

(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7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8（2026）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. UHC指標改訂に関わる国際的な議論および国別UHC指標の必要性	7
大澤絵里, 渡三佳, 五十嵐久美子, 清野薫子, 古元重和	
1-2. UHCサービスカバレッジインデックスの所得水準別・地域別格差の定量化及び人間開発指数との関連分析	20
中西康裕, 早坂章, 野村真利香, 大澤絵里	

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－WHO 等の二次データを用いた関連分析と z スコアによる可視化－	32
三浦宏子, 村田幸枝, 山口佳小里	

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	40
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	50
此村恵子, 坂元晴香	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

	58
--	----

(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7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 上席主任研究官)

研究要旨

【目的】今年度は、ポスト SDGs において、UHC をどのような方向性および指標を用いてモニタリングする必要があるのか、具体的に把握するために、1 年目で明らかになった課題点や新たな指標候補について、研究対象国の状況やモニタリングの実施可能性について、明らかにすることとした。

【方法】令和7年度も3つの分担課題にわけ、5つの分担研究を実施した。

[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. UHC 指標改訂に関わる国際的な議論および国別 UHC 指標の必要性 (文献および政策資料レビュー、有識者ヒアリング、指標の開発の試み)

1-2. UHC サービスカバレッジインデックスの所得水準別・地域別格差の定量化及び人間開発指数との関連分析 (既存データの二次分析)

[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

2-1. 口腔保健指標と UHC 指標との統合に関する分析—WHO 等の二次データを用いた関連分析とエスコアによる可視化— (既存データの二次分析)

[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

3-1. 保健医療分野での気候変動政策に関する研究 (文献レビュー、有識者ヒアリング)

3-2. 保健医療分野での医療技術評価に関する調査研究 (文献および政府・関連組織のホームページのレビュー)

【結果】5つの分担研究の実施から、ポスト SDGs における UHC モニタリングでは、既存のグローバル指標は国際比較や進捗把握に有用である一方、各国の制度や政策に合わせた UHC のモニタリングは難しく、このため、共通指標を維持しつつ、各国の実情に応じた補完的な国別指標を組み合わせる視点が重要であることが示された。日本版 UHC 指標の検討でも、ライフコース、持続可能性、予防、セルフケア、包摂性といった新たな視点が抽出された。口腔保健や気候変動といった新たな健康課題においても UHC との関連が見いだされ、さらに、HTA に関する国際比較でも、公的医療保障の対象や優先順位を決定する政策的仕組みも重要であることが示された。

【結論】ポスト SDGs における UHC のモニタリングは、国際比較可能な共通指標の維持をしつつも、各国の政策課題を反映する補完的指標の導入や、新たな健康課題や制度的意思決定を含む UHC 概念の拡張によって、より多面的なモニタリングの必要があるだろう。

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 特任教授）
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 上席主任研究官）
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

令和6年度には、現行 SDGs の UHC 指標に関しても、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ることや、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性が見いだせた。

今年度は、ポスト SDGs において、UHC をどのような方向性および指標を用いてモニタリングする必要があるのか、具体的に把握するために、1 年目で明らかになった課題点や新たな指標候補について、研究対象国の状況やモニタリングの実施可能性について、明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

本研究では、1 年目から引き続き、3 つの分担課題にわけ、今年度は 5 つの分担課題研究を実施した。

[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. UHC 指標改訂に関わる国際的な議論および国別 UHC 指標の必要性

現行 UHC 指標の改訂の動向や現行の指標で不足する視点、また UHC モニタリングの新たな視点の検討をするために、本研究では、文献および政策資料レビュー、有識者ヒアリング、国別 UHC 指標の開発の 3 つの方法を組み合わせ、研究を実施した。

1-2. UHC サービスカバレッジインデックスの所得水準別・地域別格差の定量化及び人間開発指数との関連分析

2000 年から 2021 年までの UHC サービスカバレッジインデックス (SCI)、4 サブ指数、及び人間開発指数 (HDI) 等のオープンデータを用いて、所得水準別・地域別に SCI、4 サブ指数、及び HDI を定量化し、SCI と HDI との関連性を分析した。

[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

2-1. 口腔保健指標と UHC 指標との統合に関する分析－WHO 等の二次データを用いた関連分析と z スコアによる可視化－

2019 年の WHO Global Health Observatory に収載された口腔保健 13 指標と UHC SCI スコアの関連を分析した。また主要な口腔保健指標について、所得水準別に z スコアで可視化を試みた。

[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

3-1. 保健医療分野での気候変動政策に関する研究

現行 UHC 指標の構造からどのようなプラネタリーヘルスの視点が不足しているかなど、また指標の統合の方向性や課題を明らかにするために、文献レビューと有識者ヒアリングを組み合わせ、実施した。

3-2. 保健医療分野での医療技術評価に関する調査研究

UHC 持続性を考慮し、限られた財源でのサービス提供の意思決定を支援するしくみである Health Technology Assessment (HTA) を UHC の新たな視点にできるかを検討するために、アジアやオセアニア地域における HTA 導入国（オーストラリア、ニュージーランド、シンガポール、タイ、インドネシア、韓国）について既存文献および政府・関連組織のホームページの調査を行った。

（倫理面の配慮）

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。

C. 研究結果

[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. UHC 指標改訂に関わる国際的な議論および国別 UHC 指標の必要性

文献および政策資料レビューおよび有識者ヒアリングにより、190 以上の国で共通して活用可能な新規指標を追加したり、既存の UHC 指標を大幅に変更したりすることは現実的には容易ではない一方で、現在の UHC 指標が、各国の UHC 実現に向けた実情や政策優先課題を必ずしも十分に反映しているわけではないことも明らかとなった。また日本版の UHC 指標の開発では、健康日本 21（第 3 次）などの主要な保健政策をレビューし、議論を重ねた結果、①ライフコースアプローチ、②サステナブル（持続可能な）アプローチ、③プリベンティブ（予防）アプローチ、④セルフケアアプローチ、⑤インクルシブアプローチの 5 つの視点で、20 の指標の候補があがった。

1-2. UHC サービスカバレッジインデックスの所得水準別・地域別格差の定量化及び人間開発指数との関連分析

全体的に、HDI が高い国ほど SCI も高い傾向にあるが、関連の強さは 4 サブ指数の領域により異なる傾向が見られた。特に、NCD 分野の指標は、関連が弱かった。地域別の推移では、全体的に所得水準別の差よりは小さいものの、アフリカ地域では初期値が低かった感染症分野の大幅な向上が見られたが、サービスキャパシティのスコアは依然として低水準に留まっていた。

[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
2-1. 口腔保健指標と UHC 指標との統合に関する分析－WHO 等の二次データを用いた関連分析と z スコアによる可視化－

スピアマン順位相関係数では歯科医療費、人材配置、フッ化物配合歯磨剤の入手しやすさなど、多面的な口腔保健指標が UHC SCI スコアと有意な関連性を示した。一方、所得水準を調整した偏相関分析では、歯科医療費総額および口腔疾患による労働生産性損失のみが有意な関連性を示した。また、z スコアによる可視化により、同程度の UHC SCI スコアを示す国でも、歯科医療費総額および口腔疾患による労働生産性損失といった関連財政指標には相当の差があることが認められた。

[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

3-1. 保健医療分野での気候変動政策に関する研究

文献レビューでは、プラネタリーヘルスに関連し、Post-2030 の UHC 指標に統合しうる 5 領域として、気候変動の健康影響への対応能力、保健システムの環境フットプリント、気候レジリエンス、環境決定要因との統合、クロスカッティング指標があり、それらの指標を整理できた。有識者ヒアリングの結果、UHC 指標への統合の主要な障壁として、データ可用性（特に低中所得国）、セクター間のサイロ化、公平性の組み込み、政治的実現可能性があがった一方で、保健国家適応計画（Health NAP）の整備状況、気候関連健康早期警報システムのカバレッジ、保健セクターの GHG 排出量の 3 指標が最優先指標として示された。

3-2. 保健医療分野での医療技術評価に関する調査研究

6 か国の事例から、主要な結果として、タイでは HTA が Universal Coverage Scheme（UCS）における公的医療保障の対象サービスの決定に活用されており、ニュージーランドでは Te Pātaka Whaioranga（PHARMAC）という制度を通じて優先順位付けが行われていた。韓国では保険償還や価格決定に用いられ、シンガポールでは収載の判断・価格交渉等に利用されている。インドネシアでも Jaminan Kesehatan Nasional（JKN）と呼ばれる制度の持続性の観点から HTA 活用が進展している。すなわち、HTA 制度は各国で形態は異なるものの、医療制度における重要な政策判断に組み込まれていた。

D. 考察

本研究では、ポスト SDGs における UHC モニタリングの方向性と指標候補を具体化することを目的に、現行の UHC 指標の課題、新たな保健関連サービスの統合可能性、公的保健医療保障制度における政策決定の価値基準について多面的に検討した。その結果、ポスト SDGs の UHC モニタリングにおいては、従来の国際比較可能性を重視した共通指標のみでは不十分であり、各国の実情や政策優先課題を反映した、より柔軟かつ多層的なモニタリングフレームワークが必要であることが示唆された。

第一に、現行の UHC 指標については、グローバル比較や経年変化の把握に有用であり、SDGs 指標の制度設計上、既存枠組みの大幅な変更や新規指標の追加には現実的な制約があることが確認された。他方で、現在の UHC サービス・カバレッジ指標は、各国の人口構成、疾病構造、保健制度、政策優先課題を十分に反映しているとは

言い難い。日本版 UHC 指標の検討において、ライフコース、持続可能性、予防、セルフケア、包摂性といった現行指標では十分に捉えられていない視点が抽出されたことは、この課題を具体的に示している。ポスト SDGs では、国際比較のための共通指標を維持しつつ、各国が自国の課題に応じた補完的指標を設定する二層構造のモニタリングが現実的かつ有効な方向性と考えられる。

第二に、新たな保健関連サービスの UHC への統合可能性として、口腔保健や気候変動関連指標の検討は、UHC の概念拡張の必要性を示している。口腔保健では、UHC サービス・カバレッジと一定の関連が認められたものの、所得水準調整後には関連が限定的であり、単純に UHC 指標へ組み込むには慎重さが必要である。気候変動については、プラネタリーヘルスの観点から UHC と無関係ではなく、Health NAP、気候関連健康早期警報システム、保健セクターの GHG 排出量など、比較的具体的な候補指標が示された。ただし、データ可用性や政治的実現可能性といった課題も大きく、段階的な検討が現実的である。

第三に、UHC モニタリングは単にサービス・カバレッジを測定するだけでなく、公的保健医療保障制度における意思決定プロセスや制度的基盤をどのように評価するかという視点も重要である。HTA に関する各国の調査からは、各国の制度設計は異なるものの、限られた資源の中で給付範囲や価格設定を決定する仕組みとして HTA が政策判断に組み込まれていた。ポスト SDGs における UHC モニタリングにおいて、単なるアウトカムやサービス提供状況だけでなく、公平性・効率性・持続可能性を担保する政策ガバナンスの視点を含める必要性を示している。

さらに、HDI と UHC SCI との関連分析では、全体として社会経済発展と UHC 進捗の関連が確認された一方、NCD 領域では関連が弱く、地域ごとの進展パターンも異なっていた。これは、UHC の進捗が一律の発展モデルで説明できるものではなく、疾患構造や保健システムの成熟度に応じた異なる戦略が必要であることを示している。

E. 結論

今年度の 5 つの研究結果より、ポスト SDGs における UHC モニタリングでは、①国際比較可能な共通指標の維持、②各国の政策課題を反映する補完的指標の導入、③新たな健康課題や制度的意思決定を含む UHC 概念の拡張、④その実施を支えるデータ収集・分析能力の強化、という 4 つの方向性が重要であると考えられる。

F. 引用文献

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1) Eri Osawa. Let's talk about what will be required of public health nurses to achieve universal health coverage! 7th International GNPHN Conference; 2025.7.28-30; Calgary. Abstract book. p43.

- 2) 大澤絵里,五十嵐久美子.グローバルレベルにおける保健医療サービス・カバレッジ指標の今後の展望と課題. 第 84 回日本公衆衛生学会総会;2025.10.29-31;静岡県.同抄録集. p.261.
- 3) 大澤絵里,五十嵐久美子,野村真利香,中西康裕,渡三佳,古元重和.日本の社会背景を考慮した UHC サービスカバレッジインデックスの開発.第 40 回日本国際保健医療学会学術大会;2025.11.1-2;東京都.同抄録集.p.99.
- 4) 中西康裕, 早坂章, 野村真利香, 大澤絵里. 既存の UHC サービスカバレッジインデックスの傾向とその課題点の分析. 第 84 回日本公衆衛生学会総会; 2025.10.29-31; 静岡. 抄録集. p.262. (シンポジウム 70-2)
- 5) 中西康裕, 早坂章, 野村真利香, 大澤絵里. UHC サービスカバレッジインデックスと人的資本指数の関連性. 第 40 回日本国際保健医療学会学術大会; 2025.11.1-2; 東京. 抄録集. p.99. (O1-2)
- 6) 早坂章, 中西康裕, 野村真利香, 大澤絵里. 2000～2021 年における UHC サービスカバレッジインデックスと人間開発指数の関連性の所得グループ別分析. 第 40 回日本国際保健医療学会学術大会; 2025.11.1-2; 東京. 抄録集. p.100. (O1-4)
- 7) 大澤絵里, 中西康裕, 野村真利香, 早坂章. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (SDGs3.8.1) の指標の特徴とその傾向. 第 84 回日本公衆衛生学会総会; 2025.10.29-31; 静岡. 抄録集. p.663. (PA-22-01-5)
- 8) 三浦宏子. UHC 指標と口腔保健指標との統合に関する国際的動向. 第 84 回日本公衆衛生学会シンポジウム 70「グローバルレベルにおける保健医療サービス・カバレッジ指標の今後の展望と課題」, 2025 年 10 月 (静岡).

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7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. ポスト SDGs を見据えた UHC 指標改訂に関わる国際的な議論
および国別 UHC 指標の開発

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 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 統括研究官）
研究協力者 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）
古元重和（北海道大学 医学部 教授）

研究要旨

【目的】本研究は、有識者の知見や各国の UHC モニタリングの状況も踏まえながら、グローバルな UHC モニタリングの動向や課題を整理し、国別による UHC のモニタリングフレームワーク、指標を含め、ポスト SDGs を見据えた UHC のモニタリングおよび指標候補案の抽出を目的とした。

【方法】本研究では、3つの方法を組み合わせた混合手法を採用した。

①IAEG-SDG(Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators)に関連した指標およびフィリピンにおける UHC 関連の資料の文献レビュー：UHC モニタリングおよび指標のグローバルでの議論や国別での UHC モニタリングや指標の可能性について

②有識者ヒアリング：UHC モニタリングに関して現状での課題点や今後のモニタリングの考え方について

③国別 UHC 指標の開発：日本の社会的特性を考慮した UHC 指標の開発の試み

【結果】UHC 指標は、IAEG-SDGs にて詳細に設けられた基準により決定・改訂がされていた。その基準は、既存の指標を維持し、各国の統計システムに負担をかけないことが大前提であった。一方で、参考国のフィリピンでは、SDGs での UHC モニタリングとは別に、国における UHC 推進をモニタリングするモニタリングフレームワークと指標を国家保健計画の中で設定していた。フィリピンの例にも見られたが、今後必要な視点は、カバレッジ（アクセス）だけではなく、必要な人に、必要なタイミングで、質を担保したサービスを届けられているかの視点であることが示唆された。また、既存指標には含まれない日本特有の UHC 指標を含んだモニタリング枠組みの開発可能性も明らかになった。

【結論】ポスト SDGs の UHC モニタリングでは、既存のグローバル指標の大幅な変更は現実的ではない。一方で、各国の実情を十分に反映していない課題もある。共通指標を維持しつつ、各国固有の指標を補完的に活用するとともに、データ収集・分析能力の強化に向けた国際協力が重要である。

A. 研究背景および目的

UHC (Universal Health Coverage) は、すべての人が必要な保健医療サービスを経済的に負担可能な費用で受けられることを目指す概念として、SDGs における重要な目標の一つに位置づけられており、国際的に標準化された指標を用いたモニタリングが進められている。一方で、現行のグローバル指標は国際比較には有用であるものの、各国の保健課題や政策優先事項、社会的背景を十分に反映するには限界がある。SDGs 指標包括レビューにおいて今後のモニタリングの方向性が議論されていることから、本研究では、有識者の知見や各国の UHC モニタリングの状況も踏まえながら、グローバルな UHC モニタリングの動向や課題を整理した。国別による UHC のモニタリングフレームワーク、指標を含め、ポスト SDGs を見据えた UHC のモニタリングおよび指標候補案の抽出を目的とした。

B. 研究方法

本研究では、文献および政策資料レビュー、有識者ヒアリング、国別 UHC 指標の開発の 3 つの方法を組み合わせた混合手法を採用した。

(1) 文献レビュー

1) 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、2025 年の包括レビュープロセスの概略を確認し、SDG3.8 に関する内容を整理した。

2) 2025 年 11 月 5 日－7 日に北九州市で開催された第 16 回 IAEG-SDGs 会議での資料をレビューし、UHC も含まれる SDGs モニタリングの方向性を整理した。

3) 国別 UHC 指標の可能性の把握のために、参考国として、2019 年に UHC 法が可決され、その法律を根拠に UHC の実現を進めているフィリピンを対象国とし、UHC に係るナショナルドキュメントについてレビューし、フィリピンにおける UHC モニタリングの視点の情報を整理した。

本報告書でレビューの対象となった英文資料の日本語表記は、報告書執筆者らによる仮訳であり、原意を損なわない範囲で一部要約・表現調整を行った。

(2) 有識者ヒアリング

文献レビューを踏まえて、グローバルな UHC の達成に向けた国際的な動向を把握する専門家、国レベル（日本国内外）での UHC および SDGs のモニタリングに関する情報を有する専門家や専門部署を対象に、下記について情報収集をした。

1) UHC モニタリングに関して現状での課題点や今後のモニタリングの考え方

60 分～90 分のヒアリングを、対面およびオンラインで実施した。回答内容は匿名化のうえ、研究目的に限り使用することを各対象者に説明し、同意を得た。

(3) 国別 UHC 指標の開発

日本では、健康日本 21 をはじめとする分野別での計画、モニタリング枠組みや指標は、近年充実し、分野別政策の PDCA は展開されている。しかし、UHC の観点でのモニタリングや指標は存在せず、その必要性が考えられた。昨年度 WHOWPRO の担当者から情報を得た、国別 UHC 指標の開発方法に則り、日本の社会的特性を考慮した UHC 指標の開発の試みを開始した。全てのステップで、研究班メンバーとの意見交換、合意のもと進めた。

1) 日本国内の保健政策のコアとなる政策や計画をレビュー

2) UHC モニタリングのフレームワーク案の策定

3) フレームワーク案に沿った妥当性の高い指標（案）の抽出

なお、有識者ヒアリングに関しては、その結果を、分析対象の情報として取り扱ったものもあれば、ヒアリングで得られた情報をもとに、研究班での考察のヒントとして取り扱うものもあった。

