられる。また保健医療人材数の指標は、WHO からの改訂の提案によると、看護師と助産師を含む指標に変更されることとなり、今後は、さらにプライマリ・ケア（1 次医療）、健康増進、疾病予防なども含むプライマリ・ヘルス・ケア、ヘルスプロモーションとの関連が観察される可能性もある。プライマリ・ケア、プライマリ・ヘルス・ケア、ヘルスプロモーションのサービスアクセスをどの指標で測定するのも今後の課題と考える。

WHO/WPRO からの情報収集では、各国の背景や現状に合わせてその国特有の UHC 指標の活用も提案されていた。中国の研究者からは、中国の背景にあった独自の 19 指標を選択し、UHC 指標の開発に関する報告[7]もみられた。国特有の指標の開発は、経年的なデータアクセスの問題や地理的レベルでの細分化に対応できる可能性があるが、他の国との比較可能性を妨げる可能性もあり、一長一短である。また、指標が社会に受け入れられ、広く適用されるには、関係者の関与が重要となる[8]。このように、グローバル水準である 14 の追跡指標以外での UHC 指標の開発、モニタリングも検討されてきている。

最後に、UHC の実現は、公平な教育や雇用の機会増大、生活水準の上昇や寿命の延伸など、社会の公平性や健全性を目指すことであり、UHC 指標が実際に社会にどのように寄与しているのかを検討する必要がある。来年度は、そのような保健・健康以外の指標とのデータ分析もすすめること、地域性や経済発展による UHC 発展の特徴を分析することにより、国や地域の背景や文脈に沿ったよりよい UHC 指標の提案に結び付けたい。

E.結論

公開されている UHC 指標を活用してデータ分析を行った結果、国家間での差が大きい分野は「サービスキャパシティとアクセス」であり、14 の追跡指標の中で、最もスコアが低いグループの国が多かったサービスは、「保健医療人材数」であった。「保健医療人材数」は、「産前ケア」や「高血圧治療」との正の関連がみられた。UHC 指標は、常に改訂が続けられており、直近の改訂として、主に「糖尿病への治療」の指標が、血糖値から治療へのアクセスに改訂されること、医療従事者に看護師・助産師が含まれることであった。また、WPRO の取り組みとして、国特有の UHC 指標の開発の検討も進められており、国特有の指標開発の課題はあるものの、今後、グローバル標準の 14 の追跡指標と合わせて、活用される可能性もみられた。UHC 指標は、常に現状をよりよく測定するために改善が求められている。今後も、UHC で目指すべきところはどこかを中心に据え、指標の開発を進める必要がある。

F.引用文献

- [1] The Global Health Observatory. Coverage of essential health services (SDG 3.8.1)
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>
- [2] Member State Information session on Monitoring universal health coverage (Sustainable Development Goals target 3.8): Revision of SDG UHC indicators 3.8.1 & 3.8.2, World Health Organization, 21 Aug 2024
https://apps.who.int/gb/mspi/pdf_files/2024/08/Item1_21-08.pdf
- [3] United Nations Statistics Division. IAEG-SDGs. United Nations,
<https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/>
- [4] SDG indicator metadata (as of 8 May 2025)
<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?text=mar>
- [5] NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *Lancet* 2024; 404: 2077–93
- [6] NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* 2021; 398: 957–80
- [7] Liu X, Wang Z, Zhang H, Meng Q. Measuring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in China. *J Glob Health*. 2021 May 1;11:08005. doi: 10.7189/jogh.11.08005. PMID: 33981413; PMCID: PMC8088770.
- [8] Day C, Gray A, Cois A and Ndlovu N. Health and related indicators : interrogating the UHC service coverage index. *South African Health Review*. 2019(1).

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

表1 UHC総合スコアおよび各分野スコアの記述統計量

		総合	リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康	感染症管理	非感染性疾患管理	サービスキャパシティとアクセス
パーセンタイル	10	41.0	50.0	41.5	46.5	22.0
	25	51.5	64.0	53.75	55.0	41.0
	50	69.0	76.0	68	62.0	75.0
	75	79.0	86.0	83	68.0	90.0
	90	85.0	91.5	90	72.5	95.5
平均値		65.3	73.6	66.9	60.6	66.0
中央値		69.0	76.0	68	62.0	75.0
最頻値		75.0	86.0	69	67.0	87.0
最小値		27.0	17.0	17	16.0	11.0
最大値		91.0	95.0	98	85.0	100.0

表2 リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康の各指標の記述統計量

		家族計画	産前ケア	予防接種(3種混合)	急性呼吸器感染症のケア
パーセンタイル	10	36.0	51.0	63.5	44.0
	25	51.0	66.5	77.0	58.8
	50	70.0	80.0	80.0	76.0
	75	80.0	80.0	80.0	80.0
	90	80.0	80.0	80.0	80.0
平均値		63.4	71.8	75.7	68.1
中央値		70.0	80.0	80.0	76.0
最頻値		80.0	80.0	80.0	80.0
最小値		4.0	17.0	31.0	14.0
最大値		80.0	80.0	80.0	80.0

表3 感染症管理の各指標の記述統計量

	結核治療	HIV治療	マラリア対策	基礎的衛生	
パーセンタイル	10	45.0	38.0	18.0	30.5
	25	55.8	55.0	41.0	59.8
	50	67.0	66.0	51.0	80.0
	75	80.0	80.0	59.0	80.0
	90	80.0	80.0	71.0	80.0
平均値	65.2	63.1	48.6	67.7	
中央値	67.0	66.0	51.0	80.0	
最頻値	80.0	80.0	45.0	80.0	
最小値	1.0	10.0	9.0	9.0	
最大値	80.0	80.0	77.0	80.0	

表4 非感染性疾患管理の各指標の記述統計量

	高血圧治療		糖尿病治療		禁煙	
パーセンタイル	10	20.0	57.0		52.0	
	25	28.0	75.5		63.0	
	50	42.0	80.0		71.0	
	75	52.0	80.0		80.0	
	90	60.0	80.0		80.0	
平均値		41.2	73.8		69.6	
中央値		42.0	80.0		71.0	
最頻値		26.0	80.0		80.0	
最小値		11.0	3.0		31.0	
最大値		73.0	80.0		80.0	

表5 サービスキャパシティとアクセスの各指標の記述統計量

	ベッド数		保健医療人材数		国際保健規則スコア
パーセンタイル	10	32.0	6.0		41.0
	25	62.8	21.5		51.0
	50	80.0	80.0		64.0
	75	80.0	80.0		77.0
	90	80.0	80.0		80.0
平均値		68.6	55.6		61.8
中央値		80.0	80.0		64.0
最頻値		80.0	80.0		80.0
最小値		10.0	1.0		21.0
最大値		80.0	80.0		80.0

表6 UHC総合スコアおよび各分野スコア区分別該当国数

	総合		リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康		感染症の管理		非感染性疾患の管理		サービスキャパシティとアクセス	
	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %
20未満	0	0	1	0.5	3	1.5	1	0.5	15	7.7
20-39	12	6.2	3	1.5	14	7.2	10	5.2	31	16.0
40-59	59	30.4	31	16.0	49	25.3	66	34.0	23	11.9
60-79	80	41.2	77	39.7	66	34.0	112	57.7	43	22.2
80以上	43	22.2	82	42.3	62	32.0	5	2.6	82	42.3
欠損	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	194	100	194	100	194	100	194	100	194	100

表7 スコア区分別該当国数(リプロ・母性・新生児・乳幼児の健康)

	家族計画		産前ケア		予防接種(3種混合)		急性呼吸器感染症 のケア	
	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %
20未満	3	1.5	1	0.5	0	0	2	1.0
20-39	23	11.9	8	4.1	2	1.0	14	7.2
40-59	43	22.2	25	12.9	15	7.7	34	17.5
60-79	70	36.1	44	22.7	37	19.1	57	29.4
80以上	55	28.4	116	59.8	140	72.2	87	44.8
欠損	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	194	100	194	100	194	100	194	100

表8 スコア区分別該当国数(感染症管理)

	結核治療		HIV治療		マラリア対策		基礎的衛生	
	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %
20未満	4	2.1	5	2.6	4	2.1	11	5.7
20-39	7	3.6	17	8.8	5	2.6	20	10.3
40-59	56	28.9	47	24.2	22	11.3	17	8.8
60-79	50	25.8	70	36.1	8	4.1	18	9.3
80以上	77	39.7	55	28.4	0	0	128	66.0
欠損	0	0	0	0	155	79.9	0	0
合計	194	100	194	100	194	100	194	100

表9 スコア区分別該当国数(非感染症疾患管理)

	高血圧治療		糖尿病治療		禁煙	
	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %
20未満	16	8.2	2	1.0	0	0
20-39	70	36.1	7	3.6	2	1.0
40-59	86	44.3	12	6.2	39	20.1
60-79	21	10.8	44	22.7	77	39.7
80以上	0	0	128	66.0	76	39.2
欠損	1	0.5	1	0.5	0	0
合計	194	100	194	100	194	100

表10 スコア区分別該当国数(サービスキャパシティとアクセス)

	ベッド数		保健医療人材数		国際保健規則スコア	
	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %	該当国数, n	割合, %
20未満	7	3.6	45	23.2	0	0
20-39	18	9.3	18	9.3	16	8.2
40-59	22	11.3	14	7.2	68	35.1
60-79	19	9.8	14	7.2	66	34.0
80以上	128	66.0	103	53.1	44	22.7
欠損	0	0	0	0	0	0
合計	194	100	194	100	194	100

表11 各指標間の相関係数

	FP	ANC	DTP	ARI	TB	HIV	ITN	BS	HT	DM	Tobacco	Beds	HWF	IHR
FP	1.000	0.458	0.268	0.411	0.317	0.338	0.005	0.469	0.525	0.174	-0.009	0.352	0.448	0.507
ANC	0.458	1.000	0.339	0.637	0.236	0.087	-0.051	0.732	0.628	-0.128	-0.224	0.582	0.703	0.482
DTP	0.268	0.339	1.000	0.360	0.258	0.300	0.300	0.362	0.282	-0.027	-0.243	0.411	0.408	0.364
ARI	0.411	0.637	0.360	1.000	0.446	0.132	-0.118	0.632	0.570	0.017	-0.303	0.519	0.655	0.499
TB	0.317	0.236	0.258	0.446	1.000	0.273	0.108	0.340	0.331	-0.011	-0.082	0.218	0.413	0.418
HIV	0.338	0.087	0.300	0.132	0.273	1.000	0.163	0.008	0.134	0.286	0.125	0.148	0.097	0.221
ITN	0.005	-0.051	0.300	-0.118	0.108	0.163	1.000	-0.280	-0.291	0.010	-0.243	-0.235	-0.172	0.086
BS	0.469	0.732	0.362	0.632	0.340	0.008	-0.280	1.000	0.690	-0.139	-0.339	0.592	0.848	0.540
HT	0.525	0.628	0.282	0.570	0.331	0.134	-0.291	0.690	1.000	0.092	-0.171	0.477	0.748	0.520
DM	0.174	-0.128	-0.027	0.017	-0.011	0.286	0.010	-0.139	0.092	1.000	0.056	-0.206	-0.032	0.053
Tobacco	-0.009	-0.224	-0.243	-0.303	-0.082	0.125	-0.243	-0.339	-0.171	0.056	1.000	-0.337	-0.360	-0.173
Beds	0.352	0.582	0.411	0.519	0.218	0.148	-0.235	0.592	0.477	-0.206	-0.337	1.000	0.621	0.397
HWF	0.448	0.703	0.408	0.655	0.413	0.097	-0.172	0.848	0.748	-0.032	-0.360	0.621	1.000	0.607
IHR	0.507	0.482	0.364	0.499	0.418	0.221	0.086	0.540	0.520	0.053	-0.173	0.397	0.607	1.000

FP:家族計画, ANC:産前ケア, DTP:予防接種(3種混合), ARI:急性呼吸器感染症のケア,
TB:結核治療, HIV:HIV治療, ITN:マラリア対策, BS:基礎的衛生,
HT:高血圧治療, DM:糖尿病治療, Tobacco:禁煙,
Beds:ベッド数, HWF:保健医療人材数, IHR:国際保健規則スコア

(別添 4)

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)
「ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資する研究」

令和 6 年度 分担研究報告書
分担課題 1: 既存の UHC 指標の傾向とその課題点の分析

1-3. 間接的 OOP 支出が医療費支出に与える影響に関する研究

研究分担者

野村真利香 (長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科 客員研究員)

研究代表者

大澤絵里 (国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 上席主任研究官)

研究協力者

相賀裕嗣 (長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科 教授)

Tin Zar Win (長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科 博士課程)

Siti Mariam Abd Gani (長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科 博士課程)

研究要旨

【目的】

SDG 指標 3.8.2 に含まれる医療費自己負担の概念のうち、特に間接的非医療費については標準的な定義や類型がなく、系統的な整理が進んでいない。本研究では間接 OOP 支出が破滅的支出に与える影響の学術的方向性と範囲を特定する。

【方法】

共著者間で議論したスコーピング・レビューのプロトコル論文の研究方法として、レビュープロセスは Arksey と O'Malley が提案した方法論的枠組みを採用し、報告は PRISMA-ScR に従うこととした。

【結果】

間接 OOP 支出が破滅的支出に与える影響に関するスコーピング・レビューのプロトコル論文を作成・投稿した。

【結論】

世界の疾病構造の変化や高齢化に伴い、国家の所得状況によらず、また直接費用か間接費用かも問わず、さらには非医療費も含めて、家計の支出に対する医療費自己負担の増加が想定される。議論を引き続きフォローするとともに、特に間接 OOP 支出についてのレビュー作業を進める。

A. 研究の背景

SDG 指標 3.8.2 は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成に向けた進捗を測るための重要な指標であり、医療費自己負担額（Out-of-pocket payment: OOP 支出）による家計への経済的負担（破滅的支出:Catastrophic spending）の指標である。指標名は“Proportion of households with large household expenditures on health as a share of total household expenditure or income”で、「家計の総支出に対する医療費自己負担額の割合が (1)10%超及び (2)25%超の世帯の割合」を定義としている。すなわち医療費自己負担額が家計に与える経済的負担を評価し、UHC の財務的保護の側面を測定することを目的としている[1]。

医療費自己負担額とは、あらゆる種類の医療提供者が提供するあらゆる種類の保健医療サービスと医薬品等（予防、治療、リハビリ、緩和、長期ケア）を受ける際に、人々が支払う自己負担額である。非公式の支払い（たとえば「心付け」）も含まれるが、保険会社や政府からの払い戻しに関しては国や仕組みごとに多様で、標準的な形式もなく明確でないため、自己負担額が過大評価・過少評価される可能性があるという指摘もある[2]。

また破滅的支出とは、医療費を自己負担で支払わなければならない場合、食料や住居のような必需品を含む他の商品や保健医療サービスを購入するための資源を喪失するため、医療費自己負担額が世帯収入の一定割合を超える場合を破滅的と分類するというものである。つまり、医療費自己負担額がなければ貧困ラインを超える水準を維持できたが、医療費自己負担額により生活水準が貧困ラインを下回る状況（貧困化）に陥るかどうか、が焦点となる[3]。なお、2023 年の WHO・世銀による UHC Tracking Report では、2015 年以降、破滅的なレベルの医療費自己負担の割合が増加していると報告されている[4]。

SDG 指標 3.8.2 については、従来から学術的にも政策的にもいくつかの限界と問題点が指摘されてきた[4]。第一に、WHO・世銀における定義では、医療費自己負担には直接 OOP 支出のみを対象としており、これには診察費・治療費・薬費・検査費・入院費などが該当する。

また、交通費・宿泊費・食費・付き添いの介護費など間接 OOP 支出は含まれていないため、たとえば農村部や遠隔地において保健医療サービスへの物理的アクセスが限られている場所においては、保健医療施設へのアクセスのために数時間かけて移動する交通費や、同行者の食費が発生するものの、この指標では評価されない。また、治療のために失われる収入・労働力・時間など、非貨幣的または機会費用については反映されていない。関連するものとして病気や通院による仕事の欠勤、子どもの看病による家族の就労損失、長期治療に伴う就労損失や教育機会の損失などが想定される。このような間接 OOP 支出が含まれていないため、真の医療費自己負担額が過小評価されている可能性がある[5]。

さらには、間接 OOP 支出の使い道は医療（間接 OOP 支出）と非医療（間接非 OOP 支出）に分けられるが、間接非 OOP 支出に関しては標準的な定義や類型もないため、破滅的支出の現実に沿った理解と、正しい議論への弊害となっている。

第二に、極端に貧しい集団・層に関しては、そもそも保健医療サービスを利用できない、あるいは利用しないため「医療費支出ゼロ」となり、指標上は「破滅的支出では

ない」と分類され、アクセス困難者が統計的に見えなくなる。

このように、SDGs 指標として公式採用されている現在の 10%超と 25%超という 2 つの指標からみる医療費自己負担額では真に貧困化する人びとを過小評価するため、貧困化 (impoverishing) の原因となる医療費自己負担額に着目するような指標も検討されている[6]。現時点では公式指標としては採用されず、WHO・世銀は国別協議の際に補完的指標として使用するようである。

したがって SDG 指標 3.8.2 については、2017 年以降の WHO・世銀による新しい議論や、定量分析・定性評価・地域差分析などの手法の多様化を含め、UHC の達成に向けて、間接 OOP 支出の自己負担によって貧困化する人びとに国際社会が対応できるかどうか、今回の指標改訂に関する議論進捗を引き続き注視する必要があるが、標準的な定義や類型がなく、系統的な整理が進んでいない。

そこで本研究では間接 OOP 支出が破滅的支出に与える影響に関する議論についてスコーピング・レビューを行い、学術的な議論の方向性と範囲を特定する。

B. 研究方法

スコーピング・レビュー

C. 研究結果

研究結果として、共著者間で議論したプロトコル論文の研究方法について報告する。

Arksey と O'Malley が提案した方法論的枠組みを採用し、(i) リサーチクエスションの策定；(ii) 関連する研究の特定；(iii) 対象となる研究の選択；(iv) データの整理；および (v) 結果の集約、要約、および報告としてレビュープロセスを実施する[7,8]。報告は、スコーピングレビューのための報告ガイドライン (PRISMA-ScR) に従う[9]。

(i) リサーチクエスションの策定

- ① 直接／間接 OOP 支出によって、世帯の破滅的支出がどの程度起きているか、また世帯が破滅的支出による経済的困難に対処する方法とは何か
- ② 間接 OOP 支出への支払いが、総自己負担医療費にどの程度寄与するか
- ③ 間接 OOP 支出の構成要素は何であり、そのうち最も重要なものは何か

(ii) 関連する研究の特定

PubMed, Scopus, および ProQuest で検索を実施する。さらに、Google Scholar を使用して、報告書、学位論文、論文、および学会発表要約を含む関連するグレー文献を調査する。また WHO ならびに世界銀行のウェブサイトから関連する報告書を検索する。含まれる文献リストを作成・確認し、必要に応じて追加論文の検索を検討する。以下に対象基準・除外基準を設定した。検索クエリは Appendix 1 として作成・添付した。

採用基準

間接 OOP 支出と破滅的支出に関するすべての種類の研究（例：観察研究、症例研究、

縦断的研究) およびグレー文献(例: 国際機関, 政府, NGO 等が発行した報告書)を, 出版年を問わず対象とする。対象集団に制限は設けない。経済研究, 臨床研究など研究分野も問わない。また, 人口ベースの研究と施設ベースの研究の両方を対象とする。言語は英語のみを対象とする。

除外基準

英語以外の言語で発表された論文, レビュー記事, および書籍は除外とする。

(iii) 対象となる研究の選択

検索結果はデータ管理のために Endnote にて行う。重複を削除した後, データは Covidence ソフトウェアにエクスポートし, スクリーニングとデータ抽出を行う[10]。2名の共著者が論文のタイトルと要約を独立してスクリーニングし, 採用基準を満たすかどうかを判断した上で, 対象となる研究については全文レビューを継続する。研究の除外理由は最終報告書に記載することとする。意見の相違は議論により解決し, 必要に応じて第三の共著者と相談する。

(iv) データの整理

データ抽出は, 2名の共著者によって, 事前に定義されたデータ抽出方法に基づいて独立して行われる。意見の相違した場合は議論し, 必要に応じて論文のオリジナル著者へ確認を依頼する。データ抽出項目: 著者名, 発表年, 研究実施国, 資金提供元, 研究の目的/目標/意図, 研究の種類, 研究設定, 研究対象集団, データソース, 方法論, および結果の詳細。

(v) 結果の集約, 要約, および報告

レビューの結果は, (i)で定義されたりサーチクエスチョンに沿って, 構造化して報告する。ただしプロセスの中で, これ以外のリサーチクエスチョンを検討するに至った場合は追加を検討する。

D.考察

保健医療サービスへの衡平なアクセスと経済的保護の重要性が高まる中, 本研究において計画したスコーピング・レビューは, 間接 OOP 支出が破滅的支出に与える影響を探ることを目的としている。

異なる側面として, 今後, 世界全体におけるライフスタイルの変化や高齢化を背景として, 長期にわたり非感染性疾患の管理・治療を必要とする人がますます増加する。このような変化を受けて, 2023年に WHO/UNICEF より発表された「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」においても, Primary Health Care を通じた多様な健康ニーズの拡大, 健康の決定要因の拡大, またステークホルダーの拡大によってそのニーズに対応するとしている。特にセルフケア・セルフメディケーションや保健医療情報へのアクセスもこれまで以上に求められることが指摘され[11,12], 実際にヨーロッパでは, 医薬品, 補聴器などの医療用品, 歯科治療の自己負担が経済的困難の原因になっている[13]。今後は, 国家の所得状況によらず, また直接費用か間接費用かも問わず, さ

らには非医療費も含めて、家計の支出に対する医療費自己負担額の増加が見込まれる。したがって、SDG 指標 3.8.2 の改訂の主旨は低中所得国におけるコンテキストにおける貧困化を真に測定するかであるが、高所得国においても考えなければならないアジェンダである。

E. 結論

間接 OOP 支出の自己負担が破滅的支出に与える影響は、重要性が議論されているものの、体系的な整理が重要なイシューである。プロトコル論文が受理され次第、本体レビューを進める。

F. 引用文献

- [1] United Nations. Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/> (Accessed May 11, 2025)
- [2] Wagstaff et al. (2020). A global assessment of financial protection. World Bank Working Paper.
- [3] Wagstaff A FG. Measuring Financial Protection in Health. World Bank Policy Research Working Paper 4554. The World Bank Development Research Group Human Development and Public Services Team. 2008.
- [4] World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva. 2023.
- [5] Aiga H. Hidden out-of-pocket payments can burden patients' families but are under-recognised BMJ 2015; 351: h4990.
- [6] WPRO. Member State Information session on Monitoring universal health coverage (Sustainable Development Goals target 3.8): Revision of SDG UHC indicators 3.8.1 & 3.8.2, World Health Organization, 21 Aug 2024 https://apps.who.int/gb/mspi/pdf_files/2024/08/Item1_21-08.pdf (Accessed May 11, 2025)
- [7] Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology. 2005;8(1):19-32.
- [8] Peters MDJ GC, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Scoping Reviews (2020). In: Aromataris E LC, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors, editor. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2024.
- [9] Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Annals of

Internal Medicine. 2018;169(7):467-73.

[10] Covidence systematic review software VHI, Melbourne, Australia.
www.covidence.org. (Accessed May 11, 2025)

[11] A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018.

[12] 野村真利香, 大澤絵里. 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. 厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 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 (21BA1002) ; 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. 2023 年分担報告書 P180-191.

[13] World Health Organization. Regional Office for Europe. (2023). Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe.

G.研究発表

1.論文発表

なし (投稿中)

2.学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

(別添 4)

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)
「ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資する研究」

令和 6 年度 分担研究報告書
分担課題 2 : 新たな保健関連サービスの UHC への統合に関する国際的動向と指標の
分析

2-1.口腔保健指標と UHC 指標との統合に関する分析 - 二次資料によるレビュー分析 -

研究分担者

三浦宏子(北海道医療大学歯学部保健衛生学分野 教授)

研究協力者

村田幸枝(北海道医療大学歯学部保健衛生学分野 講師)

研究要旨

【目的】UHC における口腔保健の位置づけについて把握するために、2021 年以降の WHO 報告書などの二次資料および関連する学術文献の世界動向についてレビューを行った。

【方法】2021 年以降の WHO の口腔保健に関する文書および報告書をもとに世界レベルでの政策動向に関するレビュー分析を行った。また、UHC における口腔保健に関連する研究知見を整理するために、PubMed を用いて、“UHC”、“Oral Health”および“Indicator”をキーワードとする過去 5 年間の論文を抽出した。

【結果】2024 年に公表された「口腔保健のグローバルアクションプラン 2023-2030」では、UHC の視点からの目標項目(オーバーアーチンググローバルターゲット A : 80%の人口が UHC の一環として基本的な口腔保健サービスを利用可能とする)が定められた。2020-2021 年のベースライン値では、歯科保健医療サービスを UHC の枠組みで受けることができる者の割合は世界人口の 23.3%のみであり、目標値との乖離は大きかった。一方、口腔保健の UHC 統合を図る際に課題となる評価指標について、この 5 年間で報告された研究論文を精査したところ、候補となる指標として「人口 10 万人あたりの歯科医師数」や「幼児の齲蝕有病率」等が抽出された。その一方、UHC Service Coverage Index (UHC SCI) と歯科保健医療に関する諸指標との直接的な関連性について分析している研究は、限定的であった。

【結論】基盤となる指標に関する政策的動向および関連研究は近年増加し、UHC の枠組みに口腔保健を取り入れる方向性が明確になりつつある。

A. 研究目的

齲蝕や歯周病等の歯科疾患の有病率は世界的に高率であり[1]、2019年に歯科疾患の有病者数は世界において35億人に達するといわれている。未処置の齲蝕を有する者は途上国を中心に約25億人と未だ高い状況である。また、重度の歯周病を有する者も10億人と極めて高い数値を示している。このような状況を踏まえると、歯科疾患は世界共通の普遍的な疾病と考えられる。SDGsのGoal 3.8で提示されたユニバーサルヘルスカバレッジ（以下、UHC）の範疇に口腔保健（歯科医療を含む）も該当すると考えられるが、Goal 3.8で用いられているUHC SCIには口腔保健に関する指標は含まれていない。その一方、WHOは2021年に歯科保健に関する決議（WHA74.5）を採択し、口腔保健（歯科医療を含む）を非感染性疾患（以下、NCDs）対策とUHCの枠組みに統合することを明確に表明した[2]。

本研究では、WHA74.5以降の世界的な口腔保健施策の方向性とUHCとの関連性について、公的報告書や関連文献に基づくレビュー分析を行い、今後のUHC枠組みにどのように口腔保健を統合するかについての方向性と具体的な方策について検討することを目的とする。

B. 研究方法

本研究では、2021年以降のWHOの口腔保健に関する文書および報告書³⁻⁷もとに世界レベルでの政策動向に関するレビュー分析を行った。また、UHCにおける口腔保健に関連する研究知見を整理するために、PubMedを用いて、“UHC”、“Oral Health”および“Indicator”をキーワードとする過去5年間（2020～2025年）の英文論文を抽出し（除外条件：特定国および特定疾患を取り扱った論文、論説、研究プロトコル）、関連研究の進捗状況を分析した。これらの2つのレビュー分析を行うことによって、世界的な口腔保健施策の方向性をUHC統合の視点で整理した。

（倫理面の配慮）

本研究は、公表されているWHOや学術論文の二次資料を用いるため、個人情報を取り扱わない。

C. 研究結果

1. WHO等の公的報告書によるUHCと口腔保健の関連性

2021年以降の口腔保健に関連する報告書や決議文について、特にUHCに関連するものを抽出して分析した結果を示す。

（1）WHO第74回世界保健総会での口腔保健に関する決議（WHA74.5）²

口腔保健に関する決議は、概ね10年に1度の頻度で行われてきた。2021年のWHA74.5では、「口腔保健」をNCDs対策の一環として捉え、UHCのなかに位置付けることを明記している。また、治療型アプローチから予防・管理型アプローチへの転換をさらに推進するとともに、UHCの視点に則り、口腔保健をすべての者に公平に提供する施策づくりを加盟国に求めるなどの多くの新機軸が打ち出されている（表1）。

このようにWHA74.5は、口腔保健を従来の「歯科治療」から、「予防重視の公衆衛生政策」として位置づけ直し、各国でUHCと一体化した口腔保健政策の推進を強く促す転換点となった。