(倫理面の配慮)

ヒアリングでの研究実施に関しては、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の審査・承認を得て実施した (NIPH-IBRA#25010)。

C. 研究結果

(1) 文献レビュー

1) IAEG-SDGs におけるグローバルな動向

①2025 年包括レビューにおける実施基準について[1]

2025 年包括的レビュー実施にあたり、以下の具体的な基準が掲げられた。

- ・既存の枠組みに含まれている指標数を維持し、すでに多くの国で実施されている元の枠組みを大きく変えず、また各国の統計システムへの報告負担を増やさないこと。
- ・提案された指標は、合意された方法論(ティア III 指標の提案は考慮されない)と、関連する各地域の少なくとも 40%の国および 40%の人口に対して利用可能なデータを持ち、かつグローバルなモニタリングに適していることが求められる。
- さらに、上記をふまえた具体的な考慮基準が以下のように明示されている。
- ・追加指標が考慮されるのは例外的ケースで、目標の重要な側面が既存指標で監視されていない場合や、既存の指標で監視されていない重要または緊急な新たな課題に対処する場合である。
- ・指標の削除は、ティア II 指標が世界の SDG 監視にデータを提出できず、各国にとって実施が困難であることが証明された場合に検討されうる。削除された指標が、対応する目標に対する唯一の指標であれば、代替指標が提案される。
- ・指標が目標に適切に対応していない、または目標を適切に追跡できない場合、調整や交換が検討される。

また、その他の考慮事項として、以下が明示されている。

- ・既存の指標内にサブ指標を追加することは、報告負担を増やすため推奨されない。
- ・代替または追加指標の提案は、指標フレームワークの拡大を防ぐためにサブ指標の使用を最小限に抑えるべき。
- ・IAEG-SDGs は追加のサブ指標による報告負担増加を防ぐため、全ての提案を綿密に検討する。

②データカバレッジについて

包括レビューの提出フォームでは、指標が関連する各地域で少なくとも 40%の国および人口に対して、データの収集源や利用可能性を示すこととされていた。また、現在のデータカバレッジが 50%未満の場合に拡大する方法についての計画が求められた。

そもそも、TierI の定義において、当該指標が関連する各地域において、少なくとも国数の 50%および人口の 50%について各国が定期的にデータを作成していることが求められており、2025 年包括レビューで示された要件は、基本的には今後の指標の検討には TierI となるものが求められることが示されていると考えられる。

③2025 包括レビューの結果について

2024 年の 4 月の募集期間に提出された 68 の提案のうち、15 の提案が公開協議に含められた。68 の提案のうち、公開協議になった 15 を除いたものについては、理由が明示されている。本レビュー以外で対応すべきという指摘以外で明示されている理由については、

- ・国際的に合意された方法論が不明である、または、欠けている
- ・データ利用可能性の不確実性
- ・メタデータの不存在
- ・各国の統計負荷の増、実行可能性の疑問

- ・ターゲットとの関連性が不十分
- ・他の指標との関連
- ・データソースが公式でない

などがあった[2]

Goal3.8.1 Coverage of essential health services については、family planning, health workforce and management of diabetes の3つの追跡指標のメタデータが変更された[1]。3つの追跡指標の修正はWHOの提案によるもので、家族計画の追跡指標において、結婚または婚約している15-49歳の女性とされていた部分について、単に「15-49歳の女性」、とされたもの、医療従事者について、「内科医、精神科医、外科医」が挙げられていたものが、「医師、看護師、助産師」とされたもの、糖尿病に関して空腹時血糖とされていた部分について、治療（服薬）の状況とされたもの、であった[3]。包括レビューについては、2025年3月、国連統計委員会第56回会合で委員会に提出、承認された。

④新たに設置されたSDGsモニタリングの教訓に関するタスクチームについて

IAEG-SDGsでは、SDGs指標に関する検討が2017年から行われ、各指標に関する改善が図られてきた。この経験をポスト2030アジェンダに活用するため、2025年にIAEG-SDGsは、指標枠組みの開発と実施における課題と成功から得られた教訓を体系的に記録、分析するために、教訓についてのタスクチームを設置した。同タスクチームの委託事項[4]の文書の中で、「国連統計部が維持するグローバルSDGデータベースは著しい成長を示しており、データが存在する指標数は2016年の115から2024年には229へと拡大し、データ記録数も2016年の33万件から2024年12月までに290万件超へと増加した。」と述べられており、また2016年には約39%の指標について確立された方法論がなかったところ、現在では全ての指標について国際的に合意された方法論があると指摘されているように、この期間に世界のモニタリング力が増強されたことが分かり、この教訓を踏まえることは今後のモニタリングの改善に有用であると考えられる。委託事項では、未だデータギャップがあること、地理的カバレッジ、適時性、細分化が懸念事項であること、国際比較可能なデータを有する国が半数未満である項目があることも指摘している。タスクチームの作業は、フェーズ1として、2025-2026年にグローバルレベルの観点でのとりまとめ、フェーズ2として、2026-2027年にテーマ別、地域別、国家レベルについて、検討することとされた。

2) 第16回IAEG-SDGs会議におけるSDGsモニタリングの方向性

IAEG-SDGsの第16回の会議は、2025年11月5日-7日に、北九州市で開催された。IAEG-SDGsの日本開催は初めてであり、北九州市のプレスリリースによると、総務省のコメントとして「日本は、国連統計委員会の委員国であり、2030年のポストSDGsを見据えた貢献を図る趣旨からこの会合の招致を決め」た[5]とあり、総務省のウェブサイトによると、日本からの発信として、北九州市からは、地方公共団体におけるSDGs推進に向けた取組の報告、アジアで唯一OECDから「SDGs推進に向けたモデル都市」に選定されたことが紹介され、公益財団法人環日本海環境協力センターからは、SDGグローバル指標14.1.1a「沿岸富栄養化指数（Index of Coastal Eutrophication）」の地域及び国家的指標の開発に関する取組の報告が行われたとあった[6]。

会合では、IAEG-SDGの3つのワーキンググループ、SDMXワーキンググループ、地理空間情報ワーキンググループ、持続可能な開発目標のモニタリングから得られた教訓に関するタスクチームの作業がレビューされた。教訓に関するチームにおける2030年以降のアジェンダに関する議論では、指標Tier分類の活用、グローバル及び国内のモニタリングの枠組みの整合性の強化、指標間の関係に関する研究の考慮を示唆し、今後は指標やメタデータの明確性と使いやすさの改善に留意すべきとしている。[7]

3) フィリピンにおける UHC のモニタリングの現状

フィリピンでは、2019 年に可決された「ユニバーサル・ヘルス・ケア（UHC）法（ACT No. 11223）」[8]の下、UHC の実現が進められている。第 3 条で法の目的の記載があるが、下記の 2 点であった。

- (a) 体系的なアプローチおよび保健システムのパフォーマンス向上に向けた主要機関とステークホルダーの役割の明確な区分を通じて、国内におけるユニバーサル・ヘルス・ケアを段階的に実現すること
- (b) すべてのフィリピン国民に対し、質が高く手頃な価格の医療品およびサービスへの公平なアクセスが保証され、かつ経済的リスクから保護されることを確保すること

また、ガバナンスと説明責任の記載では、それぞれの機関に求めることが記載されていた。

- 保健省が総括的な責任組織として、健康増進局を健康増進の主局となること
 - 教育省（DepEd）は、保健省（DOH）と連携し、健康リテラシーおよび権利に関するプログラムおよびモジュールを策定し、これを既存の学校カリキュラムに組み入れ、生徒に対する健康的な生活習慣、身体活動、適切な栄養摂取の有効な促進、ならびに喫煙および飲酒の防止などを通じて、感染症の蔓延および非感染性疾患の有病率の増加に対する対策を強化すること
 - それぞれが実施した健康増進および健康リテラシープログラムに関する年次報告書（その影響評価を含む）を提出すること
 - 地方自治体（LGU）は、住民の健康と個人の福祉を向上させ、非感染性疾患およびその危険因子（特にタバコやアルコールの使用）の有病率を低減し、新たな感染症の発生率を低下させ、メンタルヘルスの問題に対処し、健康指標を改善することを目的とし、既存の保健政策を強化・拡大するより厳格な条例を、これと相反する法律にかかわらず制定し、住民の間で健康リテラシーと健康的な生活様式を促進する効果的なプログラムを実施すること
 - 地方自治体は、採択された政策および実施されたプログラムに関する年次報告書ならびにその影響評価を提出すること
 - すべての公的・民間、国・地方の保健関連機関は、行政、公衆衛生、医療、医薬品、保健財政データなどを含む保健および保健関連データを PhilHealth に提出すること
 - 保健省（DOH）および科学技術省（DOST）は、国際的な水準を備えた機関において研修助成金を提供することにより、政策システム研究者、技術専門家、および管理者の人材を育成すること
- モニタリング・評価に関しては、フィリピン統計局と保健省が実施することが記載されていた。
- フィリピン統計局（PSA）は、本法の施行後最初の 10 年間は毎年、世帯調査の関連モジュールを実施し、その後は通常のスケジュールに従うものとする。
 - 保健省（DOH）は、地方自治体が健康成果の進捗状況を追跡できるよう支援するため、国際的に検証された推計手法を用いて毎年、また電子記録や疾病登録簿からの公的・民間セクターの実際のデータを用いて隔年で、各州・地域の疾病負担の推計値を公表すること

指標を用いたモニタリング・評価に関しては、UHC の具体的な実現に向けて、国家保健目標 2023-2028[9]があり、行動計画 1~8 のもと、46 のモニタリング指標があげられていた（表 1）。

表1 フィリピン国家保健目標 2023-2028 による 46 の指標

	指標	ベースライン (西暦)	2028 年の目標	データソース	報告組織 ※
健康影響指標：より良い健康成果					
1	平均寿命（西暦）	男性 70 歳 (2020) 女性 76 歳 (2020)	男性 71 女性 77	戸籍・人口動態統計	PSA
2	5 歳未満の児童における発育阻害の有病率	27 (2021)	13.5	拡大全国栄養調査	DOH- NNC
3	死亡率			全国人口・健康調査	
3.1	出生 1,000 人当たりの乳児死亡率	22 (2022)	11.52	人口保健調査	PSA
3.2	出生 10 万件あたりの妊産婦死亡率	144 (2020)	<111	戸籍・人口動態統計	PSA
3.3	結核による死亡者数	未定	0	行政データ	PSA
3.4	人口 10 万人あたりの道路交通事故による死亡率	8 (2020)	4.8	戸籍・人口動態統計	PSA
3.5	非感染性疾患に起因する 1,000 人当たりの早期死亡率	4.6 (2020)	3.46	戸籍・人口動態統計	PSA
健康影響指標：より強固な保健システム					
4	入院を要する外来治療可能疾患の割合	34 (2022)	≤17	行政データ	DOH- PHIC
5	国際保健規則（IHR）合同外部評価	未定	≥3	IHR JEE ミッション報告書	DOH-EB
6	UHC サービスカバレッジ指数	58 (2021)	≥63	WHO UHC サービスカバレッジ指数	WHO
健康影響指標：あらゆるレベルの医療へのアクセス					
7	対応力スコア	93 (2019)	>93	UHC 世帯調査	DOH- PMSMD
8	顧客満足度	85%（公的施設） 97%（民間施設） (2019)	>85%（公共施設） >97%（民間施設）	UHC 世帯調査	DOH- PMSMD

9	現在の医療支出に占める世帯（自己負担）医療費の割合	44.7 (2022)	28.1	フィリピン 国民保健会 計	PSA
10	少なくとも1回の入院治療を受けた人における破産的医療費の発生率	30% (2021)	<23	家計調査デ ータを用い た特別調査	DOH- PMSMD
行動計画1：すべてのフィリピン人が健康を実感できる社会					
11	30分以内に外来（一次）医療施設を利用できる人口の割合	50% (2020)	60%	行政データ	DOH- HFDB
12	適切な外来（一次）医療施設を有する県の割合	21% (2022)	50%	行政データ	DOH- HFDB
13	コンスルタ認定の外来（一次）医療施設の割合	未定	100%	行政データ	DOH- PHIC
14	PhilHealthと契約している機能的な医療提供者ネットワークの割合	0 (2022)	100%	行政データ	DOH- PHIC
15	プライマリケア提供者に登録しているフィリピン人の割合	15% (2022)	90%	行政データ	DOH- PHIC
16	Konsulta 認定施設で初診を受けた優先的な対象人口の割合	未定	100%	行政データ	DOH- PHIC
17	PhilHealth 支援値	66% (2019)	80%	行政データ	DOH- PHIC
18	現在の医療支出に占める外来医療費の割合	4% (2019)	8%	フィリピン 国民保健会 計	PSA
行動計画2：迅速、質の高い、そして親切なサービス					
19	統合的かつ包括的なプライマリケアサービスを提供している外来（一次）医療施設、学校、および職場の割合	未定	100%	行政データ	DOH- DPCB、 HPB
20	適切な病床数対人口比率を満たしている州の割合	27% (2022)	60%	行政データ	DOH- HFDB
21	機能的な指定専門センターの設立率	74% (2022)	100%	行政データ	DOH- HFDB
22	完全予防接種を受けた子どもの割合	72% (2022)	95%	全国人口保 健調査 (NDHS)	PSA
23	直近の出産において、15～49歳の女性のうち、有資格の医療従事者から産前ケアを受けた割合	86% (2022)	92.7%	全国人口保 健調査 (NDHS)	PSA
24	結核届出率（全形態、人口10万人あたり）	382 (2022)	523	行政データ	DOH- DPCB/EB

25	抗レトロウイルス療法（ART）を受けている HIV 感染者の割合	62% (2022)	95%	HIV/エイズ および抗レ トロウイル ス療法 （ART）フ ィリピン HIV/AIDS 登 録制度 （HARP）	DOH-EB
26	医薬品小売店における選定必須医薬品の消費者価格比率の中央値	3.22 (2022)	国際基準の 4 倍未満	行政データ	DOH-PD
行動計画 3：迅速なサービスを実現するテクノロジー					
27	デジタル化されたサービス提供のために相互運用可能な電子カルテを利用している医療施設の割合	未定	100%	行政データ	DOH- KMITS
行動計画 4：危機への備え					
28	安全、環境に配慮し、気候変動に強いと認定された病院の割合	7% (2022)	50%	行政データ	DOH- HFDB
29	公衆衛生上の緊急事態に対する DRRM-H システムが確立されている地方自治体の割合	0% (2022)	100%	行政データ	DOH- HEMB
行動計画 5：病気の予防					
30	健康的な行動をとるフィリピン人の割合	79% (2021)	80%	健康増進・リ テラシー縦 断調査	DOH- HPB
31	18 歳以上のフィリピン人成人のうち、十分なまたは優れた総合的な健康リテラシーを有する者の割合	35% (2021)	69%	健康リテラ シー調査	DOH- HPB
32	認定された健康的な環境の割合または数： A.地域社会 B.職場 C. 学校	未定	60%	行政データ	DOH- HPB
33	15～49 歳の女性のうち、リプロダクティブ・ヘルスケアについて自ら十分な情報を得た上で決定を下している人の割合	82.3% (2022)	90%	全国人口・健 康調査	PSA
34	15 歳以上の現在喫煙者の年齢調整有病率	19.5% (2021)	15%	世界成人タ バコ調査	DOH-EB
行動計画 #6：心の安らぎと感情の安定					
35	メンタルヘルスサービスを提供する外来（一次）医療施設の割合	未定	100%	行政データ	DOH- DPCB
36	地域密着型薬物リハビリテーションプログラムを導入している外来（一次）医療施設	未定	100%	行政データ	DOH- DPCB

	の割合				
行動計画第7号：医療従事者の権利と福祉					
37	人口に対する適切な医療人材比率を満たしている市・県の割合	医師 3% 看護師 2% 助産師 82% (2022)	医師 72% 看護師 72% 助産師 95%	行政データ	DOH-HHRDB
38	プライマリケア従事者が十分な数いる市・自治体の割合医療従事者認定を受けた人材	未定	80%	行政データ	DOH-HHRDB
39	医療人材エンゲージメント指数	未定	未定	UHC 世帯調査	PMSMD
行動計画第8号：あらゆるパンデミックへの備え					
40	疫学・サーベイランス部門が機能している地域および州・市・町村の地方自治体（LGU: Local Government Unit）の割合	41% (2020)	100%	行政データ	DOH-EB
41	フィリピン保健検査システムに組み込まれた公衆衛生検査室の割合	31% (2022)	68%	行政データ	DOH-HFDB

※報告組織の正式名称（アルファベット順）

DPCB（Disease Prevention and Control Bureau）：疾病予防管理局

DOH（Department of Health）：保健省

EB（Epidemiological Bureau）：疫学局

HEMB（Health Emergency Management Bureau）：健康危機管理局

HFDB（Health Facility Development Bureau）：保健施設開発局

HHRDB（Health Human Resource Development Bureau）：保健人材開発局

HPB（Health Promotion Bureau）：健康増進局

KMITS（Knowledge Management and Information Technology Service）：ナレッジマネジメント情報技術サービス部門

NNC（National Nutrition Council）：国民栄養評議会

PD（Pharmaceutical Division）：医薬品部門

PHIC（Philippine Health Insurance Corporation＝PhilHealth）：フィリピン健康保険公社

PMSMD（Performance Monitoring and Strategy Management Division）：業績監視・戦略管理局

PSA（Philippine Statistics Authority）：フィリピン統計局

また、保健省は、全国に設置する UHC-IS（Integration Site）の 70 サイトにおいて、2024 年に、UHC 法のモニタリングとして世帯調査、施設調査を実施した[10]。UHC-IS とは、UHC 法の実装の検証サイトであり、州や市の保健分野のシステム、予算、人材、ガバナンスを統合して、その地域の医療保健サービスのアクセスや質の向上を目指している。そのような UHC-IS において、地域の保健施設や退院患者とその家族（世帯）、施設、保健医療従事者を対象に、WHO の Responsiveness Framework を用いて、個人の尊厳（尊厳、自律、秘密性）、患者中心（迅速な対応、基本的な（入院）生活設備の質、入院中の社会的支援へのアクセス、医療提供者の選択）について調査を実施した。その結果のサマリーは下記の通りであった。

- UHC 法の実践として実施されている「PhilHealth Konsulta（フィリピンの公的医療保険 PhilHealth

が提供する一次医療（primary care）給付パッケージ）」について、患者側の認識がまだ低い

- PhilHealth への登録が増加している兆しが見られ、自己負担額ゼロまたは自己負担なしの方針の普及率は高く、対象となる入院患者の 92.4%が自己負担を一切行っていなかった

- 現在、UHC-IS に参加している施設の 71.3%が Konsulta の認定

- 施設内での登録および施設外でのアウトリーチ・プログラムが、これまでのところ患者登録において最も成功している取り組み

- 74.1% の医療機関が、患者を紹介できる専門医のネットワークを有しており、5.9% が他の医療機関や Health Care Provider Network(HCPN) と覚書（MoU）または協力協定（MoA）を締結