表1 WHA74.5 における今後の口腔保健のあり方

分野	主要論点	内容
① 口腔保健の位置付け	NCDs および UHC の中核として位置付け	口腔保健を NCDs 戦略と UHC の枠組みに組み込み、全体的な健康政策の一部とすることを宣言
② 予防とリスク要因	共通リスク要因への統合的対策	砂糖摂取、タバコ、アルコールなど NCDs と共通するリスク要因への対策と予防戦略を強化
③ 必須医薬品	必須歯科用医薬品の供給強化	フッ素や銀ジアミンフッ化物などを含む、WHO 必須医薬品リストに基づく供給体制の強化を求める
④ プライマリ・ヘルスケア（PHC）への統合	PHC に口腔保健を組み込む	各国に対し、口腔保健サービスを PHC に統合し、アクセス性を向上させるよう促す
⑤ 人材育成	多職種による口腔保健推進	保健ワークフォース内に歯科専門職や関連職種を含めた人材育成と多職種連携の推進
⑥ 環境への配慮	歯科アマルガムの段階的廃止	水銀含有アマルガムの使用削減・廃止を促進し、環境保護と両立させた歯科医療の実現
⑦ 健康格差対策	社会的不平等の是正	社会的弱者や障害者、高齢者など脆弱な集団への口腔保健サービス提供の強化
⑧ モニタリングと研究推進	エビデンスと進捗評価	定期的なモニタリングと国際的データ共有を通じて、政策の効果検証と研究推進を行う
⑨ グローバル戦略策定の要請	グローバル口腔保健戦略を WHO に要請	決議を受け、WHO に対して「グローバル口腔保健戦略」の策定とアクションプラン作成を指示

(2) グローバル口腔保健戦略（WHA75.11）[3]における UHC

前項で記した 2021 年の決議（WHA74.5）を受けて、WHO が策定した口腔保健に関する長期的なグローバル戦略であり、「2030 年までにすべての者に口腔保健サービスを提供する」体制づくりを目的として掲げるとともに、口腔保健を UHC および NCDs 対策に位置づけることを具体的に示した。戦略のビジョンを「すべての人が経済的な困難なしに、健康な歯と口腔機能を保ち、生活の質を高めることができる未来を実現する」とし 6 つの戦略目標を提示している（表 2）。このなかでは、口腔保健サービスは、すべての人に公平に提供されることに加えて、NCDs と歯科疾患との共通リスクアプローチに基づき、口腔保健を NCDs 対策のひとつとして包含する考え方や

低・中所得国への人的・財政的支援についても記載されている。

表2 WHA75.11における口腔保健戦略

No.	戦略的目標	内容
1	ガバナンスと政策	国家レベルで口腔保健政策と戦略の策定と実施を促進する
2	予防と健康促進	共通リスク要因（糖分摂取、タバコ、アルコール）を減らし、予防中心の政策を推進
3	人材開発	口腔保健ワークフォースの養成とスキル強化、多職種協働を推進
4	ケアモデルの転換	口腔保健を PHC および UHC の一部として統合し、サービス提供の公平性を高める
5	情報システムとデータ	標準化されたデータ収集と国際比較可能なモニタリングシステムを確立
6	研究とイノベーション	エビデンスに基づいた政策決定のための研究開発を支援

(3) WHO 報告書「Global Oral Health Status Report 2022」[4]における UHC

WHA74.5 以降に発刊された「Global Oral Health Status Report 2022」では、世界の口腔保健の現状を分析し、UHC の枠組みにおける口腔保健施策の提供に向けた課題を示している。全世界の人口の約 45% が何らかの歯科疾患を有しており、特に低・中所得国では、歯科疾患の有病率が高いのにもかかわらず、適切な歯科治療を受けることができない者も多い。WHO が提示した共通リスクアプローチに示されるように、慢性感染症である齲蝕や歯周病のリスク要因は NCDs と共通するものが多く、NCDs の枠組で歯科疾患の予防を考えることは双方にとってメリットが大きい。地域によって歯科疾患有病状況の状況は大きく異なるが、いずれの地域でも社会経済的要因による歯・口腔の健康格差が顕在化しつつある。

一方、UHC における地域別進捗状況においてアフリカ地域では他地域と比較して低値であり、明確な地域格差が存在していた（表3）。アフリカ諸国で口腔保健対策を拡充するためには、WHO の指摘のように、まずプライマリヘルスケアに口腔保健対策を入れ込む体制づくりを行い、口腔保健へのアクセスを確保する必要がある。

表3 UHC 枠組における口腔保健カバレッジ率

地域	UHC 内での口腔保健カバレッジ率
アメリカ地域	38.4%
ヨーロッパ地域	36.5%
東南アジア地域	35.9%
西太平洋地域	30.0%（推定値）
アフリカ地域	10.3%
世界平均	23.3%

(4) WHO「グローバル口腔保健アクションプラン 2023-2030」[5]における UHC

前々項の「グローバル口腔保健戦略」を実行に移すために「グローバル口腔保健アクションプラン (GOHAP) 2023-2030」が策定された。11 項目の具体的な目標が設定されている (表 4)。そのなかで特に UHC と直接かかわるのは、UHC の達成に関するグローバルターゲット A (オーバーアーチング目標)「2030 年までに世界人口の 80%が、UHC の一環として基本的な口腔保健サービスを利用可能とする」である。

口腔保健の UHC 統合を図るためには、前段階として口腔保健のプライマリヘルスケア (PHC) への統合を図ることが必須の要件である。グローバルターゲット 4.1「2030 年までに 80%の国が、口腔保健を PHC に統合する」の達成は、予防中心のアプローチに転換するうえにおいても極めて重要な事項である。現時点では 80.9%の WHO 加盟国が何らかの形で口腔保健を PHC に統合しているが、公的医療機関のみを対象とした場合、この割合は 66.5%までに低下していた。

グローバルターゲット 4.2「2030 年までに 50%の国が、WHO 必須医薬品リスト (E に基づいた口腔保健関連医薬品 (フッ素、フッ化ジアンミン銀、ガラスイオノマーセメントなど) を国の必須医薬品リストに登録する)」についても取り組みは遅れており、現時点でこれらの歯科用医薬品に登録している国は 0.5%にとどまる。

「グローバル口腔保健アクションプラン 2023-2030」では、UHC の枠組みの中で口腔医療を強化することが強調されている。現在の口腔保健のカバレッジは依然として低く、今後の政策と資金投入が求められる。

表 4 今後の口腔保健対策のグローバルターゲット

No.	グローバルターゲット	目標 (2030 年まで)
1	オーバーアーチンググローバルターゲット A	80%の人口が UHC の一環として基本的な口腔保健サービスを利用可能とする
2	オーバーアーチンググローバルターゲット B	主要な口腔疾患の総合的な罹患率を 10%削減する
3	グローバルターゲット 1.1 (口腔保健の国家リーダーシップ)	80%の国が、運用可能な国家口腔保健政策、戦略またはアクションプランを持ち、保健省またはその他の国家機関に専任スタッフを配置する
4	グローバルターゲット 1.2 (環境に配慮した口腔保健)	90%の国が、水銀含有歯科用アマルガムの使用削減措置を実施または完全に廃止する
5	グローバルターゲット 2.1 (糖の摂取削減政策)	50%の国が、自由糖 (フリーシュガー) 摂取を減らすための政策措置を実施する
6	グローバルターゲット 2.2 (最適なフッ化物利用)	50%の国が、人口の口腔保健に最適なフッ化物供給に関する国家ガイダンスを策定する
7	グローバルターゲット 3 (革新的な口腔保健ワークフォースモデル)	50%の国が、人口の口腔保健ニーズに対応できる訓練を受けたワークフォースを含む国家的な保健人材政策、計画または戦略を持つ

8	グローバルターゲット 4.1 (口腔医療の PHC 統合)	80%の国が、口腔医療をプライマリ・ヘルスケア (PHC) に統合する
9	グローバルターゲット 4.2 (必須口腔医薬品の普及)	50%の国が、WHO の必須医薬品リスト (EML) にある歯科関連医薬品を国家必須医薬品リストに登録する
10	グローバルターゲット 5 (口腔保健情報システムの強化)	80%の国が、WHO のコア指標に基づいた国家口腔保健情報システムを整備する
11	グローバルターゲット 6 (口腔保健研究の推進)	80%の国が、国の公衆衛生ニーズに即した口腔保健研究課題を設定し、研究を実施する

(5) WHO 報告書「口腔疾患のモニタリングとサーベイランスに関する専門家ワークショップ」[6]における UHC に関する主な議論

口腔保健の UHC への統合を図るためにも「口腔保健サービスの普及」や「基本的な歯科医療へのアクセス」をモニタリングするための指標の強化が求められる。口腔保健を NCDs 対策の一環として考えるならば、WHO の NCDs リスク要因サーベイランスである STEPS サーベイに口腔保健調査を統合し、NCDs 全体のモニタリングに連携することの有用性を示していた。STEPS サーベイは各国で 5 年ごとに実施される標準化された調査であるため、UHC における口腔保健状況をモニタリングするうえで、大きな意義を有する。しかし、口腔保健モジュール (参考資料: 章末) は STEPS サーベイの拡張項目の一つであるため、一部の国のみのデータ収集にとどまる。また、口腔保健モジュールは成人の口腔保健状況と関連行動に関する自記式調査票であるため、口腔内診査が現状では実施されていない。また、主たる対象者から子どもや高齢者が除外されている点についても、口腔保健の UHC 統合を図るうえでは改善が必要な点である。

2. 学術論文の動向からみる UHC と口腔保健

PubMed による文献検索の結果、条件に該当した論文は 5 論文であった[7-11]。以下に各論文の概要を示すとともに (表 5)、これらの論文において、口腔保健の UHC 統合に向けた指標として、複数の論文で指摘されている口腔保健指標について、5つのカテゴリー (①サービス利用指標、②財政的指標、③サービス内容指標、④提供体制指標、⑤健康アウトカム指標) に分類して分析した。

① サービス利用に関する指標

歯科受療率が 4 つの論文で指標として挙げられており、歯科医療サービスへのアクセス状況を可視化できる代表的な指標である。過去 1 年間の歯科受診経験率などが具体的な指標として提示されていた。

② 財政的要因に関する指標

歯科医療の治療費の自己負担割合や費用を理由に受診を控えた者の割合は、UHC の主要要素である「財政的リスク保護」に直結する。歯科医療の自己負担率などが具体的な指標として挙げられる。3つの論文で報告されていた。

③ サービス内容に関する指標

医療保険などの UHC 給付に含まれる歯科医療サービスの内容を示す指標として、

公的にカバーされる歯科処置項目の数や範囲が挙げられていた。3つの論文で報告されていた。

④ 提供体制に関する指標

人材配置の適正さを示す代表的な構造指標である人口10万人あたりの歯科医師数が、3つの論文で挙げられていた。

⑤ 健康アウトカム指標

小児における代表的な歯科疾患である齲蝕有病率は、代表的な歯科における健康アウトカム指標である。一方、成人期における代表的な歯科疾患は歯周病であるが、成人期の健康アウトカム指標について共通した具体的指標の報告はなかった。

表 5 口腔保健の UHC 統合に向けての指標に関する学術論文

論文タイトル／出典	対象国・地域	主な口腔保健関連指標と結果	著者が提案する UHC 関連指標
Indicators of integrating oral health care within UHC and general health care in low-, middle-, and high-income countries: a scoping review BMC Oral Health, 2023 (Jashni et al.)	グローバル (低～高所得 32 か国の文献 を対象)	83 件の関連文献から口腔保健の UHC 統合を評価し得る指標 54 項目を抽出し, 15 エリアに分類。頻出した項目は, 歯科受療率, 口腔保健状況, サービス/人口カバレッジ, 財政, 医療施設へのアクセス, 歯科医療従事者数などであった。	口腔保健 UHC 統合のモニタリング枠組みの構築が必要と提言。本研究で同定した指標群を基に, 各国の状況に応じた重要指標を選定して実用的かつ包括的な評価指標セットを作成すべきと提案している。
Oral health approach in universal health coverage BMC Public Health, 2024 (Marques dos Santos et al.)	グローバル (50 件の研究 を分析)	UHC における口腔保健に言及した研究は 50 件と少なく, 多くの国の UHC 制度で口腔保健サービスが十分に含まれていないことが示された。口腔保健は UHC の必須サービスパッケージから除外されている場合が多く, 提供されても対象集団や処置内容が限定的で, 依然として高額の自己負担が必要な状況が認められた。その結果, UHC 下でも口腔保健サービスのアクセス格差が続き, 口腔疾患の健康格差は解消されていない。	現行の UHC 計画や指標には口腔保健に関する指標が欠如していることが浮き彫りとなり, 口腔保健分野が他の医療分野に比べ周道的に扱われていると指摘。著者らはこのギャップを埋めるために, 口腔保健指標の UHC モニタリングへの組み込みが必要であると強調している。
An ecological study on the association between universal health service coverage index, health expenditures, and early childhood caries BMC Oral Health, 2021 (Folayan et al.)	グローバル (83 か国を所得レベル別に比較分析)	各国の UHC サービス Coverage 指数, 総医療費/GDP 比, 3～5 歳児の齲蝕有病率を指標として国際比較。所得水準が高い国ほど齲蝕有病率は有意に低く, 高所得国で 45%程度, 低所得国で 63%以上。また UHC サービス Coverage 指数と医療費も高所得国で高値を示した。多変量回帰分析の結果, 医療費 (GDP 比)が高いほど齲蝕有病率が有意に低下し, GDP 比 1%増加ごとに幼児の齲蝕有病率が約 3.7%減少した。一	医療財政の充実が幼児の口腔保健格差の縮小に寄与しう一方, UHC 指数の向上だけでは不十分である。著者らは, UHC の枠内で幼児の齲蝕を減らすには口腔保健サービスへの十分な資源配分と効果的な介入が必要であり, 単なるサービスカバレッジ指数ではなく実質的な口腔保健アウトカムを指標として重

方、UHC サービス Coverage 視すべきと示唆してい
指数と齲蝕有病率に有意な関 る。
連は認められなかった。

表 5 口腔保健の UHC 統合に向けての指標に関する学術論文（つづき）

論文タイトル／出典	対象国・地域	主な口腔保健関連指標と結果	著者が提案する UHC 関連指標
Inequality in dental services: a scoping review on the role of access toward achieving UHC in oral health BMC Oral Health, 2021 (Ghanbarzadegan et al.)	OECD 加盟国 (主に高所得国)	過去 20 年間の OECD 諸国の文献 57 件を分析し、歯科医療アクセスの主な決定要因として 7 つのテーマ（①家族要因、②文化的要因、③保健サービス需要、④サービスの経済的負担能力（アフォーダビリティ）、⑤サービスの利用可能性、⑥社会・環境的要因、⑦地理的距離）を抽出した。これら 7 因子は UHC の「カバレッジの立方体」における 3 つの軸（人口カバー範囲、財政的保護、サービスの適切性）それぞれの課題に対応し、アクセス改善を通じて UHC 達成に寄与しうると位置づけられた。	UHC 下で口腔保健の公平な享受を実現するには、上記の多面的なアクセス要因（社会文化的・経済的・地理的要因）を指標として捉え、改善していく必要があると提言。特に政策策定においてこれらアクセスの決定要因を考慮し対策を講じることが、口腔保健分野で UHC を達成する道を開くと結論付けている。
Assessing the status of oral health integration in SEARO countries' UHC – a scoping review Int. J. Health Plann. Mgmt, 2024 (Acharya et al.)	WHO 南東アジア地域 (SEARO) 11 か国	11 か国の公的歯科医療制度を比較検討した結果、口腔保健サービスへのアクセス不足、歯科医療人材の偏在・不足、歯科保健情報システムの脆弱性、民間セクターへの依存の高さ、及び外来歯科診療の財政保障の不備が共通する課題として浮かび上がった。実際、ほとんどの国で公的な歯科診療給付が存在せず、歯科医師数も人口に対して不足していた（例外的にインド・スリランカ・タイでは比較的充足）。さらに歯科関連の医薬品・材料に公定価格による管理がなされていないなど制度的欠陥もみられ、たとえ UHC の達成度（一般医療の指標）が高い国でも口腔疾患の負担軽減には直結していない状況が示された。	口腔保健を真に UHC に統合するため、各国で歯科診療への公的支援拡充や口腔疾患アウトカムの指標化が不可欠である。著者らは WHO グローバル戦略での「2030 年までに世界人口の 80% に必須口腔保健を提供し、主要口腔疾患を 10% 削減」目標を念頭に、口腔保健を初期医療から包含し UHC の理念に組み入れることが同地域で喫緊の課題と提言している。

D.考察

世界における口腔保健に関する基礎的数値（齲蝕、歯周病、歯の喪失及び口腔がんの有病状況や歯科疾患がもたらす経済的損失等）が示すように、歯科疾患の有病率は高い。歯科保健医療の拡充はすべての国々で共通の健康課題である状況を踏まえると、UHC への口腔保健の統合を図るべき段階にきていると考えられる。本研究の結果に示したように、WHO は 2030 年に向けて、口腔保健を UHC カバレッジ評価の指標に組み込むべきと推奨しており、2021 年以降の各報告書において、その具体的な道筋を提示している。

現行の Universal Health Coverage Service Coverage Index (UHCSCI) に、どのような口腔保健指標を組み込むべきかについて論じた論文も 2021 年以降に 5 編報告されていた。本研究でのレビューでは、複数の論文で共通して挙げられていた指標を整理したところ、歯科受診経験率、歯科医療の自己負担率、公的医療保険等でカバーされる歯科処置項目数、人口 10 万人あたりの歯科医師数、幼児の齲蝕有病率の 5 つが抽出された。このうち、WHO の The Global Health Observatory Oral health data portal に収載されている指標は、「人口 10 万人あたりの歯科医師数」と「幼児の齲蝕有病率」であり、多くの国々でのデータ把握が可能であると考えられた。歯科受診経験率については、STEPS サーベイの評価項目に既に入っているため[12]、STEPS サーベイをさらに活用する調査体制が出来上がれば、グローバルにデータを収集できる可能性が高いと考えられる。また、歯科医療の自己負担率については、歯科医療の自己負担額のため治療をあきらめたことがある者の割合等の自記式質問票での代替指標などが考えられる。STEPS サーベイを今後改良することによって、UHC 関連指標に口腔保健指標を統合できる可能性がさらに高まるものと考えられる。

歯科治療を含む口腔保健を UHC の枠組みで提供している割合は地域によって異なる。また、これまでの研究報告から口腔保健の良否には社会的決定要因の影響も大きいことが明らかになっている[13]。今後は、社会経済的なレベルごとに UHC 関連指標と口腔保健指標との関連性をさらに分析する必要がある。

E.結論

WHO 資料をもとに、2021 年の WHA74.5 以降の UHC と口腔保健の動向を分析したところ、口腔保健の UHC 統合については段階的に議論が進んでいることが確認された。アクションプランにおいては、2030 年までに 80%の人口が UHC として口腔保健サービスを受けられるようにすることを上位目標としているが、現状値は 23.3%と大きな乖離が認められた。地域格差も顕著であり、アフリカ地域では UHC の枠組に口腔保健が包含されているのは約 1 割程度であった。また、口腔保健の UHC 統合を推進するうえで必須の要件となる評価指標については、これまで報告された 5 報の研究論文のレビューの結果、関連する口腔保健指標を抽出できた。

F.引用文献

- [1] WHO. Oral health data portal.
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/oral-health-data-portal>
- [2] WHO. WHA74.5, 2021

- https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha74/a74_r5-en.pdf
- [3] WHO.WHA75.11, 2022
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_16-en.pdf
- [4] WHO. Global oral health status report 2022, 2023
<https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>
- [5] WHO. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030, 2024.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240090538>
- [6] WHO. Meeting report of the expert workshop on monitoring and surveillance of oral diseases, London, United Kingdom, 23–24 November 2023, 2024.
<https://www.who.int/publications/i/item/B09048>
- [7] Jashni YK, et al. Indicators of integrating oral health care within universal health coverage and general health care in low-, middle-, and high-income countries: a scoping review. BMC Oral Health 23, Article number: 251, 2023.
- [8] Marques dos Santos SQ, et al. Oral health approach in universal health coverage. BMC Public Health 24, Article number: 2633, 2024.
- [9] Folayan MO, et al. An ecological study on the association between universal health service coverage index, health expenditures, and early childhood caries. BMC Oral Health 21, Article number: 126, 2021.
- [10] Ghanbarzadegan A, et al. Inequality in dental services: a scoping review on the role of access toward achieving universal health coverage in oral health. BMC Oral Health 21, Article number:404, 2021.
- [11] Acharya S, et al. Assessing the status of oral health integration in South East Asian Regional Office countries' Universal Health Coverage—A scoping review. Int. J. Health Planning and Management 39:262-277, 2024.
- [12] WHO. STEPwise approach to NCD risk factor surveillance (STEPS).
<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>
- [13] de Abreu MHNG, et al. Perspectives on social and environmental determinants of oral health. Int J Environ Res Public Health 18, Article number:13429, 2021.

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

参考資料：STEPS サーベイ 口腔保健モジュール

Oral Health		
The next questions ask about your oral health status, problems with your teeth, gums or mouth, any treatment that you may have received for problems and oral hygiene behaviours.		
Question	Response	
How do you rate your oral health (conditions of teeth, gums and mouth) right now? <i>Read out all the answer options and select the appropriate response.</i>	Excellent 1 Very good 2 Good 3 Fair 4 Poor 5	O1
During the past twelve months, did you experience one or more of the following issues because of your teeth, gums or mouth? Please mark all that apply. <i>Ask the participant to think of the past 12 months only and report if they experienced one or more of the listed issues because of their teeth, gums or mouth. Read out all the answer options and select the appropriate responses.</i>	Pain 1 Difficulty eating food 2 Difficulty speaking 3 Avoided smiling 4 Difficulty doing other usual activities 5 None 6 <i>If None, go to O5</i> Other 7 <i>If Other, go to O2other</i> Don't Know 77	O2
	Other (please specify)	O2other
During the past twelve months, have you used health care services because of a problem with your teeth, gums or mouth? <i>Select the appropriate response.</i>	Yes 1 <i>If Yes, go to O5</i> No 2	O3
What were the reasons for not using a health care services? Please mark all that apply <i>Read out all the answer options and select the</i>	No service available 1 Too expensive 2 Service too far away 3 Poor service quality 4 Fear (afraid of dental care) 5	O4

appropriate responses.	No appointment available 6	
	Relief from self medication 7	
	Other 8 <i>If Other, go to O4other</i>	
	Other (please specify)	O4other
Please indicate which of the toothpastes shown do you use to clean your teeth? <i>Ask to show the product they use to compare it to a showcards containing the most common toothpaste products available locally. Select the appropriate response.</i>	Image 1 1	O5
	Image 2 2	
	Image 3 3	
	Image 4 4	
	Image 5 5	
	Other 6 <i>If other, go to O5other</i>	
	Do not use toothpaste 7	
	Other (specify)	O5other

Clinical Oral Health Assessment		
Question	Response	Code
Tooth count <i>Examiner counts teeth present based on the detailed assessment instructions.</i>	0 1 <i>If 0, go to O9</i> 1 - 9 2 10 – 19 3 ≥ 20 4 Refused 88 <i>If 88, end assessment</i>	O6
Presence of untreated dental caries <i>Examiner assesses presence of caries based on the Stop-After-First Encounter (SAFE) method detailed in the assessment instructions.</i>	Yes 1 No 2 <i>If No, go to O9</i>	O7
Presence of severe dental caries <i>Examiner assesses severity of caries using the PUFA index as detailed in the assessment instructions with PUFA method.</i>	Yes 1 No 2	O8
	Yes 1 <i>If Yes, go to O10</i>	

Presence of severe pain, swelling, damage or unusual lesion in or around the mouth <i>Examiner assesses the presence of severe pain, swelling, damage or unusual lesion in or around the mouth based on a visual inspection and the declaration of the participant.</i>	No 2 If O7=2 and O8=2, end assessment	O9
Need for urgent / immediate oral health care / referral	Yes 1 If O7=1 or O8 = 1 or O9 = 1 No 2	O10

(別添4)

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)
「ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資する研究」

令和6年度 分担研究報告書
分担課題2：新たな保健関連サービスの UHC への統合に関する国際的動向と指標の分析

2-2. リハビリテーション関連指標の UHC 指標への統合に関する国際動向

研究協力者

山口佳小里（国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官）

清野薫子（国立保健医療科学院 健康危機管理研究部 上席主任研究官）

研究分担者

五十嵐久美子（国立保健医療科学院 国際協力研究分野 統括研究官）

研究代表者

大澤絵里（国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 上席主任研究官）

研究要旨

【目的】ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）は、持続可能な開発目標（SDGs）目標3に位置付けられ、その達成度は UHC サービス・カバレッジ指数（UHCSCI）等により測定されている。しかし、既存指標には歯科やリハビリテーション等の領域が十分に反映されておらず、サービスの質の評価も限定的であることが課題となっている。本研究では、UHC 指標に組み込むべきリハビリテーション関連指標の検討に向けて、国際動向に関して文献レビューを通じて整理した。

【方法】リハビリテーションおよび UHC に関する国連、WHO 等の会議資料や各機関発行のレポート、ガイドライン等の公開資料を対象に、レビューを実施した。

【結果】リハビリテーションは UHC における不可欠な保健サービスと定義されている。高齢化と NCD 増加を背景に世界的にニーズが高まりつつある一方、多くの国における未充足が指摘されており、WHO は2017年「Rehabilitation 2030」を開始し、特に中低所得国における保健システムへの統合強化を進めている。リハビリテーションが UHCSCI に反映されていないことは、指標検討のための組織である IAEG-SDGs も課題として認識しており、議論が進められている。WHO はリハビリテーション関連指標に関するツールやガイドラインを整備している。このうち、「Rehabilitation Indicator Menu (2nd ed.)」において、モニタリング指標として12のコア指標と32のサブ指標が選定基準とともに提示されており、UHC 指標へのリハビリテーション指標の統合に向けた基盤を提供している。特に、アウトカムに分類される「慢性腰痛に対する効果的なリハビリテーションのカバレッジ（指標10）」は、有効カバレッジ（effective coverage）に関するもので、サービスの質と成果を反映する重要な指標であり、UHCSCI の候補として検討の余地がある。

【結論】リハビリテーションは UHC の必須サービスであり、昨今重視されている有効カバレッジやライフコースアプローチ等の視点も鑑みながら、UHCSCI への導入に向けて、さらに議論が進められることが期待される。

A. 研究目的

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の達成は、2030 年に向けた持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）のゴール 3 に掲げられており、必須保健サービスのカバー率（指標 3.8.1）及び家計における健康関連支出の負担（指標 3.8.2）によって各国の達成状況が追跡されている。UHC サービス・カバレッジ指数（UHC Service Coverage Index: UHCSCI）は、指標 3.8.1 を評価するものとして、世界保健機構（World Health Organization: WHO）と世界銀行が共同開発したものであり、母子保健、感染症、非感染性疾患（Non Communicable Diseases: NCDs）、サービス提供能力とアクセスによって構成される。一方、今日の UHC に含まれるべき必須サービスであるリハビリテーション、精神保健、口腔保健、緩和ケアなどが十分にカバーされていないことや、サービス利用の有無のみで質をとらえきれていない点などが課題として挙げられ、必要な人が質の高いサービスを受けた割合を示す効果的カバレッジ（Effective Coverage）導入などについても議論されている[1]。

そこで、本研究では、既存の UHCSCI にカバーされていない保健関連サービスの 1 つであるリハビリテーションに着目し、どのようなリハビリテーション関連指標が UHC 指標の候補になりうるか検討することを目的とする。その第一段階として既存資料のレビューを通して、国際的な動向を整理する。

B. 研究方法

リハビリテーションおよび UHC に関する行政資料等、公開されている関連資料のレビューを行う。対象は、国連や WHO の会議資料の他、各機関が作成・発行しているレポート、ガイドライン等とした。

（倫理面の配慮）

本稿は公開されている資料のみを用いており、個人情報は一切含まれていない。

C. 研究結果

関連資料の一覧を表 1 に示す。以下、トピックごとに結果を示す。

（1）UHC とリハビリテーション

① UHC におけるリハビリテーションの位置づけ

国連総会において初めて UHC に関するハイレベル会合が開催されたのは 2019 年であり、この際に採択された政治宣言において、UHC においてカバーされるべき保健サービスの 1 つとしてリハビリテーションが明記された[2]。さらに、第 2 回目となる 2023 年の国連総会における UHC に関するハイレベル会合においては、リハビリテーションが必須のサービスであることに加えて、これまでの進捗状況から SDGs のターゲット 3.8 達成が困難であることに関連する懸念事項として、現在世界で推定 24 億人がリハビリテーションの恩恵を受けられる可能性のある健康状態にある一方、リハビリテーションニーズはほとんど満たされておらず、多くの国で半数以上の人が必要なリハビリテーションを受けられていないことに言及している[3]。

② リハビリテーションに関する国際動向

UHC でカバーすべき保健サービスにリハビリテーションが含まれるようになった背景として、高齢化および非感染性疾患の増加を背景とする、世界的なリハビリテーションニーズの増大が挙げられる[4]。

リハビリテーションは、第一次・第二次世界大戦における戦傷兵を対象としたプログラムにおいて登場した概念である。1952 年には、国連の経済社会理事会の決定を踏まえ、世界保健総会（World Health Assembly: WHA）において「身体障害者のリハビリテーションに関する国際協調プログラム」（Rehabilitation of the physically handicapped co-ordinated international programme: WHA5.10）が採択され、身体障害者のリハビリテーションを国際的に推進するための協調的な取り組みが開始された[5]。その後、リハビリテーションは、主として障害のある者の自立や社会参加を促進するために不可欠なものとして扱われてきた[6]。