- 多くの施設が、UHC 法施行以降、人員配置体制の変更に取り組んでいると報告しており、これには新たな役割（例：家庭医療）の導入や、健康増進ユニットの設置などが含まれる

- 施設の大部分は、DOH（保健局）の認可を受けている

- 人員配置の体制、電子カルテ、および HCPN の変更が着実に導入されつつある

（２）有識者ヒアリング

１）UHC モニタリングに関して現状での課題点や今後のモニタリングの考え方

IAEG-SDGs における指標の包括的見直しの議論において、指標は多いという認識が一般的であり、増やすことは困難であること、トレーサー指標、サブ指標もあるが、各国の負担が増えると支持されないこと、また、データカバレッジが大切であり、世界全体でのカバー率が重視されることが指摘された。なお、SDG 指標に合致する統計調査がないものについて、例えば、日本では自明な内容であるためデータ収集されていないと考えられるものについては、直接的な統計データはないものの、100%と算出している事例もあり、合理的に対応されているとのことであった。

また、ヒアリングでは、国の UHC の進捗をモニタリングするにあたり、現指標とのギャップを埋めるためにも、その視点や指標の可能性は、サービスの質に関するモニタリングの必要性、サービスの公平性の視点で、地理的な差、年齢、性別などによるアクセス違いの評価、またサービスキャパシティとして保健医療人材の量だけではなく、保健医療人材の燃え尽き症候群（burn out）の測定、そして評価のためのデータに公的データと民間データの両方を含めて、モニタリングをしていく必要性が、指摘された。サービス提供の視点では、今後は、カバレッジ（アクセス）だけではなく、（サービスを）必要な人に、必要なタイミングで、質を担保したサービスが提供されているかを、モニタリング、評価をする必要があり、例えば救急車の時間・タイミングの評価、自然災害、気候変動への対応について、リソースやキャパシティを測定する視点なども指摘された。

（３）国別 UHC 指標の開発

研究班メンバーとの意見交換を繰り返し、加えて上記の有識者からの意見も参考にし、下記の日本の全体の国の政策および保健政策に関わる資料のレビューから、コアとなる保健政策、それに関連した指標を抽出した。モニタリングフレームワーク案作成および指標抽出のためにレビューした政策・保健政策の文書や計画は以下の通りである。

- ・経済財政運営と改革の基本方針 2025（骨太方針 2025）[11]
- ・健康日本 21[12]
- ・成育医療等基本方針[13,14]
- ・第４期がん対策推進基本計画[15, 16]
- ・認知症施策推進基本計画[17]

これらの政策、方針、計画をレビューし、日本の特徴でありサービスへのアクセスのモニタリングが必要である視点、かつ現状グローバルなレベルのモニタリングから欠けている視点として、高齢者の保健医療サービスへのアクセス、妊産婦・乳幼児・子ども・若者に関しては、メンタルヘルス（社会とのつながりも含む）、産後ケアへのアクセス、運動習慣があげられた。サービスキャパ

シティは、地域や在宅での診療や看護サービスの提供について、また、UHCの持続性のためにも必要となる視点として、予防重視のサービス、医療費増大を抑制や必要箇所への医療人材の配置が、日本特有のUHCのモニタリングの考え方として抽出された。

	項目	指標候補			
ライフコース	妊産婦	産後ケア受診率	産後健診受診率	歯科検診受診率	
	子ども	乳幼児健診受診率	かかりつけ医をもつ児の割合	訪問看護利用者数	
	思春期及びAYA (Adolescent and Young Adult) 世代	若年の自殺死亡率	ヘルスリテラシー	運動習慣	
	壮年期	定期的な健康診査受診率	定期的ながん検診受診率	自殺率	社会とのつながり
	高齢者	いずれかの社会活動を行っている割合	就業率	足腰に痛みがない(ロコモシンドロームではない) 高齢者の人数 (人口千人当たり)	リハビリ利用率
サービスキャパシティ/持続性	サービスキャパシティ	公衆衛生行政に関わる専門職数	在宅医療・看護の提供施設数	後発医薬品の使用割合	

図1 日本版UHC指標のモニタリングフレームワークと指標案

これらから、日本特有のUHCモニタリングフレームワークとして、次の5点をフレームワークのアプローチとして決定した。

- ① ライフコースアプローチ
- ② サステナブル（持続可能な）アプローチ
- ③ プリベンティブ（予防）アプローチ
- ④ セルフケアアプローチ
- ⑤ インクルシブアプローチ

その後、上記の計画に付随する指標や公的統計から収集可能な指標を再度確認し、上記の図1を、モニタリングフレームワークおよび指標案とした。

D. 考察

本分担課題では、ポストSDGsを見据えたUHCモニタリングのあり方を検討することを目的に、グローバルなUHCモニタリングの動向と課題を整理するとともに、各国におけるUHCモニタリングフレームワークや指標のあり方を踏まえ、文献レビュー、有識者ヒアリング、日本版UHCモニタリング指標の開発を通じて多面的な検討を行った。

SDGsのモニタリング指標は、IAEG-SDGsにおいて綿密な議論と段階的なプロセスを経て決定・改訂されている。その基本的な考え方として、既存の指標数を大きく増やさないこと、各国の既存の統計・報告枠組みを大きく変更しないこと、統計システムへの新たな負担を最小限に抑えることが重視されている。このため、190以上の国で共通して活用可能な新規指標を追加したり、既存のUHC指標を大幅に変更したりすることは現実的には容易ではなく、制度面・技術面の両方で相当な準備が必要であることが確認された。すなわち、ポストSDGsにおいてUHCモニタリングの国際比較可能性を維持する観点からは、既存のグローバル指標を一定程度継続して活用する必要性が高いと考えられる。一方で、現在のUHC指標が、各国の人口構成、疾病構造、保健制度、政策優

先課題を必ずしも十分に反映しているわけではないことも明らかとなった。グローバルな比較可能性を重視するあまり、各国が実際に直面している課題や、国内で重点的に進めたい保健政策との間に乖離が生じている側面がある。フィリピンの事例では、国家保健計画の中で、UHC 実現に向けた具体的な政策目標と、それを測定するための国内指標が明確に設定されており、国際的な共通指標とは別に、各国が自国の状況に応じた UHC モニタリング指標を持つことの実践例として示唆に富んでいた。このように、ポスト SDGs における UHC モニタリングでは、国際比較のための共通指標を維持しつつ、それを補完する形で各国固有の指標を組み合わせる「二層構造」のモニタリングの考え方が有効であると考えられる。また、こうした各国レベルの UHC モニタリングを実効性あるものとするためには、単に指標を設定するだけでなく、それを継続的に測定・評価するためのデータ収集、管理、分析の体制整備が不可欠である。したがって、ポスト SDGs における国際協力の重点の一つとして、各国のモニタリング・評価能力の強化を位置づけることが重要である。

日本においては、既存の UHC サービスカバレッジ指標では 80 を超える高い水準を示しているが、超高齢少子社会という日本特有の人口構造や、それに伴う保健医療・介護ニーズを十分に反映する指標は含まれていない。そこで本研究では、日本における主要な保健政策をレビューし、日本の課題に即した UHC モニタリングフレームワークおよび指標案の抽出を行った。日本では個別分野ごとの計画やモニタリングは比較的整備されている一方で、保健政策全体を横断的に捉える国家レベルの統合的なモニタリング枠組みは必ずしも明確ではない。そのため、国全体として UHC の進捗を可視化し、政策的な意思決定につなげる観点から、日本版 UHC モニタリングの構築には意義があると考えられる。日本版 UHC 指標については、今後、データの入手可能性や算出可能性をさらに精査し、指標の確定と実際の測定に進める予定である。

さらに、日本では 2025 年に UHC ナレッジハブが開設されており、今後はこの枠組みを活用して、各国の状況に応じたテイラーメイド型の支援として、UHC モニタリング・評価のためのデータ収集、管理、分析能力の向上を支援していくことも期待される。

E. 結論

ポスト SDGs を見据えた UHC モニタリングにおいては、2030 年時点でグローバルに統一された既存の指標を大幅に変更することは現実的ではない。一方で、既存の UHC 指標は国際比較には有用であるものの、各国の人口構成、疾病構造、保健制度、政策上の優先課題を必ずしも十分に反映しておらず、各国の実情との間にギャップがあることが示された。今後は、国際比較のための共通指標を維持しつつ、それを補完する形で各国が自国の状況に応じた UHC 指標を設定する視点が重要である。また、その実効性を高めるためには、各国における UHC モニタリングに必要なデータ収集、管理、分析能力の強化を進めることが必要であり、こうした分野は今後の国際協力における重要な領域となる。

F. 参考文献

- [1] United Nations Statistical Commission. (2024, December 13). Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators (E/CN.3/2025/6). United Nations.
https://unstats.un.org/UNSDWebsite/statcom/session_56/documents/2025-6-SDG-IAEG-E.pdf
- [2] United Nations Statistical Commission. https://unstats.un.org/sdgs/files/2025-comprehensive-review/List_of_2025_Comprehensive_Review_proposals.pdf.
- [3] Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators (IAEG-SDGs) 2025 Comprehensive Review Proposal Submission Form. https://unstats.un.org/sdgs/files/2025-comprehensive-review/Target_3.8_revision_proposal_from_WHO_%28proposal_1%29.pdf

[4] The Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators (IAEG-SDGs) Task Team on Lessons Learned from Monitoring the Sustainable Development Goals. <https://unstats.un.org/sdgs/files/iaeg-sdgs-lessons-learned/IAEG-SDGs-Task-Team-on-Lessons-Learned-ToR.pdf>

[5] 国連統計委員会専門家会合（IAEG-SDGs）日本開催の概要.

<https://www.city.kitakyushu.lg.jp/files/001145458.pdf>

[6] 第 16 回国連統計委員会専門家会合の日本初開催（結果）.

https://www.soumu.go.jp/toukei_toukatsu/index/kokusai/iaeg-sdgs2025.html

[7] United Nations Economic and Social Council. Data and indicators for the 2030 Agenda for Sustainable Development, E/CN.3/2026/12, 2025 年 12 月 10 日

<https://docs.un.org/en/E/CN.3/2026/12>

[8] Universal Health Care Act (Philippines).

https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2019/ra_11223_2019.html

[9] Republic of Philippines, Department of Health. National Objectives for Health Philippines 2023-2028. 2023.

[10] IDinsight. Final Report Universal Health Care Survey 2024. (submitted to Department of Health).

[11] 経済財政運営と改革の基本方針 2025（骨太方針 2025）

https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/2025_basicpolicies_ja.pdf

[12] 健康日本 21（第 3 次）の概要

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001158810.pdf>

[13] 成育医療等基本方針

<https://sukoyaka21.cfa.go.jp/about/growth02-sukoyaka21/>

[14] 成育医療等基本方針に基づく施策の実施状況に関する評価指標

<https://index.infanthces.ncchd.go.jp/pub/>

[15] 第 4 期がん対策推進基本計画

<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001091843.pdf>

[16] 第 4 期がん対策推進基本計画評価指標一覧

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001522770.pdf>

[17] 認知症施策推進基本計画

<https://www.mhlw.go.jp/content/001344090.pdf>

G.研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表

① Eri Osawa. Let's talk about what will be required of public health nurses to achieve universal health coverage! 7th International GNPHN Conference; 2025.7.28-30;Calgary.Abstract book.p43.

② 大澤絵里,五十嵐久美子.グローバルレベルにおける保健医療サービスカバレッジ指標の今後の展望と課題. 第 84 回日本公衆衛生学会総会;2025.10.29-31;静岡県.同抄録集. p.261.

③ 大澤絵里,五十嵐久美子,野村真利香,中西康裕,渡三佳,古元重和.日本の社会背景を考慮した UHC サービスカバレッジインデックスの開発.第 40 回日本国際保健医療学会学術大会;2025.11.1-2;東京都.同抄録集.p.99.

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 7 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. UHC サービスカバレッジインデックスの所得水準別・地域別格差の定量化 及び人間開発指数との関連分析

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)
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)
研究分担者 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

本研究では、2000 年から 2021 年までの UHC サービスカバレッジインデックス (SCI)、4 サブ指数、及び人間開発指数 (HDI) 等のオープンデータを用いて、所得水準別・地域別に SCI、4 サブ指数、及び HDI を定量化するとともに、SCI と HDI との関連性を分析した。

一般化推定方程式により分析した結果、SCI、感染症 (ID)、サービス提供能力とアクセス (SCA)、及び HDI は、所得水準が上位の国ほどスコアが高い傾向にあることが観察された一方、リプロダクティブ・母子保健 (RMNCH) における所得水準別の差は比較的小さく、非感染性疾患 (NCD) に関してはほとんど差が見られなかった。地域別では、全体的に所得水準別の差よりも小さく、RMNCH では地域差がほとんど見られなかった。しかし、SCA のスコアはヨーロッパ地域に比べアフリカ地域と南東アジア地域において顕著に低い傾向にあった。

また、HDI の増加に伴って RMNCH、ID、SCA のスコアは顕著に上昇したが、NCD の上昇幅は限定的であった。HDI の構成要素 (所得・教育・健康指数) 別で見ても、NCD は他のサブ指数よりも上昇幅が小さく、教育指数の増加と NCD には有意な関連が見られなかった。

全体的に、HDI が高い国ほど SCI も高い傾向にあるが、関連の強さは 4 サブ指数の領域により異なる傾向が見られた。特に、NCD における関連の弱さは、SCI 及び 4 サブ指数の枠組みにおける測定方法の限界を反映している可能性がある。また、共変量調整後も SCA に見られる地域差からは、UHC の達成が単なる国の豊かさだけでなく、地域ごとの医療システム基盤の偏りに依存している可能性がある。本研究で得られた知見は、各国の政策立案者が自国の発展段階を考慮しながら、UHC の各指標をより適切に解釈し今後の戦略を立てるうえで有用な判断材料の一つとなるかもしれない。

A. 研究背景・目的

ユニバーサルヘルスカバレッジ (UHC) は、グローバルヘルス政策における中核的概念であり、持続可能な開発目標 (SDGs) のターゲット 3.8 として位置付けられている。UHC に向けた進捗をモニタリングするため、世界保健機関 (WHO) と世界銀行は、SDG 3.8.1 の複合指数である UHC サービスカバレッジインデックス (SCI) を開発した。各国の総合的な SCI スコアは、0~100 のスケールで計算され、リプロダクティブ・母子保健 (RMNCH)、感染症 (ID)、非感染性疾患 (NCD)、及びサービス提供能力とアクセス (SCA) という 4 つの領域別サブ指数の幾何平均として算出される。これら 4 サブ指数は、さらに 14 のトレーサー指標から幾何平均を用いて指数化される。幾何平均によって算出されることで、一部の領域の低いスコアが他の領域の高さで覆い隠されないよう考慮されている^{1,2)}。さらに、2025 年に国連統計委員会は、SDG 指標フレームワークの包括的な見直しの一環として、3 つのトレーサー指標の更新や人口で重み付けした幾何平均による算出方法を採用するなど、SCI の改訂を承認した^{3,4)}。この改訂を反映した WHO と世界銀行による 2025 年のグローバルモニタリングレポートは、2025 年 12 月に暫定版 (会議版) として発表され、その後確定版が公開されている⁴⁾。

UHC の達成は、より広範な社会経済的発展と密接に関連していると考えられており、より強固な経済力、高い教育水準、優れたガバナンス、そして高い政治的安定性を有する国は、より強固な医療システムと広範なサービスカバレッジを有する傾向がある⁵⁻⁷⁾。反対に、医療サービスのカバレッジの改善は、人々の健康と生産性を向上させ、結果としてより広範な社会経済的発展を後押しする可能性がある⁸⁾。UHC の進捗と人間開発との間にあるこの双方向の関係を理解することは、エビデンスに基づいた保健政策の策定を促進するだけでなく、保健サービスカバレッジへの投資が社会経済全体にもたらす横断的な価値を認識するのに役立つと考えられる。

本研究では、国レベルのパネルデータを用いて、所得水準別・地域別に SCI、4 サブ指数、及び人間開発指数 (HDI) の差を定量化する。また、SCI 及び 4 サブ指数と、HDI 及び構成要素との関連性を分析する。

B. 研究方法

1. データソース及び変数

本研究では、国レベルのパネルデータを用いて、縦断分析を行った。アウトカムとする変数は、WHO の Global Health Observatory から取得した、2000 年から 2021 年までの 7 つの基準年における SCI 及び 4 サブ指数 (0~100 スケール) とした⁹⁾。主な説明変数は、国連開発計画 (UNDP) から取得した HDI 及びその構成要素 (所得・教育・健康指数) とした^{10,11)}。

また、SCI 及び 4 サブ指数について、所得水準別の差を定量化するため、世界銀行の基準に基づき、対象国を基準年ごとに 4 つの所得水準 (低所得、低中所得、高中所得、高所得) に分類した¹²⁾。さらに、地域別の差についても同様に定量化するため、WHO の基準に基づき、対象国を東地中海地域 (EMR)、ヨーロッパ地域 (EUR)、アフリカ地域 (AFR)、アメリカ地域 (AMR)、西太平洋地域 (WPR)、及び南東アジア地域 (SEAR) の 6 地域に分類した¹³⁾。共変量としては、世界ガバナンス指標における汚職の抑制^{14,15)}及び人口動態指標 (高齢化率、合計特殊出生率、都市化率)¹⁶⁻¹⁸⁾をモデルに含めた。

2. 統計解析

データの全体像を把握するため、全体、所得水準別、及び地域別に各指標の中央値の年次推移を記述した。次に、経時的な同一国内の相関を考慮しつつ、母集団平均の差を推定するため、国をクラスター単位とした一般化推定方程式（GEE）を用いて分析した¹⁹⁻²¹⁾。

第一に、所得水準別及び地域別における SCI、4 サブ指数、及び HDI の差を定量化するため、共変量を調整した母集団平均の差を平均比として推定した。

第二に、HDI との関連性を定量化するため、HDI 及び各構成要素が 0.1 増加した際の SCI 及び 4 サブ指数の推定変化量（上昇幅）を算出した。解析における統計的有意性は両側 $\alpha=0.05$ で評価した。

（倫理面の配慮）

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。

C. 研究結果

1. 全体の推移

2000 年から 2021 年にかけて、SCI 及びほとんどのサブ指数は 2015 年まで順調に改善したが、その後は概ね横ばいとなり、全体的なサービスカバレッジの進捗が鈍化していることが観察された（表 1）。領域別に見ると、ID の改善が顕著であった一方、RMNCH 及び NCD の上昇はより緩やかであり、SCA は調査期間の前半に増加したものの近年では一部で低下が見られた。HDI 及び各構成要素は、直近の年ではわずかな後退が見られたものの、期間を通じて概ね増加する傾向にあった。