このように障害関連施策の中で扱われる一方、高齢化や非感染性疾患の増加など、社会課題の変化に伴い、リハビリテーションが関与する領域は拡大しながら今日に至る。2013 年に WHA で決議された非感染性疾患（NCD）の予防と管理のための世界行動計画（2013–2020）（Global action plan for the prevention and control of NCD 2013–2020: WHA66.10）[7]あるいは「高齢化と健康に関する世界戦略および行動計画（2016–2020）」（Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: WHA69.3）[8]の中で、リハビリテーションは必要なサービスとして記述されている。近年採択された WHA の決議のうち、リハビリテーションに関連しているものを中心に表 1 に示す。

今日、リハビリテーションの恩恵を受けられる健康状態にある者は世界において 3 人に 1 人であると報告されている[4]。一方、中低所得国を中心に多くの国々において、現在のリハビリテーションニーズにも十分対応できていない状況にある。このような状況を背景に、WHO は 2017 年にイニシアティブ“Rehabilitation 2030”を立ち上げ、リハビリテーションをユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の中核的要素として位置づけ、各国の保健システムに統合・強化することを目的としていた取り組みを進めている[9]。2023 年には、WHA において実に 72 年ぶりにリハビリテーションを冠したアジェンダ「保健システムにおけるリハビリテーションの強化」（Strengthening rehabilitation in health systems: WHA76.6）[10]が採択され、保健財政とサービス提供、人材、保健情報システム、緊急事態への対応等が進められている[11]。

（2）UHC 指標へのリハビリテーションの統合：指標検討状況

現在の UHC サービス・カバレッジ指標（UHC Service Coverage Index: UHCSCI）は、母子保健（家族計画・周産期ケア・小児予防接種・小児の治療）、感染症コントロール（結核治療、HIV 治療、マラリア予防、水と衛生）、非感染性疾患（心血管系疾患の予防、糖尿病の管理、たばこの規制）、医療提供体制（病床数密度、保健人材密度、健康危機対応）の 4 領域、合計 14 項目からなる指標である[1,12]。国連に設置されている持続可能な開発目標（SDGs）の進捗を測定・監視するための公式な指標体系を策定・更新・管理する国際グループである Inter-Agency and Expert Group on Sustainable

Development Goal Indicators (IAEG-SDGs) [13]において、UHCSCIを含む指標に関する議論が行われる。近年のUHCSCI改訂に関する議論において、リハビリテーションを含むいくつかの領域に関する指標が不足していることが認識されたが、指標導入には至っていない。

WHOは各国における保健システムへのリハビリテーションの統合に向けた取り組みとして、様々なガイドラインや評価指標セットを開発している。例えばTemplate for Rehabilitation Information Collection (TRIC)は、国のリハビリテーションの状況を包括的に評価できるツールで、専門職数やサービス提供などに関する指標を含む[14]。また、Guidance on the analysis and use of routine health information systems: Rehabilitation module においては、病床数や人口あたりのリハビリテーションサービス利用割合などのリハビリテーション施設に関する標準指標のリストが提供されている[15]。このうち、UHCSCIにより関連のあるものとして、モニタリング評価のための指標を扱うRehabilitation Indicator Menu 2nd edition (RIM)が挙げられる[16]。指標の選定条件と選定された指標をそれぞれ表2と表3に示す。このガイドラインでは、リハビリテーションコア指標として12の指標が、サブ指標として32の指標が提示されている。ここでは、いわゆるロジックモデル（インプット、アウトプット、アウトカム、インパクト）に沿ったモニタリング指標が選定されており、12のコア指標においては、インプットに関する指標5つ、アウトプット指標3つ、アウトカム指標3つ、インパクト指標1つが含まれる。

D. 考察

UHCSCIを検討する上で重要な視点として、リハビリテーション、口腔保健、メンタルヘルスなど未カバー領域の追加に加えて、ライフコース・アプローチの導入、有効カバレッジ (Effective coverage) の検討、利用可能なデータの有無と実行可能性などが挙げられる[1,13,17]。

ライフコース・アプローチは、生涯を通じて、あらゆる年齢における人々の健康、さらには幸福の確保を目指すもので、SDGsにおいても重要な概念である[18]。リハビリテーションも、あらゆる年齢における保健ニーズに対応するものであり、結果に示したコア指標のいくつかに関しても年齢別の値を参照することは可能であるが、これを包括的な指標で表すためにはさらなる検討が必要である。

有効カバレッジ (Effective coverage) の重要性については、Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report においても、今後の指標改良における重要な点として章を割いている[1]。有効カバレッジとは、サービスを必要とする人々のうち、潜在的な健康増進効果を得るのに十分な質のサービスを受けている人々の割合と定義され、サービスの質に関わらずサービスを受けている人々の割合と定義されるサービス・カバレッジとは異なる。つまり、必要な人に、適切な質で、健康面における望ましい成果に繋がっているかどうかを図る指標である[19]。これに関しては、結果で示したリハビリテーションコア指標のうちの1つ、“慢性腰痛に対する効果的なリハビリテーションの普及率：有効カバレッジ (Effective coverage of rehabilitation for chronic low back pain)”が相当する。慢性腰痛は、リハビリテーションの効果に関するエビデンスが十分に蓄積されている健康状態である[20]。また、自己申告が可能

で、世帯調査などの人口ベースの調査でモニタリングすることが可能な状態像でもある[16]。世界的にリハビリテーションを必要とする最も多い疾患（健康状態）であること[4]を鑑みても、UHCSCIの候補指標として検討可能であるかもしれない。

利用可能なデータの有無と実行可能性について、IAEG-SDGsはTier分類を使用している。すなわち，“Tier1：国際的に合意された定義と測定方法があり，国連加盟国の50%以上が定期的にデータを収集している”，“Tier2：国際的に合意された定義と測定方法はあるが，国連加盟国の50%未満しかデータを収集していない”である[13]。リハビリテーションに関しては，例えば，RIMに示されるリハビリテーションコア指標に含まれるリハビリテーション従事者数について，各国の理学療法士数に関しては，世界理学療法連盟（World Physiotherapy）が129の加盟国の理学療法士数のデータを有しており[21]，WHOのGlobal Health Workforce statistics databaseでも理学療法士数が公開されている[22]。また，世界作業療法連盟（World Federation of Occupational Therapy）は111か国の加盟国の作業療法士数のデータを有し，公開している[23]。データ収集方法や各専門職の定義の統一等の課題はあるものの，検討の余地はあるかもしれない。

E. 結論

リハビリテーションはUHCの必須サービスであり，昨今重視されている有効カバレッジやライフコースアプローチ等の視点も鑑みながら，UHCSCIへの導入に向けて，さらに議論が進められることが期待される。

F. 引用文献

- [1] World Health Organization. Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global monitoring report.
https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379?utm_source=chatgpt.com
(accessed 2025-5-8)
- [2] United Nations. General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019 -74/2. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. 2019.
- [3] United Nations. General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 5 October 2023 -78/4. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage.
- [4] Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2021 Dec 19;396(10267):2006-2017. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.
- [5] World Health Organization. World Health Assembly. Rehabilitation of the physically handicapped co-ordinated international programme: WHA5.10. 1952
- [6] Yamaguchi K, Imahashi K, Kono M, Ishiwata R. Multi-layered health and welfare systems for provisioning rehabilitation for older people, adults, and children

with disabilities in Japan. J Natl Inst Public Health(Hoken Iryou Kagaku). 2025;74(1):2-14.

[7] World Health Organization. World Health Assembly. Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases: WHA66.10. 2013

[8] World Health Organization. World Health Assembly. Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: WHA69.3. 2016

[9] World Health Organization. Rehabilitation 2030 initiative. 2017.
<https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030> (accessed 2025-5-8)

[10] World Health Organization. World Health Assembly. Strengthening rehabilitation in health systems: WHA76.6. 2023

[11] 山口佳小里, 三浦宏子, 児玉知子. リハビリテーションに関する国際動向とASEAN 諸国の現状. 保健医療科学. 2024;73(3): 214-224

[12] 児玉知子, 大澤絵里, 松岡佐織, 横山徹爾, 浅見真理. 国連持続可能な開発目標 3 (SDG3) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) の達成状況と課題. 保健医療科学. 2021;70(3): 224-234

[13] United Nations. Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators (IAEG-SDGs) . <https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/> (accessed 2025-5-8)

[14] World Health Organization. Template for Rehabilitation Information Collection: TRIC. 2019. [https://www.who.int/publications/i/item/template-for-rehabilitation-information-collection-\(-tric\)](https://www.who.int/publications/i/item/template-for-rehabilitation-information-collection-(-tric)) (accessed 2025-5-8)

[15] World Health Organization. Guidance on the analysis and use of routine health information systems: rehabilitation module. 2022.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240050242> (accessed 2025-5-8)

[16] World Health Organization. Rehabilitation Indicator Menu: Second Edition. 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240076440> (accessed 2025-5-8)

[17] World Health Organization. Primary health care measurement framework and indicators. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210> (accessed 2025-5-8)

[18] World Health Organization. Life course. <https://www.who.int/our-work/life-course> (accessed 2025-5-8)

[19] World Health Organization. Handbook for conducting assessments of barriers to effective coverage with health services. 2024.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240094765> (accessed 2025-5-8)

[20] Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2015 Feb 18;350:h444. doi: 10.1136/bmj.h444.

[21] World Physiotherapy. Profile of the global profession. 2023.
<https://world.physio/membership/profession-profile> (accessed 2025-5-8)

- [22] World Health Organization. Global Health Workforce statistics database. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce> (accessed 2025-5-8)
- [23] World Federation of Occupational Therapists. Occupational Therapy Human Resources Project 2022 – Numerical. 2022. <https://wfot.org/resources/occupational-therapy-human-resources-project-2022-numerical> (accessed 2025-5-8)
- [24] World Health Organization. World Health Assembly. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage: WHA76.4. 2023
- [25] World Health Organization. World Health Assembly. Strengthening WHO preparedness for and response to health emergencies: WHA74.7. 2021
- [26] World Health Organization. World Health Assembly. Highest attainable standard of health for persons with disabilities: WHA74.8. 2021
- [27] World Health Organization. World Health Assembly. Road map for neglected tropical diseases 2021–2030: WHA73.33. 2020
- [28] World Health Organization. World Health Assembly. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage: WHA72.14. 2019
- [29] World Health Organization. World Health Assembly. Access to assistive technology: WHA71.8. 2018
- [30] World Health Organization. World Health Assembly. International Classification of Functioning, Disability and Health: WHA54.21. 2001
- [31] World Health Organization. Noncommunicable disease facility-based monitoring guidance. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057067> (accessed 2025-5-8)

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

表 1 : UHC におけるリハビリテーションおよび関連指標に関する資料

資料名	刊行年月
リハビリテーションに関連のあるWHA決議（2000年以降）	
WHA76.6 Strengthening rehabilitation in health systems [10]	2023.5
WHA76.4 Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage [24]	2023.5
WHA74.7 Strengthening WHO preparedness for and response to health emergencies [25]	2021.5
WHA74.8 Highest attainable standard of health for persons with disabilities [26]	2021.5
WHA73.33 Road map for neglected tropical diseases 2021–2030 [27]	2020.5
WHA72.14. Preparation for the high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage [28]	2019.5
WHA71.8 Access to assistive technology [29]	2018.5
WHA69.3 Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020 [8]	2016.5
WHA66.10 Global action plan for the prevention and control of NCD 2013–2020 [7]	2013.5
WHA54.21 International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF (definition of health and disability) [30]	2001.5
UHCに関する国連決議（2000年以降）	
A/RES/78/4 Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage [3]	2023.10
A/RES/74/2 Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage [2]	2019.10
UHCにおけるリハビリテーション	
Handbook for conducting assessments of barriers to effective coverage with health services [19]	2024.6
Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global monitoring report [1]	2023.9
リハビリテーション関連指標（WHO刊行物）	
Rehabilitation Indicator Menu: Second Edition [16]	2023.8
Noncommunicable disease facility-based monitoring guidance [31]	2022.11
Guidance on the analysis and use of routine health information systems: Rehabilitation module [15]	2022.5
Primary health care measurement framework and indicators [17]	2022.2
Template for Rehabilitation Information Collection: TRIC [14]	2019.5

表 2 : Rehabilitation Indicator Menu における指標選定の基準

基準	定義
妥当 (Valid)	指標の値とヘルスシステムにおけるリハビリテーションの1つ以上の側面の関連を裏付ける十分な（科学的）根拠がある
信頼性がある (Reliable)	安定した現象を繰り返し測定すると、同様の結果が得られる
関連する (Relevant)	ヘルスシステムにおけるリハビリテーションの重要度の高い側面を測定する
実行可能 (Actionable)	指標は、医療提供者またはヘルスシステムによる管理の対象となるようなリハビリテーションの側面を測定するものであり、政策立案や戦略策定のために国家レベルで使用できる
国際的に実現可能 (Internationally feasible)	大幅な追加リソースなしで国際比較のために導き出せる指標
国際的に比較可能 (Internationally comparable)	報告する国は関連するデータの定義を遵守しており、各国間の指標値の違いは、データ収集方法、コーディング、測定方法の違いではなく、ヘルスシステムの問題を反映している

文献 16 より改変

表3：リハビリテーションコア指標（Rehabilitation Indicator Menu[16]より）

	指標名	指標のカテゴリー
1	国の保健医療モニタリングの枠組みにおけるリハビリテーション指標の割合 Rehabilitation in national health monitoring framework	インプット (ガバナンス)
2	リハビリテーション病床密度（人口一人あたり） Rehabilitation bed density	インプット (インフラ)
3	リハビリテーション支出（総保健医療支出におけるリハビリテーション支出の割合） Rehabilitation expenditure	インプット (資金)
4	リハビリテーション従事者の密度と配置（人口一人あたりの従事者数） Rehabilitation personnel density and distribution	インプット (労働力)
5	リハビリテーションに関する報告の完全性（行政にデータ提出している施設の割合） Rehabilitation reporting completeness	インプット (保健医療情報)
6	プライマリヘルスケアレベルでの基本的なリハビリテーションサービスの利用可能性 （プライマリケア施設のうちリハビリテーションを提供している施設の割合） Basic rehabilitation service availability at primary health care level	アウトプット (サービス可用性)
7	リハビリテーションサービスの利用 （総人口におけるリハビリテーションサービス利用者の割合） Rehabilitation service utilization	アウトプット (サービス利用)
8	支援機器の普及（リハビリテーションサービス利用者に提供された支援機器の数） Assistive products uptake	アウトプット (サービス利用)
9	急性発症および複雑なニーズを持つ人々に対するリハビリテーションの普及率 （急性発症で複雑なリハビリテーションを必要とする状態：脊髄損傷、脳卒中、切断などの新規患者数におけるリハビリテーション病床への初回入院患者数） Rehabilitation coverage for people with acute onset and complex needs	アウトカム (カバレッジ)
10	慢性腰痛に対する効果的なリハビリテーションの普及率（有効カバレッジ） （慢性疼痛により日常生活に制限のある成人においてリハビリテーションの恩恵を受けている者の割合） Effective coverage of rehabilitation for chronic low back pain	アウトカム (カバレッジ)
11	機能の変化（リハビリテーション開始時から終了時における変化） Functioning change	アウトカム (効果)
12	人口における生活機能（障害の有無および機能状態） Population functioning	インパクト (人口の機能)

(別添4)

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)
「ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資する研究」

令和6年度 分担研究報告書
分担課題2：新たな保健関連サービスの UHC への統合に関する国際的動向と指標の
分析

2-3. 感覚機能と健康に関する国際動向

研究分担者

五十嵐久美子 (国立保健医療科学院 国際協力研究分野 統括研究官)

研究協力者

山口佳小里 (国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部)

研究代表者

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】世界の感覚機能障害は、高齢者人口の増加、生活習慣病の増加、適正な保健システムの不足等により今後悪化することが予測されている。一方、視聴覚障害と健康に係る対策は、医療及び予防の両方の観点で遅れているが、世界的動向及び域内での動向把握も進んでいない実態がある。国際機関やいくつかの国の取り組み等、国際的動向を把握する必要がある。

【方法】感覚機能障害と健康に関する WHO 等の国際機関が公開している資料の文献レビュー、及び WHO が開催した「感覚機能障害と健康に関する技術諮問会議」に参加し、情報収集・意見交換を行った。これらで得られた情報をもとに、感覚器障害を健康の分野における国際的動向を整理した。

【結果】WHO-WPRO 地域では、世界的に難聴の有病率が最も高く 1 億 3,500 万人以上が影響を受けているおり、1,000 万人の失明者を含む 9,000 万人が視覚障害を経験しており、2050 年までに視力損失が 5%増加すると予測されている。2019 年に W H A で感覚機能に関する健康への対応の方針が打ち出されてから、対策を推進するための文書やガイドライン等が複数示され、当該分野の指標についても示された。2024 年に WPRO で開催された感覚機能と健康に関する技術会議において、域内での対策の推進のための行動計画が策定された。

【結論】感覚機能障害への対応については、既存のヘルスシステムに統合し、一方、分野横断で施策を推進できる高齢者や障害者政策への位置づけや、NCDs 対策・母子保健等の既存の保健システムに優先順位をつけて取組を統合していく等の工夫が必要である。WHO が示している当該分野の指標はスクリーニング実施率および治療のアクセス率であり、早期発見を含めた包括的に評価できる指標が設定されている。

A. 研究目的

分担課題2においては、既存の UHCSCI (SDGs 指標 3.8.1)でカバーされていない保健関連サービスの UHC への統合に関する国際的動向と指標の分析を行うこととしており、今年度は、歯科口腔保健、リハビリテーション、感覚機能と健康に関する分野を整理することとした。本稿では、感覚機能と健康に焦点を当てて、その国際的動向について整理する。

世界の感覚機能障害、特に視覚障害および聴覚障害については、高齢者人口の増加、生活習慣病の増加、適正な保健システムの不足等により今後悪化することが予測されている[1]。一方、これらの対策は、医療及び予防の両方の観点で遅れており、世界的動向及び域内での動向把握も進んでいない実態がある。WHO においては 2017 年に聴覚障害について[2]、2020 年には視覚障害について[3]、それぞれ世界保健総会で決議文を採択し、各機能障害の対策に係るガイドライン等が示されて、各機能ごとに技術文書が示されていた[4,5]。2021 年には、国連ハイレベル会合において、視覚障害に関する決議文が採択された[6]。2025 年 2 月の WHO 執行理事会において、UHC 達成の観点から、視聴覚機能を含む感覚機能と健康に関する一次予防と統合されたアプローチの推進に係る決議が行われた[7]。これを踏まえ、WHO 西太平洋事務局においては、両分野を統合的に対応するための行動計画の策定に取り組んでおり、併せて指標の検討に必要な事項が検討される等の進捗が確認されている。本稿においては、これらの国際機関の取り組みも踏まえ、感覚機能と健康の UHC への統合に関する国際的動向を整理する。

B. 方法

感覚機能障害と健康に関する WHO 等の国際機関が公開している資料の文献レビュー、及び WHO が開催した「感覚機能障害と健康に関する技術諮問会議」に参加し、情報収集を行った。これらで得られた情報をもとに、感覚器障害を健康の分野における国際的動向を整理した。

(倫理面の配慮)

本稿は、WEB もしくは会議において公開されている資料のみを用いており、個人情報とは取り扱わない。

C. 結果

WHO をはじめとする国際機関において、感覚機能と健康については、視覚機能と聴覚機能が各専門分野として独立して示されていたが、2025 年には既存の保健システムへの統合を目指して、視覚及び聴覚を含めた感覚機能と健康という整理に発展した。

(1) 聴覚機能と健康について

2017 年の第 70 国際保健総会において、難聴および聴覚障害の予防に関する決議が行われ (WHA70.13) [2]、その後、2021 年には WHO から「World Report on Hearing」[4]が、2022 年には、Policy Brief: Integrated People-Centered Approach and WHO Ear and Hearing Care (EHC) Tools (2022- 2023)[8]が示された。

① 2017：第 70 国際保健総会において、難聴および聴覚障害の予防に関する決議[1]

世界中で3億6,000万人が障害を伴う難聴を患っており（3,200万人の子供と約1億8,000万人の高齢者が含まれる）、難聴者の約90%が低・中所得国に居住していることを示した。慢性化膿性中耳炎など、難聴を引き起こし、生命を脅かす合併症を引き起こす可能性のある慢性耳疾患の有病率が依然として高いこと、職業を含む環境性騒音性難聴に関する問題や、難聴と認知機能の低下との関連、また、難聴が、個人の発育、コミュニケーション能力、教育、生活、社会的福利、経済的自立、そして地域社会や国に与える重大な影響についても指摘した。難聴の原因のほとんどは予防戦略によって回避可能であるにも関わらず、適切なサービスを利用できていないとした。各国に対し、聴覚ケアの向上や早期介入、啓発活動の推進を求め8項目を示した。

表1. 第70回世界保健総会「難聴および聴覚障害の予防に関する決議」[2]
で示された各国が取り組むべき事項

1. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）内での聴覚ケアの統合
啓発活動の強化、政策決定者のコミットメント促進、多部門協力の推進。
2. 耳疾患と聴覚障害に関するデータ収集
質の高い人口統計データを収集し、科学的根拠に基づく戦略や政策を策定すること。
3. 専門人材の育成
耳と聴覚ケア分野の人材育成のための適切な研修プログラムの導入。
4. ワクチン接種の普及
風疹、はしか、おたふく風邪、髄膜炎の予防接種率向上
5. 早期発見のための検査プログラム
慢性化膿性中耳炎や難聴のスクリーニングを特にリスクの高い集団で実施。
6. 補助聴覚技術へのアクセス改善
補聴器、人工内耳などの高品質で費用対効果の高い聴覚補助技術を公平かつ持続可能な方法で提供。
7. 騒音や薬物の管理
職場、娯楽施設、個人用オーディオ機器の騒音規制や、聴覚毒性薬物の管理を強化。
8. コミュニケーションの多様化

②2021：World Report on Hearing（WHO）[4]

WHOが公表した「世界聴覚報告書（World Report on Hearing）」では、2050年までに25億人以上が難聴を経験し、そのうち約7億人はリハビリが必要と予測。難聴の影響は健康だけでなく、社会的・経済的にも大きく、難聴の対応にかかる世界的な経済損失は年間約9800億米ドル、早期対策への投資は高い利益を生む（1ドルの投資で16ドルのリターン）とし、予防の重要性を示した。ワクチン接種、騒音対策、安全なリスニング習慣によるリスクの軽減に加え、新生児や成人向けの聴覚スクリーニングの導入が推奨されている。国の医療システムに聴覚ケアを組み込むことで包括的な健康対策が可能とする持続可能な医療制度を求め、聴覚障害の予防、診断、治療を強化することですべての人が健康で質の高い生活を送ることを目指すよう、各国の政策立案

者に対し、科学的根拠に基づいた対策を講じるよう促している。

③2022：Policy Brief: Integrated People-Centered Approach and WHO Ear and Hearing Care (EHC) Tools (2022- 2023)[8]

2016 年の世界保健総会において「Integrated people-centered care：統合的な人中心医療サービスの枠組み」が採択され[9]、各国がこのアプローチを導入することが推奨された。これを受けて、聴覚ケア分野でも同様の戦略が必要とされ、EHC ツールの開発が進められた。各国の医療システムに聴覚ケアを統合するための具体的な指針やツールを提供している。

1. 聴覚ケアの評価ツール

各国の医療システムにおける聴覚ケアの現状を評価し、改善点を特定するための指標やデータ収集方法。

2. 診断・スクリーニングツール

新生児、子ども、高齢者、職業的リスクのある人々向けの聴覚検査プログラムの設計と実施方法。

3. 補助技術の導入ガイド

補聴器、人工内耳、その他の聴覚補助技術の普及を促進するための政策指針。

4. 騒音管理と予防ツール

職場、娯楽施設、個人用オーディオ機器の騒音規制に関するガイドライン。

5. 医療従事者向けトレーニングプログラム

聴覚ケアの専門家を育成するための研修プログラムや教育資料。

6. コミュニケーション支援ツール

手話、字幕、その他補助的コミュニケーション手段の普及を促進するための指針。

(2) 視覚機能と健康について[5]

視覚機能障害について WHO では、1998 年 (WHA51.11) に失明を引き起こすトラコーマの世界的な撲滅を目的とした決議が採択され、2003 年 (WHA56.26) には「視覚障害の予防と治療」に関する決議が採択され、各国に対し、眼科ケアの統合とアクセス向上を求めた。2013 年には「ユニバーサル・アイ・ヘルス」の推進を決議し、持続可能な開発目標 (SDGs) と連携した視覚障害の予防と治療を強化することを示した。その後 2020 年 (WHA73.4) には「統合的な人中心の眼科ケア (IPEC: Integrated People-Centered Eye Care)」が採択され、2021 年 (WHA74) には、2030 年までに達成すべき眼科ケアのグローバル目標が定められた。本稿では 2020 年からの動向を整理した。

①2020：第 73 回国際保健総会決議：「統合的な人中心の眼科ケア (IPEC: Integrated People-Centered Eye Care)」[3]

WHA はこれまでも視覚障害の予防と治療に関する決議を採択しており (HA51.11 (1998), WHA56.26 (2003), WHA66.4 (2013)), これらの決議を踏まえ、より包括的な眼科ケアの枠組みが必要とされた。当該決議においては、世界で約 22 億人が視覚障害を抱えており、そのうち 10 億人以上は予防可能または未対応の状態であり、白

内障による視力障害：9,400 万人，屈折異常：8,840 万人，加齢黄斑変性：800 万人，緑内障：770 万人，糖尿病性網膜症：390 万人と推計されている。特に，低・中所得国における眼科ケアへのアクセスが制限されている現状を示し，統合的な人中心の眼科ケア（IPEC: Integrated People-Centered Eye Care）の推進を目的として採択された。UHC の枠組みにおい，眼科ケアを統合し，予防，診断，治療，リハビリを包括的に提供することで強化すること，また，持続可能な医療システムの構築として，費用対効果の高い介入（予防，治療，リハビリ）を推進し，医療負担を軽減し，地域社会との連携を強化することを示した。

○2020 年時点の世界の視覚障害の推定値

- 失明：4,330 万人（うち 55%が女性）
- 中等度～重度の視力障害：2 億 9,500 万人（うち 55%が女性）
- 軽度の視力障害：2 億 5,800 万人（うち 55%が女性）
- 未矯正の老眼による視覚障害：5 億 1,000 万人（うち 55%が女性）

○1990 年～2020 年の変化

- 50 歳以上の成人における年齢標準化された失明率は 28.5%減少
- 軽度の視力障害はわずかに減少（0.3%）
- 中等度～重度の視力障害はわずかに増加（2.5%）
- 失明者数は 50.6%増加，中等度～重度の視力障害者数は 91.7%増加

○2050 年の予測

- 失明者数：6,100 万人
- 中等度～重度の視力障害者数：4 億 7,400 万人
- 軽度の視力障害者数：3 億 6,000 万人
- 未矯正の老眼による視覚障害者数：8 億 6,600 万人

② 2021 年：第 74 回世界保健総会（WHA74）グローバル眼科ケア目標[10]

当該決議では，2030 年までに達成すべき眼科ケアのグローバル目標が定められた。世界で約 8 億人が屈折異常による視力障害を抱えており適切な眼鏡で改善可能であること，約 1 億人が白内障による中等度～重度の視力障害または失明を経験しており，手術で回復可能であることを踏まえ，これらの介入は費用対効果が高く実施可能な公衆衛生対策であることから，屈折異常と白内障手術の有効なカバレッジ向上に重点が置かれた。具体的な指標は以下の通り。

1. 屈折異常の有効なカバレッジを 40%増加
 - ・近視，遠視，老視などの視力障害を適切な眼鏡や治療で改善することを目指す
 - ・すべての年齢層で公平なアクセスを確保。
2. 白内障手術の有効なカバレッジを 30%増加
 - ・白内障による視力障害を手術で治療し，視力回復を促進。
 - ・特に低・中所得国での手術アクセス向上を目指す。

一方、実施に向けた課題として医療サービスの公平な提供、質の高いサービスの確保が挙げられ、国際的な協力による革新的な眼科ケアを求めた。

（３）視聴覚を含む感覚機能と健康に係る UHC への統合

2025 年には各分野が既存の保健システムへの統合を目指して、視覚及び聴覚を含めた感覚機能と健康という整理に発展しており、2025 年の WHO 執行理事会での「視覚障害や聴覚障害の予防と統合的なケア」の承認を受け、WHO 西太平洋地域においては、感覚機能と健康に関する専門家会合が開催され、統合ケアについて域内の行動計画の策定が行われた。

① 2025：第 156 回 WHO 執行理事会「視覚障害や聴覚障害の予防と統合的なケア」[7]