2. 所得水準別・地域別の差

所得水準別の推移では、NCD を除き、SCI 及びほとんどのサブ指数は概ね所得水準が上位のグループほど高いスコアを示す一貫した傾向が観察された（図 1）。共変量を調整した GEE モデルによる分析でも、低所得国は高所得国に比べ、ID で 50%、SCA で 24%、SCI 全体で 30%スコアが低く、顕著な差が示された。一方、RMNCH における差は比較的小さく、NCD に関してはほとんど差が見られなかった（表 2）。

地域別の推移では、全体的に所得水準別の差よりは小さいものの、EUR や AMR が高いスコアを維持していた。AFR では初期値が低かった ID の大幅な向上が見られたが、SCA のスコアは依然として低水準に留まっていた（図 2）。共変量調整後の分析において、RMNCH や ID では差がほとんど見られなくなったが、SCA のスコアは EUR に比べ AFR で 28%、SEAR で 23%顕著に低い傾向にあった（表 3）。

3. HDI と SCI 及び 4 サブ指数の関連性

HDI の増加に伴って、SCI 及びほとんどのサブ指数は有意に上昇したが、上昇幅には領域間でばらつきがあった（図 3）。共変量調整後の推定では、HDI のスコアが 0.1 増加した際の上昇幅は、SCI 全体で +6.9 ポイント（95% CI 5.7–8.2）であった。領域別に見ると、SCA（+11.8 ポイント、95% CI 9.4–14.2）で最も大きく、次いで ID（+6.3 ポイント、95% CI 4.4–8.3）、RMNCH（+5.1 ポイント、95% CI 3.4–6.9）と上昇したが、NCD の上昇幅は限定的（+2.1 ポイント、95% CI 0.3–3.9）であった。

HDI の構成要素（所得・教育・健康指数）別で見ても、これら 3 つの要素すべてが SCI の上昇に寄与していることが示された。しかし NCD は他のサブ指数よりも上昇幅が小さく、教育指数の増加と NCD には有意な関連が見られなかった。

D. 考察

本研究では、国レベルのパネルデータを用いて、所得水準別・地域別に SCI、4 サブ指数、及び HDI の差を定量化するとともに、SCI 及び 4 サブ指数と HDI との関連性を分析した。その結果、UHC の進捗が 2015 年以降鈍化していること、また所得水準別や地域別で根強い格差が残存していることが確認された。これらの傾向は、WHO 及び世界銀行のグローバルモニタリングレポートによる報告¹⁾と一致するが、本研究は複数の要因を考慮した縦断的・多変量解析の枠組みにおいて、格差の実態を定量化した。

また、全体的に HDI が高い国ほど SCI も高い傾向にあることが示されたが、関連の強さは 4 サブ指数の領域により異なる傾向が見られた。SCA が HDI と最も強い関連を示したのは、SCA が医療インフラや人材確保、制度の整備状況といった医療システムの根本的な基盤の状況を測定する指数であり、国全体の社会経済的発展と歩調を合わせて徐々に改善していくという性質によるものと考えられる^{2,6)}。また、ID のスコアが HDI と強く連動しているのは、国内外からの継続的な投資・支援の成果が反映されたものと推測される¹⁾。一方、RMNCH と HDI との関連が SCA や ID ほどには強くなかった点については、特化した公衆衛生プログラム等を通じて、マクロな国の発展段階に過度に依存せずともある程度の普及が可能であったことなどが理由として考えられる^{1,2)}。

さらに、NCD に対する HDI の影響が限定的で、他領域に比べ所得水準別・地域別の差も小さかった点は、注目に値する。これは、SCI 及び 4 サブ指数の枠組みにおける 2025 年改訂以前の測定方法の限界に起因している可能性がある^{2,4)}。改訂前の NCD に関連するトレーサー指標は、血圧や非喫煙率などの代理指標に大きく依存していたため、慢性疾患に対する実際の医療提供状況というよりも、間接的な国民の健康リスク要因の傾向を部分的に反映している可能性が考えられる。

E. 結論

本研究により、HDI の進展は全体として UHC の達成を促進するものの、その効果は領域によって異なることが明らかとなった。具体的には、HDI の増加に伴う変化量は SCA や ID で高く、RMNCH では中程度、NCD では限定的であった。ただし、NCD に関する結果は、SCI 及び 4 サブ指数の枠組みにおける測定上の限界を反映している可能性がある。また、依然として根強く残る所得水準別の格差や、共変量調整後も残存する SCA の地域差は、UHC の実現が単なる国の経済的・社会的な発展だけでなく、地域ごとの医療システム基盤の偏りに強く依存していることを示唆している。本研究で得られた知見は、各国の政策立案者が自国の発展段階を考慮しながら、UHC の各指標をより適切に解釈し戦略を立てるうえで有用な判断材料の一つとなるかもしれない。

F. 引用文献

- 1). World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2023.
- 2). Hogan DR, Stevens GA, Hosseinpoor AR, Boerma T. Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Glob Health*. 2018;6(2):e152–68.
- 3). Lee S, Shapira G, Eozenou PHV, Maeda H. Tracking universal health coverage with updated indicators in the world development indicators. 2026 [cited Feb 23 2026].
- 4). World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report (conference edition). Geneva: World Health Organization; 2025.
- 5). do Amaral Junior OL, Braccini Fagundes ML, Hugo FN, Kassebaum NJ, do Amaral Giordani JM. Correlation between structural determinants and universal health coverage in 2010 and 2019: an analysis of the global burden of disease study. *PLOS Glob Public Health*. 2025;5(7):e0004770.
- 6). Ranabhat CL, Jakovljevic M, Dhimal M, Kim C-B. Structural factors responsible for universal health coverage in low- and middle-income countries: results from 118 countries. *Front Public Health*. 2019;7:414.
- 7). Eozenou PH, Neelsen S, Pirlea AF. Universal health coverage as a sustainable development goal; 2023. World Development Indicators: Stories [Internet]. [cited Feb 23 2026].
- 8). Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*. 2012;380(9845):917–23.
- 9). World Health Organization. SDG 3.8.1 Coverage of essential health services (file generation date: 24 Feb 2025). [cited Mar 14 2025].
- 10). United Nations Development Programme, Human Development Reports. Documentation and downloads. 2025 [cited Feb 24 2026].
- 11). United Nations Development Programme. Human development report 2025 [technical notes]. New York: United Nations Development Programme; 2025.
- 12). World Bank. World Bank country and lending groups. 2026 [cited Jan 26 2026].
- 13). World Health Organization. WHO Regional Offices. [cited Feb 24 2026].
- 14). World Bank. Control of corruption: estimate. [cited Jan 26 2026].
- 15). Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M. The Worldwide Governance Indicators: methodology and Analytical Issues. *Hague J Rule Law*. 2011;3(2):220–46.
- 16). World Bank. World development indicators: population ages 65 and above (% of total population). [cited Feb 24 2026].
- 17). World Bank. World development indicators: fertility rate, total (births per woman). [cited Feb 24 2026].

- 18). World Bank. World development indicators: urban population (% of total population). [cited Feb 24 2026].
- 19). Zeger SL, Liang KY, Albert PS. Models for longitudinal data: a generalized estimating equation approach. *Biometrics*. 1988;44(4):1049–60.
- 20). Liang K-Y, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*. 1986;73(1):13–22.
- 21). Halekoh U, Højsgaard S, Yan J. The R package geepack for generalized estimating equations. *J Stat Softw*. 2006;15(2):1–11.

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- ① 中西康裕, 早坂章, 野村真利香, 大澤絵里. 既存の UHC サービスカバレッジインデックスの傾向とその課題点の分析. 第 84 回日本公衆衛生学会総会 ; 2025.10.29-31 ; 静岡. 抄録集. p.262. (シンポジウム 70-2)
- ② 中西康裕, 早坂章, 野村真利香, 大澤絵里. UHC サービスカバレッジインデックスと人的資本指数の関連性. 第 40 回日本国際保健医療学会学術大会 ; 2025.11.1-2 ; 東京. 抄録集. p.99. (O1-2)
- ③ 早坂章, 中西康裕, 野村真利香, 大澤絵里. 2000～2021 年における UHC サービスカバレッジインデックスと人間開発指数の関連性の所得グループ別分析. 第 40 回日本国際保健医療学会学術大会 ; 2025.11.1-2 ; 東京. 抄録集. p.100. (O1-4)
- ④ 大澤絵里, 中西康裕, 野村真利香, 早坂章. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (SDGs3.8.1) の指標の特徴とその傾向. 第 84 回日本公衆衛生学会総会 ; 2025.10.29-31 ; 静岡. 抄録集. p.663. (PA-22-01-5)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1：各指数・指標の年次別記述統計

指数・指標	2000		2005		2010		2015		2017		2019		2021	
	n	中央値 (Q1, Q3)	n	中央値 (Q1, Q3)	n	中央値 (Q1, Q3)	n	中央値 (Q1, Q3)	n	中央値 (Q1, Q3)	n	中央値 (Q1, Q3)	n	中央値 (Q1, Q3)
UHC SCI	194	47.0 (28.0, 60.0)	194	54.0 (33.0, 67.0)	194	62.5 (42.5, 72.0)	194	69.0 (47.8, 77.0)	194	70.5 (51.2, 78.0)	194	70.5 (51.0, 79.0)	194	69.0 (52.0, 79.0)
RMNCH	194	71.0 (52.2, 81.8)	194	73.0 (54.2, 84.0)	194	75.0 (61.0, 84.0)	194	77.0 (63.0, 85.0)	194	76.0 (65.0, 85.0)	194	77.0 (64.0, 86.0)	194	76.0 (64.2, 86.0)
ID	194	18.5 (9.0, 39.0)	194	30.0 (14.0, 53.0)	194	50.0 (32.5, 65.8)	194	63.5 (45.0, 75.0)	194	69.0 (53.0, 79.0)	194	73.0 (55.2, 82.8)	194	68.0 (54.0, 83.0)
NCD	194	51.5 (43.2, 57.8)	194	55.0 (47.0, 61.0)	194	58.5 (50.0, 64.0)	194	60.0 (53.2, 66.0)	194	61.0 (54.0, 66.8)	194	62.0 (55.0, 67.0)	194	62.0 (55.2, 68.0)
SCA	194	69.5 (34.2, 87.0)	194	70.0 (34.2, 87.0)	194	71.0 (35.0, 87.0)	194	79.6 (41.2, 92.0)	194	79.0 (40.0, 92.0)	194	77.5 (38.0, 90.0)	194	75.0 (41.0, 89.8)
HDI	169	0.67 (0.50, 0.78)	183	0.69 (0.53, 0.79)	188	0.72 (0.56, 0.81)	189	0.74 (0.60, 0.84)	189	0.75 (0.61, 0.84)	189	0.75 (0.61, 0.85)	189	0.74 (0.61, 0.84)
所得指数	187	0.68 (0.53, 0.80)	188	0.70 (0.55, 0.83)	190	0.72 (0.57, 0.84)	190	0.74 (0.60, 0.86)	190	0.75 (0.61, 0.87)	190	0.76 (0.61, 0.88)	190	0.75 (0.61, 0.87)
教育指数	172	0.57 (0.40, 0.69)	184	0.60 (0.44, 0.74)	188	0.65 (0.48, 0.77)	189	0.68 (0.53, 0.79)	189	0.69 (0.53, 0.80)	189	0.70 (0.54, 0.81)	189	0.71 (0.56, 0.82)
健康指数	192	0.76 (0.61, 0.83)	192	0.78 (0.64, 0.85)	192	0.79 (0.67, 0.87)	192	0.80 (0.70, 0.89)	192	0.81 (0.70, 0.89)	192	0.81 (0.72, 0.89)	192	0.79 (0.70, 0.87)
汚職の抑制	178	-0.25 (-0.87, 0.63)	188	-0.34 (-0.81, 0.52)	192	-0.34 (-0.78, 0.44)	192	-0.32 (-0.82, 0.62)	192	-0.29 (-0.79, 0.64)	192	-0.27 (-0.85, 0.61)	192	-0.28 (-0.83, 0.60)
高齢者率 (%)	192	4.6 (3.2, 10.0)	192	5.1 (3.2, 11.0)	192	5.2 (3.4, 11.4)	192	5.7 (3.4, 12.9)	192	6.0 (3.5, 13.6)	192	6.3 (3.6, 14.3)	192	6.6 (3.6, 14.9)
合計特殊出生率	192	2.79 (1.86, 4.53)	192	2.57 (1.80, 4.20)	192	2.41 (1.79, 4.02)	192	2.31 (1.70, 3.77)	192	2.23 (1.64, 3.54)	192	2.16 (1.60, 3.41)	192	2.11 (1.58, 3.31)
都市化率 (%)	192	53.8 (33.1, 71.8)	192	55.5 (35.8, 73.2)	192	57.5 (38.3, 74.3)	192	59.7 (39.7, 76.0)	192	60.4 (39.8, 77.0)	192	61.2 (40.6, 77.2)	192	62.0 (41.5, 77.9)

図 1：所得水準別 UHC SCI、4 サブ指数、及び HDI における中央値の年次推移

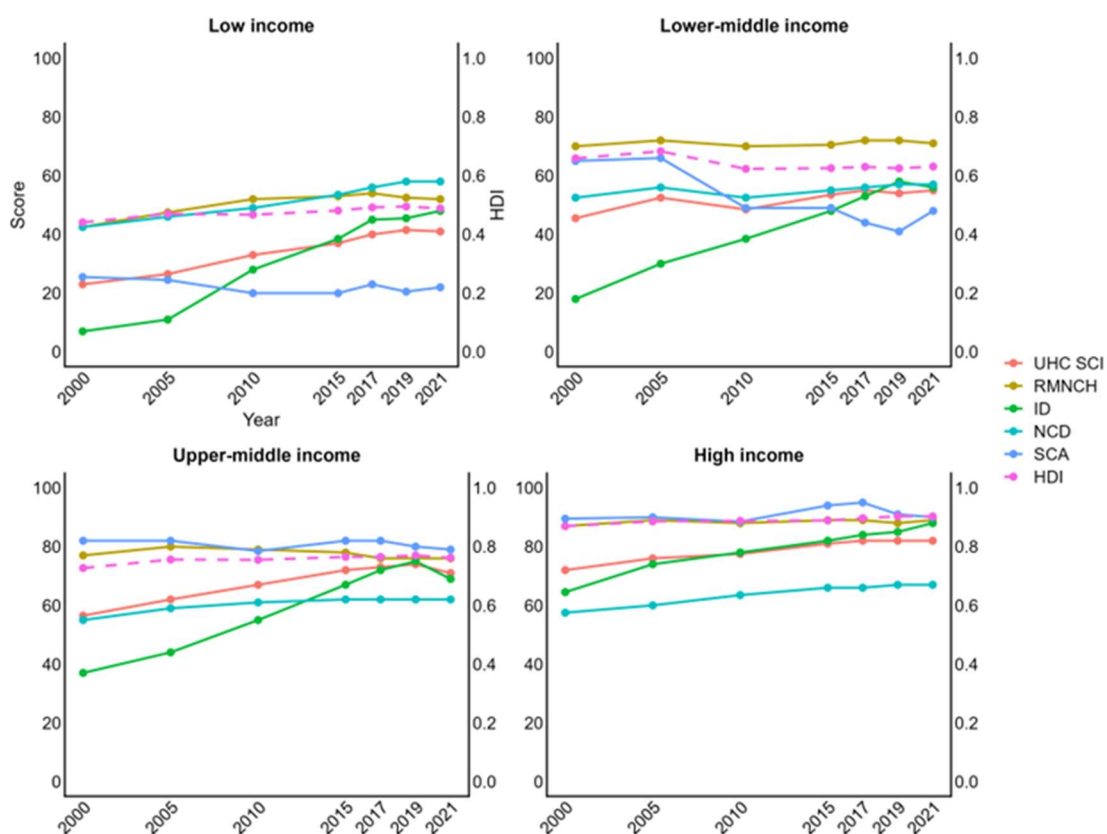


表 2：所得水準別 UHC SCI、4 サブ指数、及び HDI の調整前・調整後平均比

所得 水準	UHC SCI		RMNCH		ID		NCD		SCA		HDI	
	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後
	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)
高所得	Ref		Ref		Ref		Ref		Ref		Ref	
低所得	0.43 (0.41–0.46)	0.70 (0.65–0.75)	0.57 (0.53–0.61)	0.89 (0.83–0.95)	0.35 (0.32–0.38)	0.50 (0.42–0.60)	0.77 (0.74–0.81)	0.92 (0.85–0.99)	0.31 (0.26–0.36)	0.76 (0.65–0.88)	0.53 (0.51–0.56)	0.74 (0.71–0.77)
低中所得	0.66 (0.63–0.70)	0.84 (0.80–0.89)	0.78 (0.75–0.81)	0.97 (0.93–1.02)	0.55 (0.52–0.59)	0.68 (0.62–0.76)	0.84 (0.79–0.89)	0.93 (0.88–0.99)	0.61 (0.56–0.67)	0.92 (0.84–0.99)	0.72 (0.69–0.74)	0.85 (0.83–0.88)
高中所得	0.85 (0.82–0.88)	0.92 (0.89–0.95)	0.86 (0.83–0.89)	0.95 (0.92–0.99)	0.77 (0.73–0.81)	0.85 (0.80–0.90)	0.94 (0.90–0.98)	0.92 (0.88–0.96)	0.87 (0.83–0.91)	1.01 (0.96–1.07)	0.85 (0.83–0.87)	0.93 (0.91–0.95)