は約 22 億人、約 15 億人に達し、人口増加や高齢化により今後さらに視覚障害者、聴覚障害者の増加が予測されており、加えてデジタル機器の長時間使用、騒音暴露、屋外活動の減少などが新たなリスク要因として指摘されている。視覚・聴覚障害の未対応率が高い地域では、適切な医療サービスや補助技術へのアクセスが制限されており、UHC の枠組み内で、より公平な医療提供を推進する必要があることが示された。特に、ワクチン接種（ビタミン A 補給、風疹・麻疹予防）や眼鏡や補聴器の提供、騒音対策、耳毒性物質の管理などの公衆衛生介入による視覚・聴覚障害の一次予防及び、早期診断と介入を強化し視覚・聴覚障害の進行を予防すること、補助技術（人工内耳、視覚補助デバイス）の普及を促進し生活の質を向上させる等、統合的なケアの推進が求めている。

② 2025: WHO 西太平洋地域における感覚機能と健康に関する専門家会合主な議論

感覚機能障害の世界的動向をレビューし、特に高齢者人口を擁する WPRO 地域における現状を確認し、課題の優先度を上げる必要について確認された。

感覚器障害において既に指標が提示されている視聴覚障害について焦点を当てて、以下の課題について指摘があった

- ・ 専門分野医療ケアの量と質の不足
- ・ 治療やケア（リハビリを含む）を提供する人材不足
- ・ 高齢化の進展及び NCDs の増加によるケア対象者の増加
- ・ 国レベルでの担当部局が不明確

感覚機能と健康の統合に関する課題については以下が提言された

- ・ 早期発見・コスト削減・資源効率化の観点から、視覚・聴覚ケアの統合を推奨
- ・ 政策立案、資源動員、コミュニティ参画の強化の必要
- ・ 費用対効果を分析し、最適な統合戦略を確立する必要

また、地域行動計画の構築については、以下の点を強調し、これらの内容は地域及び各国において進めるべき行動計画に含められるべき事項として示された。

- ・ 感覚機能と健康を NCD の枠組みに組み込むことが重要
- ・ 医療従事者の研修強化、既存プログラムとの統合を進める
- ・ 国ごとの医療システムに合わせた統合戦略を策定し、効率的な実施を目指す

今後の推進策として以下が議論された。

- ・持続可能な感覚機能の健康に関する統合モデルの確立（視力・聴力スクリーニングの強化）
- ・人材育成と政策統合の強化（医学教育・NCD 戦略への組み込み）
- ・技術とイノベーションの活用（AI やデータ分析による感覚機能の健康管理）
- ・官民連携を活用した補助技術提供（補聴器・視覚補助デバイスの普及）

さらに、感覚機能と健康に関する 2030 年までに達成する指標として、既存の指標を継続してモニタリングすることが確認され、指標に関する新たな議論はなかった。

- ・有効な白内障手術の実施率を 30%増加
- ・有効な屈折異常の治療カバレッジを 40%増加
- ・新生児の聴覚スクリーニングの有効な実施率を 20%増加
- ・学齢期の慢性耳疾患の有病率および未対応の難聴を 20%削減
- ・有効な成人の聴覚補助技術のカバレッジを 20%増加

D. 考察

世界における視聴覚を含む感覚機能の健康については、各分野の専門的知見からの取組みが行われてきたが、2025 年になり統合ケアの推進の動きが加速化している。高齢化や生活習慣病の増加等人口動態の変化が疾病構造の変化は、中・低所得国においても進展しており、本分野における障害による社会的損失の大きさと、低コストで障害の発生リスク及び重症化の予防が可能であることが示されてきている。視聴覚を含む感覚機能と健康について UHC の枠組みに統合するためには、①プライマリーヘルスケア（PHC）の強化、②財政的保護とアクセスの向上、③統合的な政策とガバナンス、④技術とイノベーションの活用、⑤コミュニティと教育の強化に整理できる。眼科や耳鼻科の専門医が不在のため手術等の治療を受けることが困難な地域にあっては、PHC や NCDs 等の既存の保健システムへの統合が必要である[11-13]。

一方、現在 WHO が示している視聴覚を含む感覚機能と健康の指標については、治療が実施困難な国と地域においてはモニタリングも困難となっている現状がある。医療のサービスカバレッジや疾病の有病率に加えて、予防に関するプロセスが評価できる指標が必要ではないか。聴覚についてはスクリーニングの実施率が含まれているが、スクリーニングの実施のためには、多くのプロセスがあり、そのプロセスをモニタリングすることで体制整備にもつながる。例えば、視覚・聴覚スクリーニングの標準化、地域医療との連携、医療従事者の研修、補助技術の普及、視覚・聴覚健康に関する啓発といったプロセスが評価できる指標があれば、高額な治療を提供する体制が整備されていない地域における取組の進捗の把握は可能となる。

E. 結論

WHO 資料を中心に、2017 年以降の国際保健総会の決議や技術的ガイドライン、および、WHO 西太平洋事務局における議論等における、視聴覚を含む感覚機能と健康に関する動向を分析したところ、各分野での議論のみならず、各機能を統合し、さらに UHC の枠組みで推進されるよう段階的に発展していることが確認できた。指標も

明示されたことで統一的なデータ収集が可能となったが、ケアサービスの提供には地域格差が大きく、国の政策として実施されていない国においてはデータそのものが存在しない。各文書で示された、対応策が UHC の枠組みの中で推進されるためには、予防・早期発見・治療・リハビリテーションが既存の保健システムに統合される施策の実施が必要であり、政府は専門家集団のみならず PHC を実践する NGO や民間組織とも連携する等の工夫が必要である。地域特性も踏まえ、ケアアクセスのプロセスを評価できる指標の検討も必要である。

今年度は、公表されている国際機関の文書を中心にレビューし、視聴覚を含む感覚機能と健康に関する国際的動向についてまとめた。2025 年に統合ケアの方針が打ち出されたことから、引き続き議論は活発化することが想定される。当該分野は新たな保健関連サービスの分野の一つとして、引き続き国際的動向のモニタリングを行う。

F. 引用文献

- [1] GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators on behalf of the Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study, Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: an analysis for the Global Burden of Disease, *Lancet Glob Health* 2021; 9: e130–43
- [2] WHO. WHA Resolution 70.13. Prevention Hearing Loss. 2017.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R13-en.pdf?ua=1
- [3] WHO. WHA Resolution 73.4. Integrated people-centred eye care, including preventable vision impairment and blindness. 2020.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R4-en.pdf
- [4] WHO. World report on hearing. 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020481>
- [5] WHO. World report on vision. 2019.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328717/9789241516570-eng.pdf?sequence=18>
- [6] United Nations. General Assembly. Resolution. 75/310. Vision for Everyone. 2021.
<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n21/204/98/pdf/n2120498.pdf?OpenElement>
- [7] WHO. EB156/CONF./7. Primary prevention and integrated care for sensory impairments including vision impairment and hearing loss, across the life course. 2025.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_CONF7-en.pdf
- [8] WHO. Policy Brief: Integrated People-Centered Approach and WHO Ear and Hearing Care Tools 2022- 2023, 2022
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240021594>
- [9] WHO. Framework on integrated, people-centred health services. 2016.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1
- [10] WHO. WHA74.5, Global Eye Care Targets. 2021
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha74/a74_r5-en.pdf

[11] WHO. Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global monitoring report.
https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379?utm_source=chatgpt.com

[12] United Nations. General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2019 -74/2. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. 2019.

[13] United Nations. General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 5 October 2023 -78/4. Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage.2023

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

(別添4)

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)
「ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資する研究」

令和6年度 分担研究報告書
分担課題3：公的な保健医療保障制度に統合する政策決定の際に必要な価値基準の
分析

3-1. 保健医療分野での気候変動政策に関する研究

研究分担者

佐々木由理（国立保健医療科学院 公衆衛生政策研究部 主任研究官）
坂元晴香（聖路加国際大学 公衆衛生大学院 非常勤講師）

研究要旨

【目的】

本研究の目的は、保健医療分野、特に日本の病院における気候変動政策の具体的な取り組みを調査し、気候変動が健康に及ぼす影響に対応するため、病院がどのような政策を採用しているのかを明らかにすることである。

【方法】

気候変動に対応するための病院での主な取り組みについて、文献調査と実際の事例を収集した。

【結果】

病院の気候変動政策には、エネルギー効率の向上、再生可能エネルギーの導入、環境に配慮した建物設計、廃棄物管理、健康リスクへの対応、スタッフ教育、政策整備、地域社会との協力があつた。また、災害時の柔軟な対応計画や病院運営の継続性が強化されつつあつた。

【結論】

病院における気候変動への対応は、温暖化に対する適応と緩和の両方を含む総合的な取り組みであり、エネルギー効率の向上や環境に配慮した運営、職員教育、地域社会との協力がその成否を左右する。病院は気候変動の影響を軽減し、持続可能な医療を提供するために、これらの政策を積極的に実施する必要がある。

A. 研究目的

気候変動は、急速に進行している地球規模の問題であり、その健康への影響は既に現れ始めている。特に、気温の上昇や異常気象、感染症の拡大など、病院における健康管理に重大な影響を与えている。病院はエネルギー消費が多く、温室効果ガスの排出源でもあり、その対応策は持続可能な医療を提供する上で極めて重要である。本研究は、日本の病院における気候変動政策の具体的な取り組みを調査し、気候変動が健康に及ぼす影響に対応するため、病院がどのような政策を採用しているのかを明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

既存の提言書を基に気候変動への対応策として病院が採用している具体的な政策と実施例を収集するため、文献調査を行った。

既存の提言書としては、日本医療政策機構プラネタリーヘルスプロジェクトによって公表された「保健医療分野における気候変動国家戦略～気候変動に強く、脱炭素へ転換する保健医療システムの構築に向けた提言書～」[1]に基づく。この提言書は、日本の保健医療システムが気候変動に対して強靱さを高め、脱炭素に転換し、持続可能性を高めるための具体的な施策を示している。

（倫理面の配慮）

公表されている既存の文献に沿った研究であるため、倫理的配慮を要しないが、個人や団体の特性を表現する場合には十分な配慮を行った。

C. 研究結果

病院における気候変動への対応策には、いくつかの主要な領域があり、以下の取り組みが特に重要であると確認された：

① エネルギー効率の向上と再生可能エネルギーの導入

病院のエネルギー消費削減が進められ、LED 照明や効率的な空調システムの導入、太陽光パネルや風力発電などの再生可能エネルギーの利用が拡大している。また、エネルギー管理システムの導入により、エネルギー消費のモニタリングと最適化が行われ、CO₂排出量の削減と運営コストの削減に寄与している。

② 環境に配慮した建物設計

新築病院やリノベーションでは、高効率の断熱材や窓を使用し、冷暖房にかかるエネルギーを削減。グリーンビルディング基準（LEED 認証や BREEAM など）を採用し、エネルギー消費削減と地域環境保護が促進されている。

③ 廃棄物管理とリサイクルの推進

医療廃棄物や一般廃棄物を減少させるため、使い捨てプラスチックの削減や再利用可能な器具の導入が進められている。また、リサイクルの強化や医療廃棄物の適切な

処理方法が導入され、環境負荷の削減に貢献している。

④ 健康リスクへの対応

熱波や感染症拡大など、気候変動による健康リスクに対して、病院では冷房設備の強化や感染症対策の強化が行われている。災害時の対応計画や業務継続計画（BCP）の整備も進んでおり、気候変動による災害への柔軟な対応が可能となっている。

⑤ 病院内の教育と訓練

医療従事者に対して、気候変動の健康への影響やその適応策に関する教育が進められており、災害時や異常気象時の迅速な対応力を養う訓練も実施されている。

⑥ 政策とガイドラインの整備

世界保健機関（WHO）や各国の保健当局が提供する気候変動関連のガイドラインに基づき、病院では政策の策定が進められている。これにより、気候変動への対応において一定の指針が提供されており、病院はこれに従って適切な対応策を採用している。

⑦ 地域社会との協力

病院は地域社会との協力を強化し、地域の災害対応計画に参加するほか、地域住民への気候変動対策の啓発活動を行っている。このような地域連携により、地域全体での気候変動リスクへの対応が強化される。

D. 考察

本研究では、病院における気候変動政策の主な取り組みを検討し、その実施例と成果を明らかにした。気候変動がもたらす健康リスクへの対応は、病院が単に環境への配慮を示すだけでなく、患者と地域社会の健康を守るために不可欠な役割を果たすことを示している。本考察では、病院での気候変動政策の意義、課題、さらなる改善点について深掘りし、今後の展開を予測する。

1. 気候変動への対応は病院の社会的責任である

病院は単に医療サービスを提供する施設ではなく、地域社会全体の健康を支える重要な役割を担っている。そのため、病院が気候変動に積極的に対応することは社会的責任の一環として位置付けられる。気候変動がもたらす健康リスク（熱波、感染症の拡大、災害時の医療提供困難など）への対応は、患者の健康を守るだけでなく、地域住民の安全と福祉を保障するためにも極めて重要である。特に、熱波や極端な気象の影響を受けやすい高齢者や慢性疾患を抱える患者に対して、病院の気候変動政策は命を守る手段となりうる。

2. エネルギー効率の向上と再生可能エネルギーの導入

病院は大規模な施設であり、エネルギー消費が非常に高いことが多い。このため、エネルギー効率の向上と再生可能エネルギーの導入は、気候変動対策において最も重要

な取り組みの一つである。LED 照明や高効率の空調システムを導入することで、エネルギー消費を削減し、病院の運営コストの削減にもつながる。しかし、再生可能エネルギーの導入には初期投資が大きく、太陽光パネルや風力発電などの設備導入に対するコスト面での課題も残る。このため、病院は地方自治体や政府からの支援策や補助金を活用することで、導入のハードルを下げる必要がある。

また、エネルギー効率の向上と再生可能エネルギーの利用は、病院の温室効果ガス（GHG）排出量の削減に貢献するだけでなく、長期的な運営の持続可能性を支える重要な要素となる。エネルギー効率を改善することによって、病院は持続可能な医療の提供を実現し、気候変動の緩和にも寄与できる。

3. 環境に配慮した建物設計とリノベーション

環境に配慮した建物設計の重要性は、病院の運営においても非常に高い。特に、冷暖房にかかるエネルギーの削減が可能となり、エネルギー消費の効率化が進む。高効率の断熱材や窓の使用は、冷暖房コストを大幅に削減し、室内環境を快適に保つことができる。また、グリーンビルディング基準（LEED 認証、BREEAM など）の採用は、病院が環境に優しい運営をしていることを示すシンボルとなり、患者や地域住民からの信頼を得る要素にもなる。