図 2：地域別 UHC SCI、4 サブ指数、及び HDI における中央値の年次推移

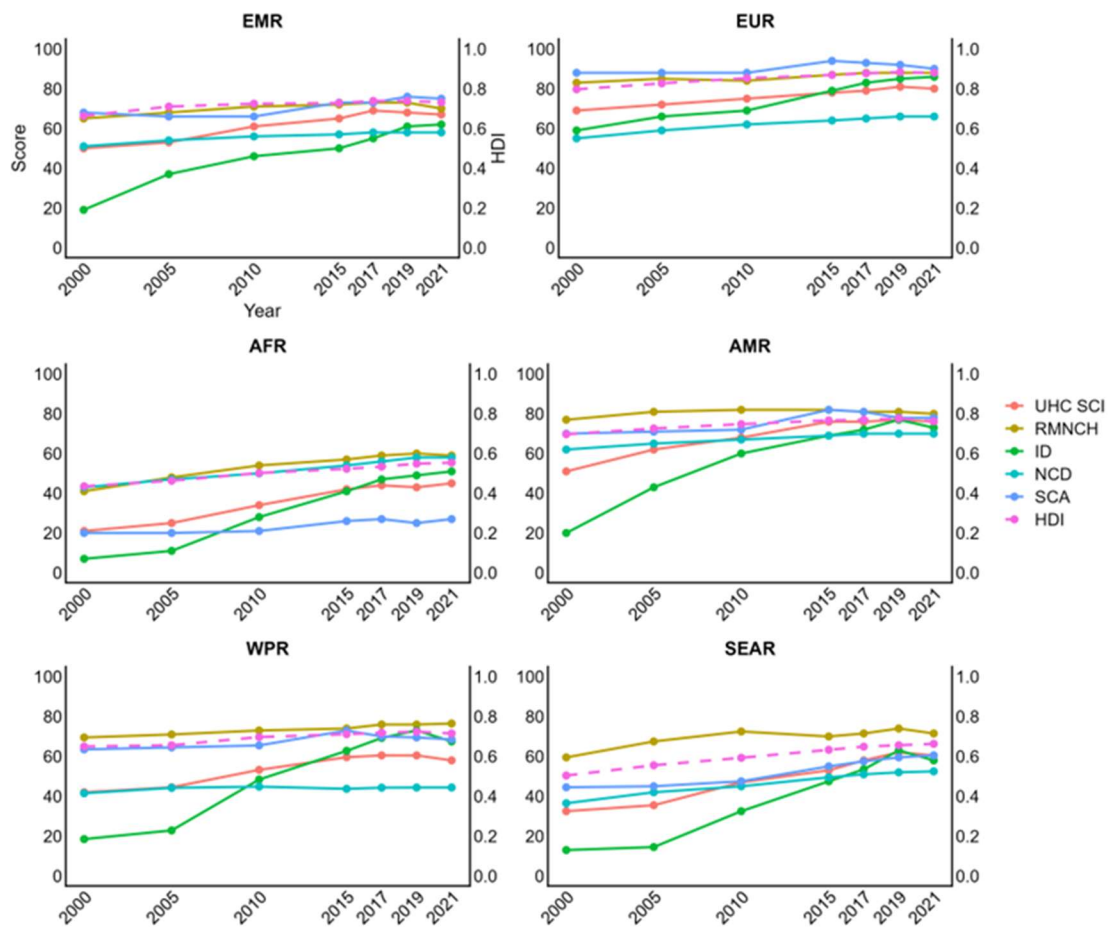
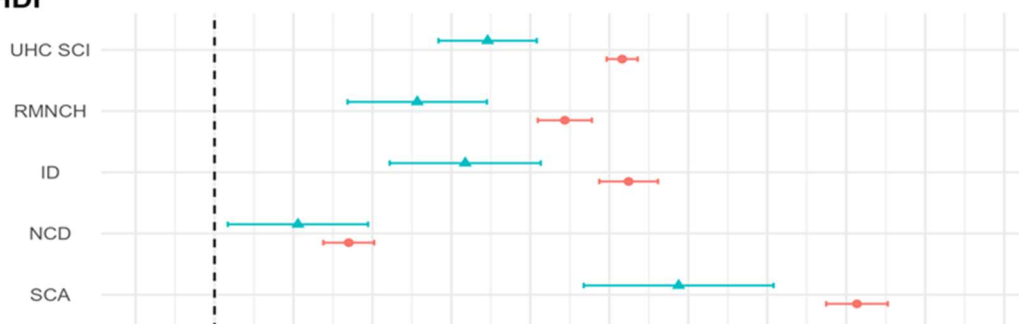


表 3：地域別 UHC SCI、4 サブ指数、及び HDI の調整前・調整後平均比

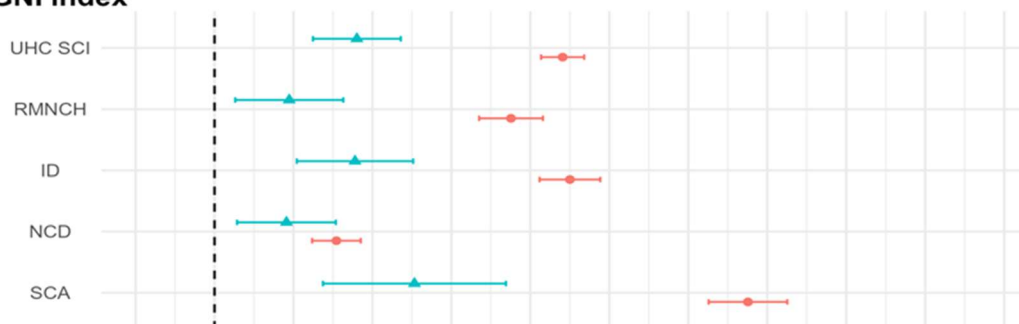
地域	UHC SCI		RMNCH		ID		NCD		SCA		HDI	
	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後	調整前	調整後
	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)	平均比 (95%CI)
EUR	Ref		Ref		Ref		Ref		Ref		Ref	
EMR	0.75 (0.67–0.85)	0.99 (0.91–1.07)	0.78 (0.68–0.88)	0.96 (0.88–1.04)	0.68 (0.58–0.80)	0.99 (0.88–1.12)	0.92 (0.88–0.95)	1.03 (0.96–1.12)	0.71 (0.60–0.85)	0.94 (0.83–1.07)	0.81 (0.74–0.89)	0.96 (0.91–1.00)
AFR	0.53 (0.49–0.58)	0.96 (0.89–1.04)	0.65 (0.60–0.71)	0.97 (0.90–1.05)	0.50 (0.45–0.55)	1.03 (0.89–1.19)	0.84 (0.81–0.87)	1.08 (1.00–1.16)	0.34 (0.28–0.41)	0.72 (0.61–0.86)	0.61 (0.58–0.65)	0.92 (0.88–0.96)
AMR	0.93 (0.88–0.97)	1.05 (1.00–1.09)	0.97 (0.92–1.02)	1.04 (0.99–1.10)	0.85 (0.79–0.91)	1.02 (0.97–1.09)	1.10 (1.06–1.14)	1.19 (1.12–1.25)	0.84 (0.78–0.89)	0.91 (0.85–0.98)	0.88 (0.84–0.92)	0.95 (0.93–0.98)
WPR	0.77 (0.69–0.85)	0.97 (0.92–1.03)	0.89 (0.83–0.95)	1.00 (0.95–1.06)	0.74 (0.65–0.83)	1.02 (0.94–1.10)	0.77 (0.68–0.86)	0.90 (0.82–0.99)	0.76 (0.67–0.86)	0.94 (0.85–1.02)	0.85 (0.79–0.91)	0.97 (0.95–1.00)
SEAR	0.69 (0.61–0.77)	0.93 (0.86–1.01)	0.85 (0.76–0.94)	0.97 (0.88–1.07)	0.59 (0.51–0.68)	1.02 (0.93–1.12)	0.80 (0.72–0.90)	0.90 (0.80–1.00)	0.62 (0.50–0.76)	0.77 (0.65–0.90)	0.75 (0.69–0.82)	0.95 (0.90–1.00)

図 3 : HDI 及び各構成要素が 0.1 増加した時の UHC SCI 及び 4 サブ指数の推定変化量

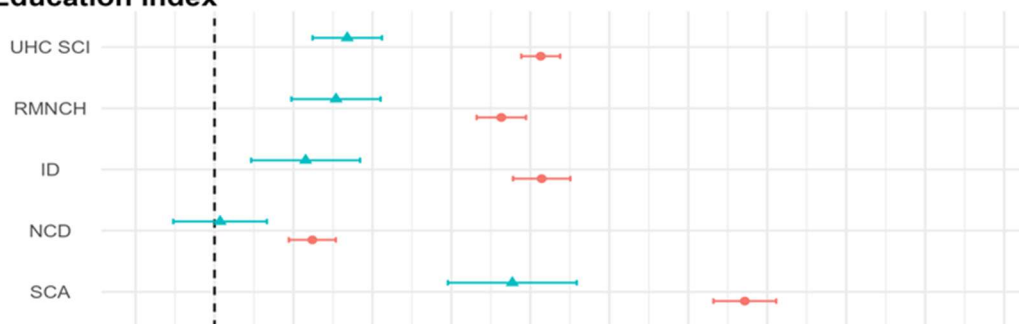
HDI



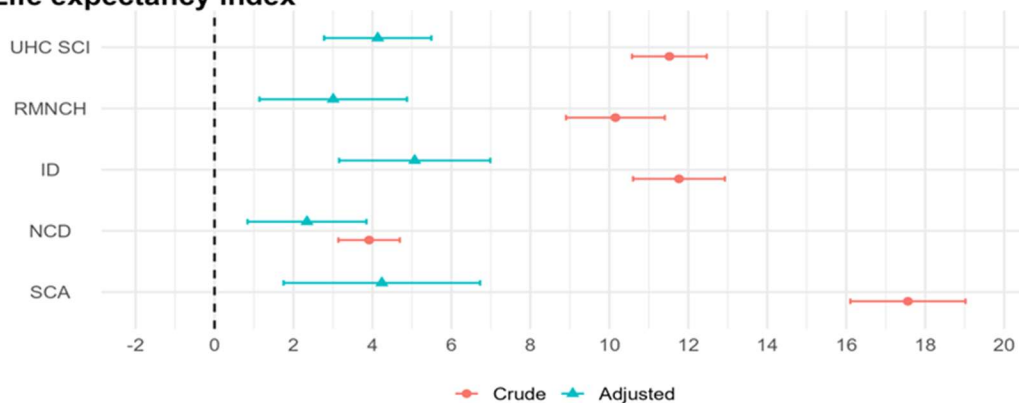
GNI index



Education index



Life expectancy index



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 7 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 ーWHO 等の二次データを用いた関連分析と z スコアによる可視化ー

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 特任教授）

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）

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）

研究要旨

【目的】ポスト SDGs を見据え、UHC Service Coverage Index (UHC SCI) に口腔保健をどのように反映し得るかを検討するため、WHO 等の国際二次データを用いて、UHC 関連指標と口腔保健指標との関連性を分析した。また、その結果で得られた主要な口腔保健指標について、所得水準別に z スコアで可視化を試みた。

【方法】2019 年の WHO Global Health Observatory に収載された口腔保健 13 指標と UHC SCI スコアを分析に用いた。対象国は 191 か国であり、スピアマン順位相関係数、国の所得区分を調整した偏相関係数による分析を行い、UHC 関連指標と有意な関連を有する口腔保健指標を抽出した。その後、対象国を所得群別に分けて、各々の群について z スコア散布図を作成した。

【結果】スピアマン順位相関係数では、高齢期の無歯顎者率、ショ糖供給量、歯科医療費、口腔疾患による労働生産性損失、フッ化物配合歯磨剤の入手状況、歯科専門職人材が UHC SCI スコアと有意に関連した。次に、国の所得レベルを調整した偏相関係数を求めたところ、歯科医療費と口腔疾患による労働生産性損失の 2 指標が UHC SCI スコアと有意な関連性を認めた。これらの口腔保健の財政に関する 2 指標について、次に z スコアを用いて、そのばらつきの状況を可視化した。その結果、同一所得群内でも UHC SCI と口腔保健に関する財政指標の相対的位置にばらつきが認められた。

【結論】次期 SDGs の UHC 指標への口腔保健の反映を検討する際、歯科医療費および口腔疾患による労働生産性損失は、候補指標であることが示唆された。

A. 研究目的

う蝕や歯周病に代表される歯科疾患の有病率は世界的に高率であり、多くの国々で口腔保健の拡充が求められている。WHO は WHA74.5 以降、口腔保健を UHC および非感染性疾患（NCDs）対策の枠組みに位置づけ、2030 年までの行動計画においても口腔保健の統合を明示している[1-3]。しかし、現行の UHC Service Coverage Index（UHC SCI）には口腔保健に関する直接的な構成指標が含まれておらず、次期 SDGs に向けてどのような口腔保健指標を反映させるべきかについて十分な整理がなされていない。

我々が行った昨年度の関連研究のレビューでは、人口 10 万人当たりの歯科医師数や幼児での齲蝕有病率など、口腔保健の UHC 統合候補となり得る複数の指標が抽出された[4, 5]。また、早期小児う蝕を対象として、UHC SCI および保健医療支出との関連を国際比較により検討した生態学的研究も報告されている[6]。一方、これらの候補指標と UHC SCI との関連性を、口腔保健指標をより広く対象として多国間データで検証した知見は限られている。そこで本研究では、WHO 等の二次データを用いて UHC SCI スコアと口腔保健指標との関連性を定量的に検証するとともに、国の所得水準別に z スコアを用いた可視化を行い、次期 SDGs の UHC 指標に口腔保健を反映させるための方向性を検討した。

B. 研究方法

本研究では、口腔保健指標として、WHO Global Health Observatory（GHO）に収載された口腔保健関連データを用いた[7]。データ欠損が比較的少ない 2019 年のデータを採用し、口腔疾患の有病状況、そのリスク因子、歯科医療費等の財政的要因、フッ化物配合歯磨剤の入手可能性、および歯科保健医療人材に関する 13 指標を解析対象とした（表 1）。

本研究では、UHC 関連指標としては保健医療サービスへのアクセスと提供体制を包括的に把握するため、SDG 3.8.1 に位置付けられる UHC service coverage index（UHC SCI）を目的変数とした[8]（表 2）。UHC SCI は 14 のトレーサー指標を統合した 0~100 の合成指標であり、各国の必須保健医療サービスの到達状況を比較可能な形で要約できる。

一方、国の所得区分は世界銀行の基準に基づき、低所得国（1 人当たり GNI 1,135 US\$ 以下）、下位中所得国（1,136~4,465 US\$）、上位中所得国（4,466~13,845 US\$）、高所得国（13,846 US\$ 以上）に区分した[9]。今回の分析の対象国は 191 か国であった。

分析に際しては、各変数の分布が正規分布でなかったため、UHC SCI に対して、すべての口腔保健データとのスピアマン順位相関係数を算出した。次いで、経済水準の影響を考慮するため、世界銀行の所得区分を調整変数とした偏相関係数を求めた。さらに、偏相関係数で有意な関連性が認められた指標について、所得群ごとに z スコア（ $z = (x - \text{群平均}) / \text{群標準偏差}$ ）を算出し、UHC SCI との散布図により可視化した。

（倫理面の配慮）

本研究は、国立保健医療科学院での研究倫理審査の承認を得て、実施された（NIPH-IBRA#25010）。

表 1 使用した口腔保健指標

領域	指標
口腔疾患の有病状況	① 乳歯未処置齲蝕有病率（1-9 歳） ② 永久歯未処置齲蝕有病率（5 歳以上） ③ 重度歯周病有病率（15 歳以上） ④ 無歯顎者率（20 歳以上）
リスク因子	⑤ 一人当たり精製糖供給量（g/日）
経済的因子	⑥ 歯科医療費（百万 US\$） ⑦ 一人当たり歯科医療費（US\$/人） ⑧ 口腔疾患による総労働生産性損失（百万 US\$）
予防的因子	⑨ フッ化物配合歯磨剤の価格の手頃さ ⑩ 1 人当たり年間必要量の歯磨剤購入に要する労働日数
歯科保健医療人材	⑪ 歯科技工士数（人口 1 万対） ⑫ 歯科医師数（人口 1 万対） ⑬ 歯科助手・歯科療法士数（人数）

表 2 使用した UHC 関連指標

指標	内容
Universal Health Coverage Service Coverage Index (UHC SCI)	14 のトレーサー指標から構成される総合指標で、0～100 の範囲をとり、値が高いほどサービスカバレッジが高い。

C. 研究結果

1. UHC 関連指標と口腔保健指標との関連性

スピアマン順位相関係数による UHC SCI スコアと口腔保健諸データとの関連性を表 3 に示す。特に、UHC SCI スコアとの関連が大きかったのは、一人当たり歯科医療費（ $r_s = 0.78$ ）、歯科技工士数（ $r_s = 0.74$ ）、歯科医師数（ $r_s = 0.68$ ）、無歯顎者率（ $r_s = 0.68$ ）、フッ化物配合歯磨剤の入手しやすさ（ $r_s = 0.57$ ）、歯科医療費総額（ $r_s = 0.55$ ）、精製糖供給量（ $r_s = 0.50$ ）、および歯磨剤購入に必要な労働日数（ $r_s = -0.75$ ）であった。一方、乳歯・永久歯の未処置齲蝕有病率および重度歯周病有病率は、UHC SCI スコアとの関連が限定的であった。

表 3 スピアマン順位相関係数で UHC SCI スコアと有意な関連性を示した口腔保健指標

区分	指標	順位相関係数 (r_s)	備考
健康アウトカム	無歯顎者率 (20 歳以上)	0.681	UHC 高値国ほど高齢期の歯の喪失が多い傾向もみられ、単純な有病率指標だけでは UHC の達成度を表しにくい。
リスク因子	一人当たり精製糖供給量	0.500	経済発展や食生活の変化を反映する可能性がある。
経済指標	歯科医療費総額	0.554	歯科部門への資源投入規模との関連を示す。
	一人当たり歯科医療費	0.777	単純相関では最も強く、歯科医療への資源配分を反映する。
	口腔疾患による労働生産性損失	0.335	口腔疾患負担の社会経済的影響を示す。
予防的因子	フッ化物配合歯磨剤の入手しやすさ	0.565	基本的予防資材へのアクセスと関連する。
	歯磨剤購入に必要な労働日数	-0.750	UHC 高値国ほど購入に要する労働負担が小さい。
人材	歯科技工士数 (人口 1 万対)	0.742	今回の指標のなかでは欠損データが多かった。
	歯科医師数 (人口 1 万対)	0.681	歯科医療への人的資源の厚みを反映する。

2. 経済水準を調整した偏相関分析

経済水準の影響を排除するために偏相関係数を算出した。その結果、スピアマン順位相関係数で有意な関連を示した多くの口腔保健指標において、関連性は大きく減弱した。偏相関分析の結果、UHC SCI スコアと有意な関連性が残ったのは、歯科医療費総額と口腔疾患による労働生産性損失の 2 項目であった (表 4)。

表 4 所得区分を調整した UHC SCI と口腔保健指標との偏相関

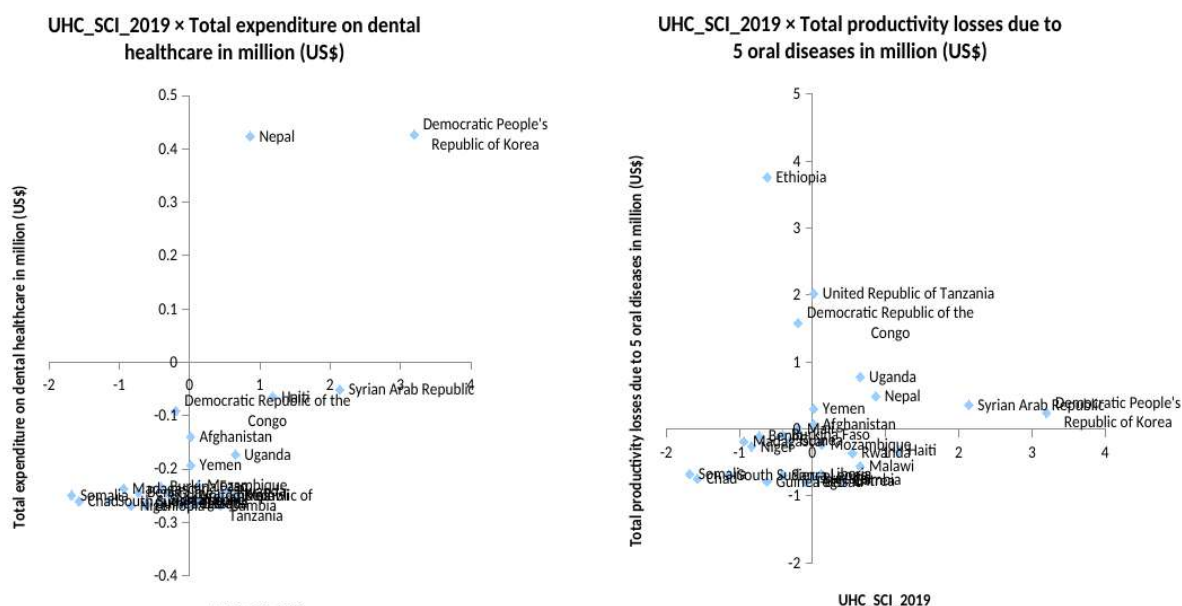
指標	偏相関係数	備考
歯科医療費総額 (百万 US\$)	-0.297	所得水準を調整すると、正の相関は残らず、総額指標の方向性解釈には人口規模・経済規模の影響を考慮する必要がある。
口腔疾患による労働生産性損失 (百万 US\$)	0.264	UHC が高い国でも、口腔疾患負担の社会経済的損失が独立に残存し得る可能性が高い。

注：世界銀行所得区分を調整変数として偏相関係数を算出した。

3. 所得区分別の z スコアによる可視化

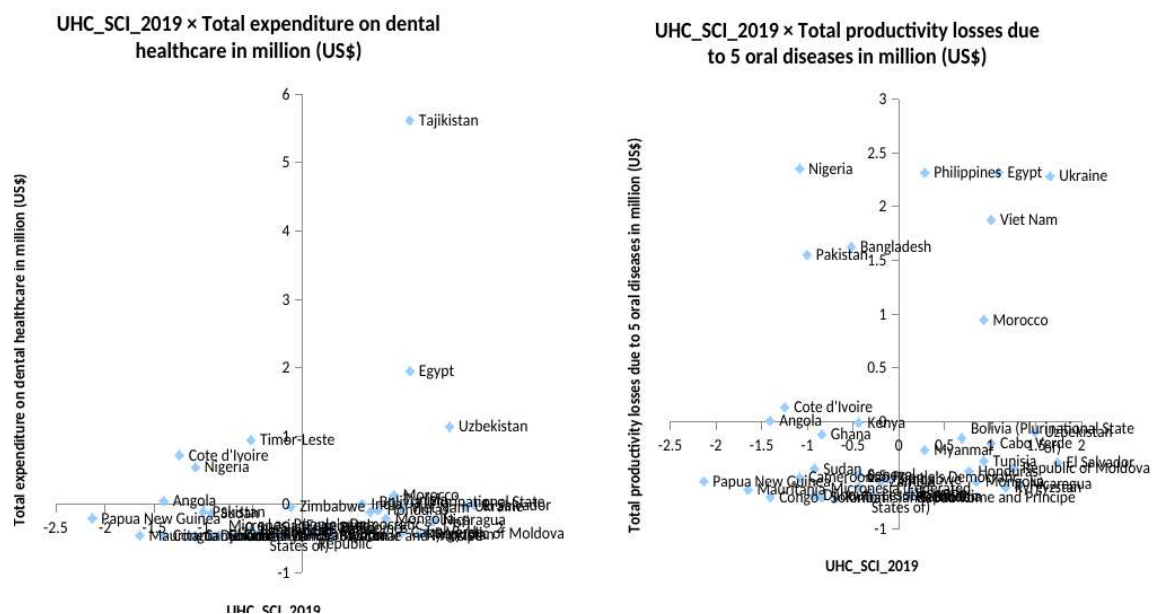
偏相関で関連が残存した 2 指標について、低所得国、下位中所得国、上位中所得国、高所得国の 4 群ごとに z スコア散布図を作成した（図 1-4）。その結果、同程度の UHC SCI を示す国であっても、歯科医療費や口腔疾患による労働生産性損失の相対的位置には群内で大きなばらつきが認められた。

低所得国では、多くの国が歯科医療費で群平均以下に集積した一方、労働生産性損失では一部の高負担国が上方に外れた。下位中所得国以上では分布の広がりが大きくなり、歯科医療費および生産性損失ともに、飛び離れ値を示す国が認められた。



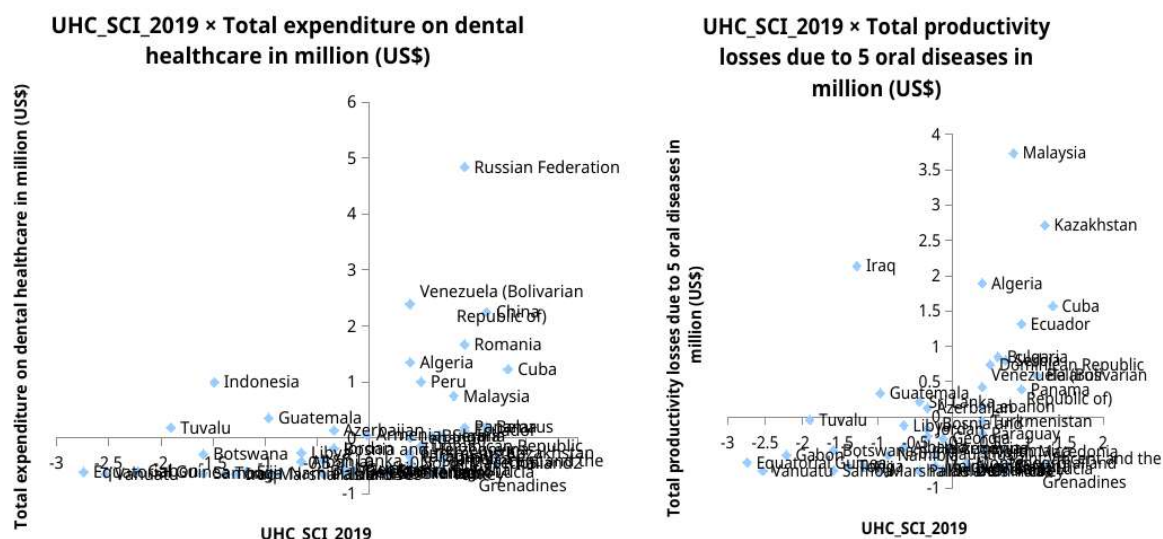
注：左図は UHC SCI と歯科医療費総額、右図は UHC SCI と口腔疾患による労働生産性損失との関係を示す。低所得群では、労働生産性損失の群内ばらつきが比較的大きい。

図 1 低所得国の z スコア散布図



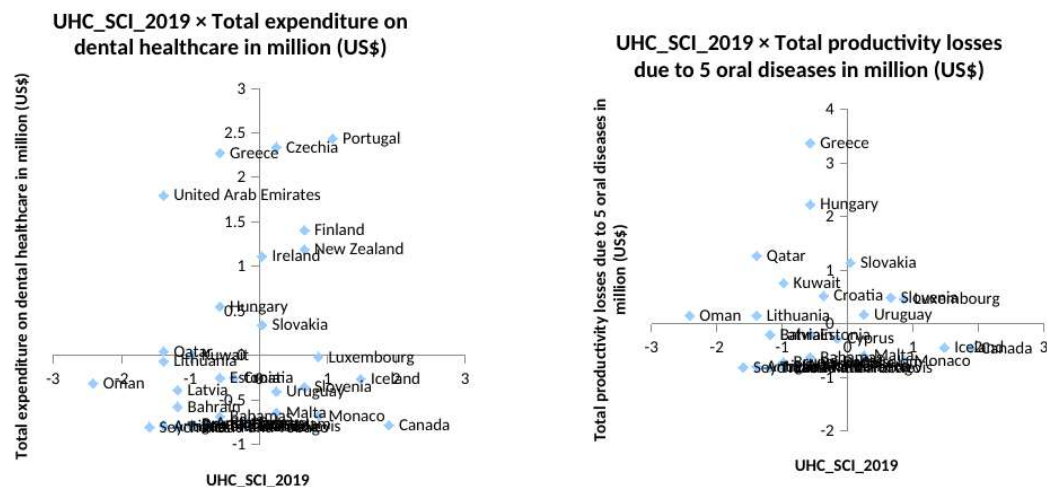
注：下位中所得群では、歯科医療費・生産性損失の双方で主群から離れた国が認められ、群内異質性が明瞭である。

図 2 下位中所得国の z スコア散布図



注：上位中所得群では、同程度の UHC SCI でも口腔保健関連コスト構造に幅があり、国ごとの差異が拡大する。

図 3 上位中所得国の z スコア散布図



注：高所得群でも歯科医療費および生産性損失の分布は一樣ではなく、UHC 達成度が高い国の間でも口腔保健負担の差が残存する。

図 4 高所得国の z スコア散布図

D. 考察

本研究では、WHO 等の二次データを用いて、次期 SDGs の UHC 指標へ口腔保健をどのように反映し得るかを検討した。その結果、スピアマン順位相関係数では歯科医療費、人材配置、フッ化物配合歯磨剤の入手しやすさなど、多面的な口腔保健指標が UHC SCI スコアと有意な関連性を示した。これは、UHC における歯科医療や口腔保健を評価するには、口腔疾患の有病状況のみならず、そのサービス提供体制や財政的な要因を含む広い視点が必要であることを示している。

一方、所得水準を調整した偏相関分析では、スピアマン順位相関で得られた多くの関連性が減弱し、歯科医療費総額および口腔疾患による労働生産性損失のみが有意な関連性を示すものとして残った。すなわち、歯科医師数やフッ化物配合歯磨剤の入手しやすさなどは、口腔保健の UHC 統合を考える上で重要な候補ではあるものの、多国間比較では経済発展段階の影響を強く受けている可能性が高い。また、歯科医療費総額の相関性については、スピアマン順位相関係数と偏相関係数の正負が逆転しており、指標の方向性に関する解釈には人口規模・経済規模の影響を考慮する必要がある。加えて、これらの 2 指標はいずれも総量（百万 US\$）であり、人口規模や経済規模の影響を受けやすい。したがって、UHC 評価に口腔保健の要素を加える場合は、一人当たり指標や GDP 比、総医療費比、あるいは年齢標準化した生産性損失などに変換した上で、実装可能性を検証する必要がある。

z スコアによる可視化は、同一所得群の中で各国がどの位置にあるかを把握するのに有用であった。同程度の UHC SCI スコアを示す国でも、歯科医療費総額および口腔疾患による労働生産性損失といった関連財政指標には相当の差が認められた。単純な世界平均比較だけでなく、ピアグループ内での比較に基づく指標選定が有用であり、口腔保健指標の導入に際して、絶対値のみならず同所得群内での相対的位置を把握することの重要性を示唆していた。

本研究の限界として、2019 年の横断データに基づく解析であること、指標により欠測の程度が異なること、および相関分析であるため因果関係を示すものではないことが挙げられる。今後は、データの更新に合わせた経年分析や、より直接的なアクセス・財政保護指標を

含めた検証が必要である。また、来年度は、同様の分析方法を用いて、リハビリテーションに関する指標の分析も進める予定である。

E. 結論

WHO 等の二次データを用いた分析の結果、口腔保健と UHC との関連は、単純相関では多面的に認められる一方、所得水準を調整すると歯科医療費総額と 口腔疾患による労働生産性損失の 2 指標に収束した。所得群別 z スコアは、これらの指標の群内での相対的位置を可視化する上で有用であった。UHC 指標に口腔保健を反映させるためには、これらの候補指標を人口規模・経済規模の影響を補正した形で標準化し、アクセス指標やサービス内容指標と組み合わせて検討することが求められる。

F. 引用文献

- [1] World Health Organization. Oral health. WHA74.5. Geneva: World Health Organization; 2021.
- [2] World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022.
- [3] World Health Organization. Global strategy and action plan on oral health 2023-2030. Geneva: World Health Organization; 2024.
- [4] 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. 2023;23:251.
- [5] Marques Dos Santos SQ, et al. Oral health approach in universal health coverage. BMC Public Health. 2024;24(1):2633. doi:10.1186/s12889-024-19874-z.
- [6] 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. 2021;21(1):126.
- [7] World Health Organization. Oral health data portal. Global Health Observatory.
- [8] World Bank. UHC service coverage index (SH.UHC.SRVS.CV.XD). World Development Indicators / DataBank metadata glossary.
- [9] World Bank. World Bank country and lending groups.

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

1) 三浦宏子. UHC 指標と口腔保健指標との統合に関する国際的動向. 第 84 回日本公衆衛生学会シンポジウム 70 「グローバルレベルにおける保健医療サービスカバレッジ指標の今後の展望と課題」, 2025 年 10 月 (静岡) .

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 7 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 上席主任研究官)
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

持続可能なユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) の実現に向けて、現行の SDG 指標 3.8.1 (サービスカバレッジ指数) および 3.8.2 (医療費に起因する経済的困難) の枠組みは、気候変動・生物多様性の喪失・環境汚染といった Planetary Health の観点を含んでおらず、保健セクター自体の環境負荷 (世界の温室効果ガス [GHG] 排出量の約 4.4%) も評価対象外となっている。本研究では、Post-2030 の UHC 指標枠組みに Planetary Health 関連指標を統合する方策を検討するため、(1) 国際的な政策枠組み (Lancet Countdown、世界保健機関 [WHO] 運用枠組み、および気候と保健に関する変革的行動のためのアライアンス [ATACH] など) および先進諸国 (英国 NHS [National Health Service]、スウェーデン、オーストラリア) の戦略の文献レビュー、(2) 有識者を対象とした半構造化インタビューを実施した。その結果、Post-2030 の UHC 指標に統合しうる 5 領域 (気候変動の健康影響への対応能力、保健システムの環境フットプリント、気候レジリエンス、環境決定要因との統合、クロスカッティング指標) の指標候補を整理した。有識者ヒアリングからは、データ可用性 (特に低中所得国)、セクター間のサイロ化、公平性の組み込み、政治的実現可能性が主要な障壁として挙げられた一方、保健国家適応計画 (Health NAP) の整備状況、気候関連健康早期警報システムのカバレッジ、保健セクターの GHG 排出量の 3 指標が最優先指標として浮上した。本研究は、Post-2030 の UHC 指標議論に Planetary Health を統合する政策的・技術的な論点を整理するものであり、次年度以降は具体的な指標設計と国際的な合意形成プロセスの検討が課題となる。

A. 研究目的

持続可能な開発目標（SDGs）の達成期限である 2030 年を目前に控え、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の進捗はまだ達成の途上にある。2025 年の世界保健機関（WHO）・世界銀行による「Tracking Universal Health Coverage」報告書によれば、現在の軌道ではサービスカバレッジ指数は 2030 年時点で 100 点満点中 74 にとどまり、およそ 4 人に 1 人が依然として医療費に起因する経済的困難に直面すると予測されている。一方で、気候変動・生物多様性の喪失・環境汚染といった Planetary Health の諸課題は、異常気象による感染症の拡大や熱関連疾患の増加を通じて保健システムが対応すべき疾病負荷が増大している一方、保健セクター自体が世界の温室効果ガス（GHG）排出量の約 4.4%を占めるなど環境負荷の発生源ともなっており、被害者かつ加害者という二重の立場にある保健セクターには、気候変動への適応（adaptation）と緩和（mitigation）の両面からの対応が求められている。

こうした背景を踏まえ、本研究は以下を目的とする。第一に、現行の UHC 指標（SDG 3.8.1/3.8.2）の構造からどのような Planetary Health の観点が不足しているかを整理する。第二に、国際的な政策枠組み（WHO 運用枠組み、気候と保健に関する変革的行動のためのアライアンス [ATACH]、COP28 UAE 枠組み、Lancet Countdown）および先進諸国（英国、スウェーデン、オーストラリア）における保健システムと Planetary Health に関する取り組みを整理し、そこから UHC 指標に反映しうる要素を抽出する。第三に、Post-2030 の UHC 指標枠組みに統合しうる Planetary Health 関連指標の候補を整理する。第四に、有識者ヒアリングを通じて、指標統合の方向性、技術的・政治的課題、最優先指標を明確化する。本研究の成果は、Post-2030 期に向けた我が国の国際保健戦略および国内の UHC 施策の設計に資することを目指すものである。

B. 研究方法

本研究では、文献レビューと有識者ヒアリングを組み合わせた混合手法を採用した。

(1) 文献レビュー

UHC 指標（SDG 3.8.1/3.8.2）、Planetary Health、気候変動と保健、保健システムの環境フットプリントに関する国際機関文書および学術論文をレビューした。具体的には、WHO・世界銀行の UHC モニタリング報告書（2025 年）、WHO の「気候レジリエントかつ低炭素な保健システムのための運用枠組み（2023 年改訂版）」、Lancet Countdown on Health and Climate Change（2024・2025 年報告書）、第 28 回国連気候変動枠組条約締約国会議（COP28）で示された UAE グローバル気候レジリエンス枠組み、および Stockholm Resilience Centre によるプラネタリーバウンダリー評価（2023 年更新）等を対象とした。学術文献については、PubMed・Google Scholar・PubMed Central を用いて、「UHC indicators」「planetary health」「climate-resilient health systems」「health care carbon footprint」等のキーワード組み合わせで検索を行い、2020 年以降に出版された主要なレビュー論文・原著論文を選定した。

また、気候変動と保健の統合的な政策を実装している先進的な国々の事例として、英国 NHS（National Health Service）、スウェーデン、オーストラリアの公式戦略文書

を分析対象とした。

(2) 有識者ヒアリング

文献レビューを踏まえて、UHC・保健システム研究者、気候変動・環境保健の専門家、国際機関の政策担当者を対象とする半構造化インタビューのガイドを作成した。インタビューガイドは7セクション・全23問で構成し、(i)導入（回答者の専門領域および Planetary Health との関連）、(ii)UHC に含めうる指標候補の検討（5領域：気候健康影響への対応能力、環境フットプリント、気候レジリエンス、環境決定要因との統合、クロスカutting指標）、(iii)指標設計・実装上の技術的論点、(iv)ガバナンスと政策プロセス、(v)公平性と包摂性、(vi)総合評価と提言を扱う構成とした。インタビューは1回あたり60～90分とし、対面またはオンラインで実施した。回答内容は匿名化のうえ、研究目的に限り使用することを各対象者に説明し、同意を得た。

C. 研究結果

1. 現行 UHC 指標の構造と Planetary Health の観点からの欠落

UHC の進捗は2つのSDG指標によってモニタリングされている。SDG指標3.8.1（UHC サービスカバレッジ指数）は、必須保健サービスのカバレッジを0～100のスケールで評価する合成指標であり、リプロダクティブ・母子保健（RMNCH）、感染症、非感染性疾患（NCD）、サービス提供能力・アクセス等の指標から構成される。SDG指標3.8.2は、自己負担医療費に起因する経済的困難（壊滅的支出および貧困化）を経験する人口の割合を追跡する。2025年のWHO/世界銀行モニタリング報告書によれば、2000年以降のサービスカバレッジ指数の上昇の52%は感染症対策によるものであり、NCD領域は2023年時点で61ポイントと最も低い水準にとどまっている。