一方で、新しい病院の建設や既存病院のリノベーションには多大なコストがかかり、予算制約が影響を与える可能性がある。特に、古い施設では大規模な改修が必要になる場合があり、そのための資金調達が課題となる。しかし、長期的な視点で見ると、エネルギー消費の削減や運営コストの削減に繋がるため、環境に配慮した設計は費用対効果が高いと考えられる。

4. 廃棄物管理とリサイクル

病院は医療廃棄物や一般廃棄物を大量に排出しており、これが気候変動に及ぼす影響も無視できない。医療廃棄物の適切な処理は、温室効果ガスの排出削減に寄与するだけでなく、地域環境への負荷を軽減するためにも重要である。使い捨てプラスチック製品の削減や再利用可能な器具の導入は、廃棄物削減に大きな役割を果たす。病院が廃棄物管理において効果的な取り組みを進めることで、環境への影響を最小限に抑えることができる。

しかし、医療廃棄物には特別な取り扱いが求められるため、リサイクル活動には制約がある場合が多い。医療廃棄物が環境に与えるリスクを最小限にするためには、安全で環境に優しい方法での処理が求められる。病院は、廃棄物管理における最新技術を導入し、効率的かつ環境負荷を抑えた方法を追求すべきである。

5. 健康リスクへの対応

気候変動による健康リスクは多岐にわたり、特に熱波や感染症の拡大は病院の負担を大きくする。病院は、これらのリスクに対応するための計画と設備を整備することが

求められる。例えば、熱中症予防のための冷房設備の強化や患者のモニタリング体制を確立することで、リスクを軽減できる。感染症の拡大に対しても、診断・治療体制を強化することが不可欠である。

災害時の対応計画（BCP）の整備は、病院の運営における重要な要素であり、気候変動により発生する自然災害（洪水、嵐など）に対する柔軟な対応能力を高めるためにも必要不可欠である。これにより、病院が災害時に患者を安全に保護し、医療サービスを提供し続けることが可能となる。

6. 地域社会との協力と啓発活動

地域社会との協力は、病院の気候変動政策において重要な要素である。病院は地域の健康の中心として、災害時の対応や予防活動においてリーダーシップを発揮すべきである。地域住民への気候変動リスクに関する啓発活動を通じて、地域全体での気候変動対策を進めることが求められる。また、地域住民との連携により、病院は地域の健康危機に迅速に対応することができる。

E. 結論

病院における気候変動政策は、温暖化への適応と緩和の両面を含む包括的な取り組みを必要とする。エネルギー効率の向上、環境に配慮した施設運営、廃棄物管理、災害対応、職員教育、地域社会との協力がその成否を決定づける要素であり、これらを実施することで病院は気候変動の影響を軽減し、持続可能な医療の提供に貢献できる。病院は今後もこれらの政策を積極的に採用し、気候変動への対応においてリーダーシップを発揮すべきである。

F. 引用文献

- [1] 特定非営利法人 日本医療政策機構/Health and Global Policy Institute
"保健医療分野における気候変動国家戦略-気候変動に強く、脱炭素へ転換する保健医療システムの構築に向けた提言書-", 2024.
- [2] Health Care Without Harm (HCWH) "Climate Smart Health Care," 2020.
- [3] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)
"Health and Climate Change: A Case for Action," 2020.

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

(別添 4)

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)
「ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資する研究」

令和 6 年度 分担研究報告書
分担課題 3 : 公的な保健医療保障制度に統合する政策決定の際に必要な価値基準の
分析

3-2. 保健医療分野での医療技術評価に関する調査研究

研究協力者

此村恵子 (国立保健医療科学院 保健医療経済評価研究センター 主任研究官)

研究分担者

坂元晴香 (聖路加国際大学 公衆衛生大学院 非常勤講師)

研究要旨

【目的】

本研究の目的は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを公的な医療保障制度に統合する政策決定の際に重要な価値基準の一つである医療技術評価 (HTA) について、HTA を積極的に推進している英国の動向や政策決定への応用状況などについて報告を行うことである。

【方法】

英国の HTA に関する主な取り組みについて文献調査を行った。

【結果】

英国の医療保障制度である National Health Service で利用する医療技術について、National Institute for Health and Care Excellence を中心に経済評価が実施されていた。Cancer drugs fund や Innovative medicines fund などの医薬品へのアクセスを確保することを目的とした、制度を補完するシステムも整備されていた。

【結論】

英国は世界でも HTA の政策利用の歴史が長く、近年ますます HTA を実施する体制を整えている。英国では HTA を医療政策に取り入れることにより、厳格な予算制約のある中でも保健サービスの効率的な意思決定ができるような取り組みが行われていた。

A. 研究目的

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)は、すべての人が、必要な時に、必要な場所で、経済的な困難に直面することなく、必要な質の高い保健サービスを幅広く受けられることを意味している[1]。これには疾患の治療だけでなく、予防、リハビリテーション、緩和ケア等の生涯にわたる基本的な保健サービスが含まれる。UHC達成の水準として取り扱う保健サービスの種類を増やすほど、より幅広く質の高い保健サービスを人々が受けられることを目標とすることとなる。一方で、保健サービスの種類を増やすことは、サービス提供に関わる予算が必要になるということである。したがって、必要な予算が増えるほど予算制約も大きくなり、いずれの保健サービスを提供するか意思決定することが重要となる。これに対応する一つの考え方として医療技術評価 (HTA)がある。HTA は、保健サービスに関わる医療技術（医薬品・医療材料および検査・診断・治療等に関わる医療従事者が行う技術等）を学際的な手法で評価し、患者とその家族・医療システムの関係者・そして社会にもたらす価値に関するエビデンスを提供する。

UHC を公的な医療保障制度に統合する政策決定の際に重要な価値基準の一つである HTA について、HTA を積極的に推進している英国の動向や政策決定への応用状況などについて報告を行う。

B. 研究方法

英国の政府ホームページおよび既存文献を調査した。

(倫理面の配慮)

該当なし

C. 研究結果

英国の医療保障制度は National Health Service (NHS)であり、NHS 法に基づいて 1948 年より実施されている。NHS には次に述べる 7 つの基本原則が掲げられており、サービス提供に対する考え方が明文化されている[2]。

- ① NHS はすべての人に利用可能な包括的なサービスを提供する。
- ② NHS サービスへのアクセスは、個人の支払い能力ではなく、臨床上の必要性に基づく。
- ③ NHS は最高水準の卓越性とプロフェッショナリズムを目指す。
- ④ NHS のあらゆる活動の中心は患者である。
- ⑤ NHS は組織の垣根を越えて活動する。
- ⑥ NHS は納税者に対して最高の価値を提供することに尽力する。
- ⑦ NHS は国民、地域社会、そしてサービスを提供する患者に対して説明責任を負う。

NHS の基本原則には医療経済評価に関連した記述もある。基本原則⑥の詳細には「NHS は限りある資源を最も効果的に、公平に、持続可能な形で利用することを使命としている。ヘルスケアのための公的資金は、NHS が奉仕する人々の利益のみに充てられる。」と記載されている。英国のこの考え方は、医療資源が限られるという条件下では、すべての人の医療ニーズを満たすことは困難であるという考えが根本にある。すなわち、誰かの医療ニーズを満たすことは、別の誰かの医療ニーズを満たすことができなくなるということであるため、資源を適切に分配する方法について厳しく判断することが重要と考えられている。NHS に対する予算額の決定が、国民が受けられる医療サービスの質や量を決定づける要因になってしまうという背景から、透明性や合理性を有する手法である HTA を用いて医療技術の評価が実施されている。

NHS は英国の 4 地域（イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランド）それぞれ独立して運営されている。NHS の財源は税金が約 8 割であり、残りが社会保険料で賄われている。保健サービスの資金調達や提供はそれぞれの NHS により決定されている。2022 年～2023 年の一人あたり実質医療費はイングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドでそれぞれ、£ 3,290, £ 3,583, £ 3,328, £ 3,474 であり、各地域の医療ニーズや医療提供コストが異なることによってばらつきがみられている[3]。基本的には自己負担なく医療を受けることが可能であるが、イングランド地域においては自己負担が一部存在するようであり、一部の例外を除き、外来処方箋中の薬剤 1 種類あたり £ 9.9 の支払いが発生する[4]。NHS がカバーしているサービスは、一般開業医、病院、薬局、歯科、救急医療、ワクチン接種、sexual health service 等である。患者はまず一次医療として General practitioners (GP) に受診し、医療を受けることとなっている。GP により紹介を受けた場合に二次医療以降の専門性の高い医療にアクセスが可能となる。ただし、救急医療に関してはこの限りではない。

NHS 内で使用される医療技術には HTA が実施される。実施主体は National Institute for Health and Care Excellence (NICE) であり、この組織を主体に医療技術の評価 (assessment) を行い、結果を判断 (appraisal) し、推奨 (recommendation) を出すことで、NHS 内で償還する技術の可否判断を行っている。NICE により推奨されたものは NHS 内で使用が可能となるが、昨今は高額な医薬品などが費用対効果に優れず推奨されない場合がある。これは医薬品へのアクセスへの障壁となる場合があり課題とされてきていた。このような場合には条件付き推奨という形にし、Cancer drugs fund (CDF) という別予算より使用を認めるという形をとっている。CDF は 2016 年から開始したがん治療薬のための予算であり、NHS England では年間 £ 3 億 4,000 万が割り当てられている[5]。CDF は 2 年間の条件付きで医薬品へのアクセスが可能になるもので、医薬品が臨床試験において有望な結果を示しているが、現時点では推奨するには十分な証拠がない場合に使用が認められる。また、「推奨」と判断された医薬品が NHS 内で使用可能になるまでの期間 (90 日間) に、この品目を CDF 内で使用可能にすることで、医薬品アクセスまでのタイムラグを解消するとい

う役割もある。製造販売業者は継続的なデータ収集を求められ、CDF で最長 2 年の期間を経た後、NICE は医薬品を再評価し、推奨するかどうかについて最終決定を下すこととなっている。近年は、Innovative medicines fund という、CDF の非がん治療版ともいえる、がん治療薬以外の革新的な医薬品への迅速なアクセスを目的とした予算も組まれている。こちらも CDF と同様 3 億 4,000 万ポンドの予算が割り当てられている。

スクリーニングに関する HTA においては、UK National Screening Committee (UK NSC) という組織が重要な役割を担っている[6]。1996 年に設置されたこの諮問委員会では、スクリーニングに関する候補技術について科学的な観点から評価を行い、英国のスクリーニングプログラムに含めるべきか否かの勧告が行われている。Screening Evidence Synthesis Groups という大学を拠点とした専門組織によって、エビデンスに基づく厳格なレビューが行われる。既存エビデンスのレビューから、スクリーニングによる疾患発見、早期発見による治療効果、死亡率の低下などの臨床的なメリットだけでなく、スクリーニングの導入に伴う過剰診断や過剰治療などのデメリットを特定し、デメリットがメリットを上回るかが検討される。これに加え、スクリーニングの医療経済評価が実施され、費用対効果に優れていると判断された場合にのみ「推奨」と判断される。

D. 考察

本調査では、英国の医療保障制度および HTA の応用に関する状況について報告した。英国は世界でも HTA の政策利用の歴史が長く、近年ますます HTA を実施する体制を整えている。予算制約がある中で、エビデンスに基づく意思決定について透明性をもって行うことができることから、UHC の文脈で HTA を考える上で大いに参考にするところがあると考えられる。

E. 結論

英国では HTA を医療政策に取り入れることにより、厳格な予算制約のある中でも保健サービスの効率的な意思決定ができるような取り組みが行われていた。

F. 引用文献

- [1] World Health Organization. “Universal health coverage (UHC)”. World Health Organization. 2025. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)), (参照 2025/04/10) .
- [2] Department of Health & Social Care. “Guidance The NHS Constitution for England”. GOV.UK. 2023. <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>, (参照 2025/04/10) .
- [3] George Stoye, Max Warner, and Ben Zaranko. “The past and future of UK health spending”. The Institute for Fiscal Studies. 2024. <https://ifs.org.uk/publications/past->

and-future-uk-health-spending, (参照 2025/04/10) .

[4] NHS. “NHS prescription charges”. NHS. 2023. <https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions/nhs-prescription-charges/>, (参照 2025/04/10) .

[5] NHS England. “Cancer Drugs Fund activity update Q4 2023-24”. NHS England. 2024. <https://www.england.nhs.uk/long-read/cancer-drugs-fund-activity-update-q4-2023-24/>, (参照 2025/04/10) .

[6] UK National Screening Committee. “New NIHR evidence synthesis groups give major boost to the UK NSC”. GOV.UK. 2025. <https://www.gov.uk/government/organisations/uk-national-screening-committee> (参照 2025/04/10) .

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

(別添 5)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
刊行物なし							

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
刊行物なし					

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6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 ポストSDGsを見据えた新たなUHC指標開発に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 公衆衛生政策研究部・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）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☐ 無 ☒ （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。

2025 年 3 月 7 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 北海道医療大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 三国 久美

次の職員の令和6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 ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 歯学部 教授

(氏名・フリガナ) 三浦 宏子 (ミウラ ヒロコ)

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)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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
~~（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 聖路加国際大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 堀内 成子

次の職員の令和6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 ポストSDGsを見据えた新たなUHC指標開発に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 専門職大学院公衆衛生学研究科 非常勤講師
(氏名・フリガナ) 坂元晴香 (サカモトハルカ)

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)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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
~~（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 長崎大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 永安 武

次の職員の令和6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 ポストSDGsを見据えた新たなUHC指標開発に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 熱帯医学・グローバルヘルス研究科・客員研究員
（氏名・フリガナ） 野村 真利香・ノムラ マリカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☐ 無 ☒ （無の場合はその理由：利益相反が生じないため。 ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （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7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 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6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 ポストSDGsを見据えた新たなUHC指標開発に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 公衆衛生政策研究部・主任研究官
（氏名・フリガナ） 佐々木 由理・ササキ ユリ

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）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☐ 無 ☒ （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
~~（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6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 ポストSDGsを見据えた新たなUHC指標開発に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医療・福祉サービス研究部・主任研究官
（氏名・フリガナ） 中西 康裕・ナカニシ ヤスヒロ

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）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☐ 無 ☒ （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
~~（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6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 ポストSDGsを見据えた新たなUHC指標開発に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 公衆衛生政策研究部・部長
（氏名・フリガナ） 渡 三佳・ワタリ ミカ

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）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☐ 無 ☒ （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
~~（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6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 ポストSDGsを見据えた新たなUHC指標開発に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 統括研究官
（氏名・フリガナ） 五十嵐 久美子・イガラシ クミコ

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）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☐ 無 ☒ （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。