現行のUHC指標体系には、Planetary Health の観点から以下の側面が含まれていないことが確認された。第一に、気候感受性疾患（熱関連疾患、ベクター媒介性感染症の地理的拡大、大気汚染関連疾患等）への対応能力が捕捉されていない。第二に、保健システムの環境フットプリント（GHG排出量、医療廃棄物、水資源使用等）が評価対象外である。世界の保健セクターのGHG排出量は世界全体の約4.4%を占め、高所得国では最大10%に達するとされる。第三に、異常気象に対する保健施設の耐性、早期警報システム、予防接種事業等のPHCを継続するための計画整備状況といった保健システムのレジリエンスが含まれていない。第四に、水・衛生・食料安全保障等の環境決定要因は別のSDGs（SDG6、SDG2等）で管理されており、保健サービスと包括的に（横断的に）評価する仕組みが不足している。

2. 気候変動の健康影響に関する最新エビデンス

Lancet Countdown on Health and Climate Change（2024年・2025年報告書）は、気候変動関連の健康ハザード・曝露・影響を追跡する15指標のうち10が直近年に懸念すべき新記録に達したことを報告している。主要な知見として、(1)65歳以上の熱関連死亡率は1990年代比167%増加し、気温上昇がなかった場合に予測される65%増を102ポイント上回ること、(2)世界の陸地面積の61%で極端な降水日数が増加し、48%が2023年に少なくとも1ヶ月の極端な干ばつの影響を受けたこと、(3)干ばつと熱波の増加は評価対象の124カ国において1億5,100万人の追加的な中等度～重度食料不安と関連したこと（2022年、過去最高値）、(4)砂塵嵐への曝露人口は2003～07年比

2018～22年で31%増加したこと等が報告されている。また、デング熱・マラリア・ジカ熱等を媒介する蚊（ネッタイシマカやヒトスジシマカ）の繁殖適地の拡大、流行期間の長期化、未流行地域への侵入が確認されている。

Stockholm Resilience Centre が提唱するプラネタリーバウンダリーの 2023 年更新評価では、9つの閾値のうち6つ（気候変動、生物圏の一体性、生物地球化学的循環（窒素・リン）、土地利用の変化、新規化学物質汚染、淡水変化）がすでに超過されている。これらは熱波の頻発化、感染症の地理的拡大、食料安全保障の脅威、大気汚染の悪化等を通じて、保健システムへの負荷を増大させている。気候変動は保健システムへの「需要」を増大させると同時に、極端気象事象を通じてサービス提供能力（「供給」）を毀損する。UHC 指標がこの二重の圧力を捕捉できていないことは、重大なモニタリングギャップである。

3. 諸外国の戦略動向（英国・スウェーデン・オーストラリア）

気候変動対策と公衆衛生政策の統合が進んでいる先進諸国の戦略を分析した。

英国 NHS は、2040 年までに直接排出、2045 年までにサプライチェーンを含む全排出のネットゼロを目指すという野心的な目標を掲げ、医療機関別の排出量やエネルギー消費を厳密にモニタリングし実行プランを整備している。NHS の戦略的特徴として、(i)保健システムの適応（レジリエンス強化）と保健セクター自身の脱炭素

（mitigation）を同時に進める「二本柱アプローチ」、(ii)健康影響を他部門の気候政策に組み込む「ヘルス・イン・オール・ポリシー」、(iii)自国が決定する貢献

（Nationally Determined Contributions：NDC）や国家適応計画など国全体の気候政策と整合した運用、(iv)気候関連の健康影響、医療セクターの炭素排出量、保健システム機能の各側面における具体的な指標設定が挙げられる。

スウェーデンは 2045 年ネットゼロを掲げる「気候政策フレームワーク」の下、公衆衛生庁が気候影響評価を実施し、欧州の枠組みと連携し自治体レベルでの適応策を推進している。

オーストラリアは 2023 年に「国家健康・気候戦略」を策定し、保健システムの脱炭素化と熱波・災害に強いシステムの構築を 49 の行動計画で推進している。

これらの国に共通するのは、気候変動対策を「医療の外側」ではなく「医療の質と持続可能性」の核心に据えている点である。本研究の主題に即していえば、英国 NHS のような具体的指標体系の運用経験は、Post-2030 の UHC 指標に Planetary Health 関連視点を組み入れる際の参考となる。

4. 国際的政策枠組み（WHO、ATACH、COP28）

WHO は 2023 年に「気候レジリエントかつ低炭素な保健システムのための運用枠組み」を発表し、リーダーシップとガバナンス、保健人材、脆弱性・能力・適応評価、統合的リスクモニタリング・早期警報、保健・気候研究、気候レジリエントかつ持続可能な技術・インフラ、環境衛生決定要因の管理、気候情報を活用した保健プログラム、緊急事態準備・管理、気候・保健財政の 10 要素を提示している。2021 年の COP26（グラスゴー）において 75 カ国以上の保健大臣が気候レジリエントかつ低炭素な保健システム構築への WHO 支援を要請し、これを受けて 2022 年に ATACH（気

候と保健に関する変革的行動のためのアライアンス）が正式に設立された。2023年12月時点で、50カ国が保健の脆弱性・適応ニーズの正式評価を実施し、43カ国が保健国家適応計画（Health NAP）を策定していると報告されている。

2023年のCOP28で採択されたUAEグローバル気候レジリエンス枠組みは、UNFCCCの決定文書に初めて保健指標を組み込んだ歴史的な文書である。同枠組みは気候変動からの直接的な健康リスクに加え、水安全保障・食料と栄養・自然の保全と再生など、従来は「保健」の傘に含まれなかった領域への影響にも言及した。これは、保健と環境のモニタリングの統合に向けた重要な政策的シグナルである。一方、これらの政策枠組みはいまだUHCの公式指標体系（SDG 3.8）とは接続されておらず、Post-2030の枠組み設計においてその統合が課題となっている。

5. Post-2030 UHC 指標に組み入れうる Planetary Health 関連指標の候補

先行研究、政策文書、Lancet Countdown 指標体系、WHO 運用枠組みを踏まえ、Post-2030のUHC指標に統合しうるPlanetary Health関連指標の候補を以下の5領域に整理した。

(1) 気候変動の健康影響への対応能力：熱関連疾患の診断・管理能力、ベクター媒介性感染症への監視・対応能力、大気汚染関連疾患へのサービス提供、気候関連食料不安に伴う栄養サービス、気候・環境関連メンタルヘルスサービス、(2) 保健システムの環境フットプリント：保健セクターの一人当たり GHG 排出量、医療廃棄物の適切な管理率、保健施設のエネルギー効率・再生可能エネルギー利用率、医薬品サプライチェーンのライフサイクルアセスメント（LCA）ベースの環境負荷、水資源の持続可能な利用、(3) 保健システムの気候レジリエンス：保健国家適応計画（Health NAP, 国連気候変動枠組条約〔UNFCCC〕のもとで各国が策定する National Adaptation Plan（NAP、国家適応計画）のうち、保健セクターに焦点を当てた計画）の策定・実施状況、保健施設の気候リスク評価・対策実施率、気候関連健康早期警報システム（HEWS）の人口カバレッジ、気候災害時の保健サービス継続計画（BCP）の整備率、保健施設インフラの気候耐性、(4) 環境決定要因とUHCの統合：安全な水・衛生と保健サービスの統合的モニタリング、人獣共通感染症の監視体制（One Health アプローチ）、抗菌薬耐性（AMR）の環境的側面のモニタリング、(5) クロスカuttingな指標：保健人材のPlanetary Health教育の普及率、気候・保健分野への国内公的投資額、Planetary Health関連の研究・データインフラ整備状況、健康影響評価（HIA）における環境要因の統合度。

6. UHC 指標への Planetary Health 統合の 3 つのアプローチ

UHC 指標への Planetary Health 統合のアプローチとして、3つのオプションが考えられる。まず1つ目は、サービスカバレッジ指数の既存4領域（生殖・新生児・母乳児・小児保健[RMNCH]、感染症、非感染症疾患[NCD]、サービス提供能力・アクセス）にPlanetary Health関連指標を第5の領域として追加する。Planetary Healthの進捗もUHCサービスカバレッジ指数の一部として表現されるため、既存のUHC指標体系と一体的に運用できる。2つ目はSDG 3.8.3としてPlanetary Health関連の独立指標を設計する。既存指標への影響を最小化できるが、3.8.1/3.8.2との統合的解釈が困

難となる。3つ目は、UHC サービスカバレッジ指数の4領域構造（RMNCH、感染症、NCD、サービス提供能力・アクセス）はそのまま維持し、各領域を構成する個別の測定指標を追加することで Planetary Health の視点を組み込む。具体的には、感染症領域にはデング熱やマラリアなど気候の影響を受けやすい感染症の指標を、NCD 領域には熱中症や大気汚染関連疾患の指標を、サービス提供能力・アクセス領域には保健施設の温室効果ガス排出量など環境負荷に関する指標を、それぞれ追加することが想定される。この方式は、UHC 指標の枠組みそのものは変更せず、既存の4領域の中身を充実させる形で対応するため、国際的な合意形成が比較的容易と考えられる。一方で、保健システム全体の環境負荷や気候災害に対する備え（気候レジリエンス）といった、4領域のいずれにも収まりにくい広範な視点を扱うには限界がある。

7. 有識者ヒアリング結果

(1) 現行 UHC 指標における最大の欠落について：複数の有識者は、保健システムの環境フットプリント（特に GHG 排出量）と気候レジリエンス（特に保健医療サービスの災害時における継続性）が現行枠組みの最も大きな欠落であると指摘した。一方、UHC 指標が「カバレッジ（到達性）」に重点を置く一方、洪水や熱波などの気候災害時に医療施設の機能が停止するリスク（医療施設の被災、停電・断水によるライフライン途絶、医療従事者の被災等）が体系的に捉えられていない点を構造的問題として強調する意見もあった。

(2) UHC と Planetary Health のトレードオフとシナジー：トレードオフの典型例として、医療アクセス拡大に伴うサプライチェーンの環境負荷増、医療廃棄物の増加、患者移動の増加が挙げられた。シナジー例としては、予防重視への転換、プライマリヘルスケアの強化、植物ベース食事の推奨、能動的移動（徒歩・自転車）の促進が、健康と CO2 削減の両立をもたらすことが指摘された。「ネットゼロ医療への移行は単なる気候戦略ではなく、医療の質と公平性を再定義する社会的移行である」との認識が共有された。

(3) 最優先の3指標：複数の有識者が共通して挙げた最優先指標は、(i)保健国家適応計画（Health NAP）の策定・実施状況をモニタリングできる仕組みの確立、(ii)気候関連健康早期警報システム（HEWS）の人口カバレッジ、(iii)保健セクターの一人当たり GHG 排出量であった。Health NAP はガバナンス指標として国家コミットメントを示し、HEWS は予防的介入の鍵となる、GHG 排出量は持続可能性の根幹を測る、というのが選定理由として共有された。その他には、保健施設の気候リスク評価実施率、Health NAP 実施に伴う公的投資額なども挙げられた。

(4) データ可用性と実装上の課題：低中所得国（LMICs）におけるデータ可用性が最も実装的なボトルネックとして共有された。GHG 排出量データは大半の国で体系的に収集されておらず、施設レベルでの測定基盤が脆弱である。一方、HEWS や Health NAP は既存の制度的取り組みと整合的であり、相対的にデータ収集の追加負担が小さいと評価された。デジタルヘルス・AI 技術の活用がデータ収集コスト低減の鍵として提案された。

(5) サイロ化の克服：保健・環境・気候は、それぞれ UNFCCC、国連環境計画（UNEP）、WHO など異なる UN 機関が管轄しており、機関間の協調不足が Planetary

Health の統合的ガバナンスを阻む構造的要因とされた。指標設計の段階から、UHC2030 プラットフォーム、ATACH などの既存枠組みとの連携を図ることが提言された。国レベルでも、保健・環境・気候・財務の各省横断的な指標管理メカニズムが必要とされた。

(6) 公平性の組み込み：気候変動の健康影響は脆弱な集団（貧困層、先住民族、小島嶼開発途上国、高齢者等）に不均衡に及んでおり、すべての指標についてサブグループ分析（性別、所得階層、都市・農村、年齢層等）を含めるべきとの意見が共有された。先住民族の知識体系については、指標の「測定対象」としてではなく、指標設計プロセスへの参加を通じて反映すべきとの意見もあった。

D. 考察

本研究では、Post-2030 の UHC 指標枠組みに Planetary Health 関連指標を統合する方策を、文献レビューと有識者ヒアリングを通じて検討した。本節では、研究結果を踏まえた考察を 3 つの観点（戦略的統合の 3 基柱、主要な障壁と対応策、今後の研究上の論点）から整理する。

1. 戦略的統合の 3 基柱

本調査および諸外国の動向、有識者ヒアリングの結果を踏まえると、気候変動対策を UHC の枠組みに統合するためには、3 つの観点による戦略的な連携が求められる。第一に、ガバナンスの統合（部局横断的な政策連携）である。気候変動と健康の問題は単一の省庁で完結するものではなく、環境部門と保健部門が縦割りを排し、共通の目標（ネットゼロ医療や気候レジリエンスの向上）に向かってリソースを共有するガバナンス体制の構築が必要である。英国やオーストラリアのように、国家戦略として両部門の役割を明記し、データ駆動型の指標を共同で管理する体制が参考となる。

第二に、UHC が提供する「必須サービス」の中に、熱中症、呼吸器疾患、媒介型感染症（デング熱・マラリア等）といった気候変動に関連する疾患のケアを明示的に組み込むことである。予防から一次医療に至るまで、気候リスクに対する保障を「標準的な医療サービス」として、すべての国民が等しく享受できる体制を整えることが可能となる。

第三に、情報システムの統合（先制的な早期警報システムの構築）である。被害が発生した後に対応するのではなく、被害を未然に防ぐ「先制型」の保健システムへの転換が不可欠である。気象予測データと保健・診療データをリアルタイムでリンクさせ、熱波や感染症の流行兆候を事前に察知する早期警報システム（HEWS）の構築は、地域ごとの脆弱性マップに基づいた最適かつ迅速なリソース配分を可能にする。有識者ヒアリングにおいても HEWS の人口カバレッジが最優先指標の一つとして共通して挙げられたことは、この視点の重要性を裏付けるものである。

2. 主要な障壁と対応策

Planetary Health 関連指標の UHC への統合には、3 つの主要な障壁が存在する。第一に、データの可用性と標準化である。研究結果が示すように、特に LMICs では保健施設レベルの GHG 排出量データの体系的収集が確立しておらず、気候の影響を受けやすい疾患の負荷推計にも高度な疫学的手法が必要となる。重要なのは、すべての指

標で完全なデータを揃えてから運用を開始するという発想ではなく、データ整備状況に応じて段階的に運用を開始する設計思想である。具体的には、既に各国でデータが整備されている Health NAP の策定状況や、衛星データから導出可能な気候指標を「先行指標」として早期に運用開始し、施設レベルの GHG 排出量や気候感受性疾患の帰属推計のように整備に時間を要するものを「発展指標」として位置づけ、段階的に組み込んでいく方式が現実的と考えられる。

第二に、セクター間のサイロ化である。研究結果でも示した通り、気候・環境・保健はそれぞれ異なる UN 機関が管轄しており、Planetary Health を UHC 指標に統合する上での構造的な障壁となっている。この障壁は、単に既存機関間の連携を呼びかけるだけでは解消されにくい。本研究の文献レビューおよびヒアリングを踏まえると、Post-2030 に向けた具体的な対応として、(i)指標の設計段階から複数機関が共同で検討する常設の作業部会の設置、(ii)各国レベルで保健・環境・気候・財務の各省横断的な指標管理責任者を明確に位置づけること、(iii)既存の国際プラットフォーム

(UHC2030、ATACH など)で指標体系の整合性を担保する具体的な手続きを整備することなどが必要と考えられる。

第三に、公平性と衡平性の組み込みである。研究結果でも触れた通り、気候変動の健康影響は脆弱な集団に不均衡に及ぶことが知られている。重要なのは、公平性を Planetary Health 指標群の中の「一つの指標」として扱うのではなく、全指標を貫く設計原則として位置づけることである。すなわち、気候感受性疾患のサービスカバレッジ、HEWS の人口カバレッジ、Health NAP の実施状況などのいずれの指標についても、性別・所得階層・都市/農村・年齢層・障害の有無といった層別での値を併せて報告することを既定の運用とし、国全体の平均値だけでは見えない格差を可視化する仕組みが必要である。先住民族の知識体系の反映についても、既存の指標枠組みに事後的に組み込むのではなく、指標設計プロセス自体への参加を制度化することがより本質的な対応となる。

E. 結論

本研究では、Post-2030 の UHC 指標枠組みに Planetary Health 関連指標を統合する方策を、文献レビューと有識者ヒアリングを通じて検討した。

現行の UHC 指標 (SDG 3.8.1/3.8.2) は Planetary Health の視点を含んでおらず、気候変動の健康影響の増大と保健セクター自身の環境負荷という、適応・緩和の両面に対応できていない。一方で、Lancet Countdown、WHO 運用枠組み、ATACH、COP28 で示された UAE グローバル気候レジリエンス枠組みなど、保健と環境のモニタリングを統合する国際的な政策基盤は急速に整いつつあり、Post-2030 を見据えた統合の制度的素地は形成されつつある。

本研究は、Post-2030 の UHC 指標に組み入れうる指標候補を、(1)気候変動の健康影響への対応能力、(2)保健システムの環境フットプリント、(3)気候レジリエンス、(4)環境決定要因との統合、(5)クロスカuttingな指標の5領域に整理した。また、指標体系への組み入れ方法として3つの方式を比較検討した。

次年度以降は、(1)追加の有識者ヒアリングを通じた指標候補の精緻化、(2)我が国の保健医療制度・政策との具体的な接続点の検討、(3)国際協力機構(JICA)関係者等の

現場実務者を対象としたヒアリングを通じて、低中所得国の現場で実際に運用可能な指標は何かという観点からの検討、を重点課題として取り組む。本研究の成果が、Post-2030 期に向けた我が国の国際保健戦略および国内の UHC 施策の設計に資するものとなることを期待する。

F.引用文献

- 1) World Health Organization & World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2025 Global Monitoring Report. Geneva: WHO; 2025.
- 2) Romanello M, Walawender M, Hsu SC, et al. The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change: climate change action offers a lifeline. *Lancet*. 2025;406(10521):2804-2857.
- 3) Romanello M, Walawender M, Hsu SC, et al. The 2024 report of the Lancet Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action. *Lancet*. 2024;404(10465):1847-1896.
- 4) Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet*. 2015;386(10007):1973-2028.
- 5) Richardson K, Steffen W, Lucht W, et al. Earth beyond six of nine planetary boundaries. *Sci Adv*. 2023;9(37):eadh2458.
- 6) Lenzen M, Malik A, Li M, et al. The environmental footprint of health care: a global assessment. *Lancet Planet Health*. 2020;4(7):e271-e279.
- 7) Health Care Without Harm. Health care's climate footprint: how the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. Reston, VA: HCWH; 2019.
- 8) World Health Organization. Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems. Geneva: WHO; 2023.
- 9) Padget M, Devadason A, Blom I, et al. Measuring environmentally sustainable health care: a scoping review. *Lancet Planet Health*. 2024;8(9):e675-e683.
- 10) Redvers N, Wright K, Hartmann-Boyce J, Tonkin-Crine S. Planetary health for health systems: A scoping review and content analysis of frameworks. *PLOS Glob Public Health*. 2025;5(6):e0004710.
- 11) Herrmann A, Lenzer B, Müller BS, et al. Integrating planetary health into clinical guidelines to sustainably transform health care. *Lancet Planet Health*. 2022;6(3):e184-e185.
- 12) Cernev T, Fenner R. Beyond 2030: structures for achieving sustainable development. *Front Clim*. 2024;6:1453366.
- 13) NHS England. Delivering a net zero NHS. Available from: <https://www.england.nhs.uk/greenernhs/a-net-zero-nhs/>
- 14) Naturvårdsverket. Sweden's Climate Act and Climate Policy Framework. Stockholm: Naturvårdsverket; 2017.
- 15) Department of Health and Aged Care. National Health and Climate Strategy.

Canberra: Australian Government; 2023.

16) World Health Organization. Climate change and health toolkit. Available from: <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/climate-change-and-health/capacity-building/toolkit-on-climate-change-and-health/monitoring>

17) Vandentorren S, Bretin P, Zeghnoun A, et al. August 2003 heat wave in France: risk factors for death of elderly people living at home. Eur J Public Health. 2006;16(6):583-591.

18) 環境省. 熱中症環境保健マニュアル～総論～. 2025.

19) Stolaroff JK, Samaras C, O'Neill ER, et al. Energy use and life cycle greenhouse gas emissions of drones for commercial package delivery. Nat Commun. 2018;9(1):409.

20) O'Neill DW, Fanning AL, Lamb WF, Steinberger JK. A good life for all within planetary boundaries. Nat Sustain. 2018;1(2):88-95.

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7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 を推進している国々を比較検討し、HTA を UHC の指標として組み込む妥当性や示唆を導くことを目的とする。

【方法】

アジアやオセアニア地域における HTA 導入国（オーストラリア、ニュージーランド、シンガポール、タイ、インドネシア、韓国）について既存文献および政府・関連組織のホームページについて調査を行った。

【結果】

オーストラリア、ニュージーランド、シンガポール、タイ、インドネシア、韓国の6か国について、各国の基本情報、UHC の保障範囲、HTA 制度の特徴を整理した。

【結論】

HTA の制度化の形は国によって異なり、また政策決定への影響の度合いも様々であった。このため、HTA を UHC 指標として組み込むにあたっては、制度の有無のみならず、その実効性を捉える多層的な指標設計が今後の重要な課題となる。

A. 研究目的

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）は、必要な保健医療サービスへのアクセスと経済的困難の回避を目標としている[1]。現行の国際指標（SDG3.8.1 および 3.8.2）は、必要な保健医療サービスを受けられているかと医療費で家計が困窮しないかを主に測定している[2]。一方で、「どの医療サービスを公的に保障するか」の選択は、UHC の質および持続可能性を左右する重要な要素と考えられる。高額医薬品、遺伝子治療、デジタル医療等の急速な普及や、高齢化などによる医療費の増加は多くの国で問題となっており、限られた財源の中でどの技術を優先的に保障するかは決定は、先進国・途上国を問わず共通の政策課題となっている。この意思決定を支援する仕組みとして、Health Technology Assessment（HTA）の重要性が国際的に高まっている。

本報告は、アジアやオセアニア地域における HTA 導入国（オーストラリア、ニュージーランド、シンガポール、タイ、インドネシア、韓国）を比較し、HTA を UHC の指標として組み込む妥当性や示唆を導くことを目的とした。

B. 研究方法

政府・関連組織のホームページおよび関連文献を調査した。

（倫理面の配慮）

該当なし

C. 研究結果

各国の基本情報、UHC の保障範囲、HTA 制度の特徴を整理した。

オーストラリア

オーストラリアは人口約 2,760 万人の高所得国であり、公的医療保障の中核は Medicare である[3]。Medicare は、医療サービス、病院医療、検査、画像診断等に対して公的補助を提供し、自己負担なし・あるいは少ない負担でサービスが提供される。医薬品については PBS（Pharmaceutical Benefits Scheme）というリストがあり、収載医薬品への公的補助が行われている。一方、歯科、眼鏡、補聴器等は Medicare による保障には含まれておらず、このような範囲は民間医療保険が補完的役割を果たしている場合がある。

HTA 制度は、医薬品では PBAC（Pharmaceutical Benefits Advisory Committee）、医療行為・医療技術では MSAC（Medical Services Advisory Committee）が中心的な役割を担っている。医薬品を PBS の公的補助対象とするためには、PBAC による評価で「公的補助対象として適切である」とされる勧告が必要となっている。ただし、PBAC や MSAC は政府に勧告を行う機関であり、最終的な採用判断は政府が行う。2024 年にオーストラリア政

府の HTA 制度見直し報告が公表され、より統合的な HTA 制度の構築や消費者関与の強化が課題として示されている[4]。

ニュージーランド

ニュージーランドは人口約 530 万人の高所得国であり、税財源を基盤とした地域運営型の医療提供制度を有する[5]。公的制度は、公立病院医療、救急、専門医療、プライマリケアへの補助、医薬品補助を広く提供する。一般診療には自己負担があり、成人歯科の保障は限定的である。一方、計画的手術や専門医受診では待機時間の長さが課題となっており、政府は待機期間短縮を主要な保健医療目標としている。

HTA 制度の中心は Te Pātaka Whaioranga (PHARMAC)であり、公的資金で償還する医薬品、ワクチン、医療機器の一部について、採用判断と価格交渉を行っている[6]。PHARMAC の特徴は、固定予算の下で最大の健康成果を得るため、HTA を優先順位付けと購買判断に直接用いる点である。これは、HTA が単なる評価報告にとどまらず、公的資源の配分判断そのものに組み込まれていることを示している。PHARMAC では経済性の評価のみならず、医療システムへの影響、財政への影響、先住民族マオリ、政府の保健優先事項等を考慮した意思決定が行われている。一方、評価対象は医薬品中心であり、評価の包括性はオーストラリアより限定的である。

シンガポール

シンガポールは人口約 604 万人の高所得国である。医療保障は、政府補助金 (Subsidies) に加え、MediShield Life (高額医療リスクへの国民共通の保険)、MediSave (強制的な医療費貯蓄口座)、MediFund (低所得者等のためのセーフティネット) から構成される、“S+3Ms”と称されるシステムである[7]。このシステムは、公的保障だけでなく国民の自己責任が組み合わされている点が特徴的である。

HTA は Agency for Care Effectiveness (ACE) が担う。ACE はシンガポールの公的 HTA 機関として、医薬品、医療機器、診断、医療サービス等について評価を行い、臨床的有効性、費用対効果、予算影響を踏まえて政策判断を支援する[26]。ACE による評価結果は、高額医薬品への公的補助制度である Medication Assistance Fund (MAF) や公立医療機関で補助対象となる基本的な医薬品一覧である Standard Drug List (SDL) への収載判断、補助率設定、価格交渉等に活用されている[8]。そのため、HTA は単なる技術評価ではなく、公的支出を効率的に管理する政策手段として位置づけられている。近年は、ACE による患者・市民参加プロセスの整備が進められている[9]。

タイ

タイは人口約 6,605 万人の高中所得国である。医療保障は、主に Universal Coverage Scheme (UCS)、Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)、Social Security Scheme (SSS) の三制度で構成される[10]。CSMBS は公務員 (退職者も含む) およびそ

の家族を対象とする公的医療保障制度であり国民の7%をカバーしている。SSSは民間の被用者を対象とする社会保険制度であり、18%の国民が加入している。UCSはCSMBSやSSSでカバーされない住民を対象とするために設定された税金によって運営されている制度であり、74%の国民が加入している。UCSでは指定された公立医療機関のみでUCS対象のプライマリケアを受けることができ、より複雑な治療が必要な場合は紹介を受けて、より高度な医療機関へ受診することができる。少ない自己負担でHIV治療、透析、移植などのより高額な医療も受けられるよう拡大してきている[11]。

HTA制度の中心はHITAP (Health Intervention and Technology Assessment Program) であり、政府と連携しつつ一定の独立性を持って活動する研究機関である[12]。その活動目的は、タイのUHCでカバーする範囲の設定に寄与するエビデンスを創出し、国民が適切な医療へアクセスできるようにすることである。評価範囲は医薬品や医療機器、検査、予防介入だけでなく、近年は、デジタルヘルス、精密医療、環境保健、健康格差なども評価対象とするなどその役割が拡大している。その活動はタイ国内にとどまらずアジア圏を中心にネットワークを構築しており、分野横断的な協力体制を構築している[13]。

インドネシア

インドネシアは人口約2.79億人の高所得国であり、全国民を一つの公的保険制度でカバーする世界最大級の医療保険制度 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) を運営している[14]。JKNは外来、入院、母子保健、感染症治療、医薬品等を幅広く対象としている。JKNの導入により人口カバー率は大幅に拡大したものの、実質的なアクセスと給付の質には地域差が残る。

医療需要の高まりを受け、制度を維持しながらUHCの対象範囲を拡大するというトレードオフに対応するため、2014年にHTAがJKNにおける優先順位決定のためのプロセスに組み込まれた[15]。Indonesian HTA Committee (InaHTAC)はHTAを担当する組織であり、保健大臣の管轄下に置かれている。その役割は、様々な医療技術(医薬品、医療機器、外科的または非外科的な医療処置、公衆衛生プログラム)の利用が及ぼす影響について体系的かつ客観的な評価を行い、HTAの結果に基づいて保健大臣に勧告を行うことである[16]。この提言には、給付対象リストへの医療技術の追加や削除、使用制限、許容可能な価格上限の推奨が含まれる。ただし、HTA組織としての財源確保や人材育成など課題は多いとされている。

韓国

韓国は人口約5,175万人の高所得国であり、National Health Insurance (NHI) を基盤とする単一保険制度を有する[17]。NHIは強制加入であり、被保険者からの保険料と政府の補助金を財源として、全国民を対象とした医療保障を提供している。外来、入院、医薬品、手術、検診、高額医療を広く保障している[18]。

HTA制度は保険収載、薬価、償還範囲の決定に直接的に関係している。複数の組織が関

連するが、National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency (NECA) と Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA) が評価の中心的な役割を担っている。特に、医療技術の経済性の評価については HIRA が担当している [19]。医薬品や医療材料について定期的に評価を見直す制度が存在しているが、近年、医療行為についても同様の再評価を行うことが議論されている。

D. 考察

UHC は単なるアクセス拡大ではなく、「限られた資源の中で何を保障するか」という優先順位付けを伴うものと考えられる。HTA はこの意思決定を支えるための制度としての手段と位置づけられる。実際に各国の事例を見ると、タイでは HTA が UCS における公的医療保障の対象サービスの決定に活用されており、ニュージーランドでは PHARMAC を通じて優先順位付けが行われていた。韓国では保険償還や価格決定に用いられ、シンガポールでは収載の判断・価格交渉等に利用されている。インドネシアでも JKN 持続性の観点から HTA 活用が進展している。すなわち、HTA 制度は各国で形態は異なるものの、医療制度における重要な政策判断に組み込まれていた。

一方で、各国の比較を通じて、HTA を UHC 指標として設計する際には少なくとも 3 つの軸を考慮する必要があることが示唆された。第一に、HTA 制度の存在の有無である。これは最も基本的かつ国際比較が容易な指標であり、本調査対象の 6 カ国はいずれも何らかの HTA 機関を有していた。しかし、HTA 機関の存在のみを二値的に評価する指標では、制度の機能や実効性を捉えきれないという限界がある。第二に、HTA が政策決定に組み込まれている度合いである。タイの HITAP やニュージーランドの PHARMAC のように評価結果が予算配分や給付範囲決定に直接反映される国もあれば、評価結果が勧告にとどまり最終判断は別途政府が行う国もある。すなわち、「評価が行われていること」と「評価が意思決定を実質的に左右していること」は同義ではない。第三に、HTA の評価対象範囲である。医薬品のみを対象とする国から、医療機器・医療行為・予防介入・デジタルヘルス・環境保健にまで対象を拡大している国まで幅があった。UHC で保障される医療サービス全体に対する HTA のカバー率という観点も、指標設計上は重要な検討項目となる。

したがって、HTA を UHC 指標として組み込む場合、「HTA 機関の有無」という単一の二値指標ではなく、上記 3 軸を組み合わせた多層的な指標設計が望ましいと考えられる。例えば、HTA 制度の存在を前提条件としたうえで、評価結果が公的医療保障の意思決定に反映されている度合い（給付範囲決定への活用、価格交渉への活用、再評価の制度化等）と、評価対象の包括性（医薬品のみか、医療技術全般か）を段階的に評価する枠組みである。ただし、こうした制度の質的側面を国際比較可能な形で測定することには方法論的な課題が残る。各国の HTA 制度は、その国の医療財源構造、政治制度、保健行政の歴史的経緯と不可分に発展しており、機械的な比較指標化はかえって制度の実態を見誤らせる懸念がある。この点については次年度以降、より詳細な検討が必要である。

E. 結論

6 カ国の比較から、HTA 制度には一つの決まった形があるわけではなく、国によって特徴が異なることが明らかになった。HTA が公的医療保障のカバーする範囲の決定に直接利用されている場合や、価格交渉や予算配分と強く結びついている場合があった。また、HTA の評価対象となる範囲も様々であった。このように、HTA の制度化の形は国によって異なるため、HTA 制度をどの角度から見るかによって指標の設定が異なってくると考えられる。ただし、HTA 制度が存在していても、実施件数が少ない、意思決定への影響が小さいなど、実際の政策決定に十分利用されない可能性もある。したがって、HTA を UHC 指標として組み込むにあたっては、制度の有無のみならず、その実効性を捉える多層的な指標設計が今後の重要な課題となる。

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 2026/04/15) .
2. United Nations. “SDG Indicators Metadata Repository: 3.8.1 and 3.8.2”. United Nations. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>, (参照 2026/04/15) .
3. Australian Institute of Health and Welfare. “Medicare Overview”. <https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-welfare-services/medicare/overview>, (参照 2026/04/15) .
4. Australian Government Department of Health and Aged Care. “Health Technology Assessment Policy and Methods Review: Final Recommendations”. 2024. <https://www.health.gov.au/our-work/hta-review>, (参照 2026/04/15) .
5. Ministry of Health New Zealand. “About the public health system”. <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/overview-health-system>, (参照 2026/04/15) .
6. PHARMAC. “Prioritisation: How we decide which medicines need funding”. <https://www.pharmac.govt.nz/medicine-funding-and-supply/the-funding-process/prioritisation/>, (参照 2026/04/15) .
7. Ministry of Health Singapore. “Managing Medical Bills: Singapore’s S+3Ms Healthcare Financing Framework”. <https://www.moh.gov.sg/managing-expenses/keeping-healthcare-affordable/managing-medical-bills/>, (参照 2026/04/15) .
8. Ministry of Health Singapore. “Subsidies for drugs on the Medication Assistance Fund (MAF) List at Public Healthcare Institutions”. [https://www.moh.gov.sg/managing-expenses/schemes-and-subsidies/subsidies-for-drugs-on-the-medication-assistance-fund-\(maf\)-list-at-public-healthcare-institutions/](https://www.moh.gov.sg/managing-expenses/schemes-and-subsidies/subsidies-for-drugs-on-the-medication-assistance-fund-(maf)-list-at-public-healthcare-institutions/), (参照 2026/04/15) .

9. Tan PT, Pearce F, Quek KS, Teo SH, Koh JH. Patient involvement in health technology assessment: a new process in Singapore. *Int J Technol Assess Health Care*. 2026 Mar 6;42(1):e36. doi: 10.1017/S0266462326103584. PMID: 41788026; PMCID: PMC13071846.
10. Damrongplasit K, Melnick G. Utilisation, out-of-pocket payments and access before and after COVID-19: Thailand's Universal Health Coverage Scheme. *BMJ Glob Health*. 2024 May 13;9(5):e015179. doi: 10.1136/bmjgh-2024-015179. PMID: 38740495; PMCID: PMC11097804.
11. Butani D, Faradiba D, Dabak SV, Isaranuwatthai W, Huang-Ku E, Pachanee K, Soboon B, Culyer AJ, Teerawattananon Y. Expanding access to high-cost medicines under the Universal Health Coverage scheme in Thailand: review of current practices and recommendations. *J Pharm Policy Pract*. 2023 Nov 7;16(1):138. doi: 10.1186/s40545-023-00643-z. PMID: 37936171; PMCID: PMC10631213.
12. Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation. "About HITAP". <https://www.hitap.net/en/about-us/vision-and-mission/>, (参照 2026/04/15) .
13. Teerawattananon Y, Vishwanath Dabak S, Culyer A, Mills A, Kingkaew P, Isaranuwatthai W. Fifteen Lessons from Fifteen Years of the Health Intervention and Technology Assessment Program in Thailand. *Health Syst Reform*. 2023 Dec 31;9(3):2330974. doi: 10.1080/23288604.2024.2330974. Epub 2024 May 7. PMID: 38715185.
14. Hidayat B. Evolution of Health Technology Assessment in Indonesia: Supply Landscape, Implementation, and Future Directions. *Health Syst Reform*. 2023 Dec 31;9(3):2371470. doi: 10.1080/23288604.2024.2371470. Epub 2024 Jul 15. PMID: 39008816.
15. Alfaqeeh M, Zakiah N, Postma MJ, Suwantika AA. Setting priorities for healthcare interventions in Indonesia: a comprehensive conceptual framework. *Int J Equity Health*. 2025 Nov 24;24(1):327. doi: 10.1186/s12939-025-02668-z. PMID: 41287082; PMCID: PMC12642239.
16. Indonesia, Ministry of Health RI, Health Policy Agency. General Guideline for Health Technology Assessment in Indonesia/Sri Suryawati, et al; (Ed.). Jakarta : BKPK Publishing Company, 2022.National Health Insurance Service. "2024 National Health Insurance &Long-Term Care Insurance SystemRepublic of Korea". <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa03500m01.do?mode=download&articleNo=10840421&attachNo=350606>, (参照 2026/04/15) .
17. National Health Insurance Service. "Social Security System". <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02200m01.do>, (参照 2026/04/15) .
18. National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency . "NECA – National

Evidence-based healthcare Collaborating Agency”.

<https://www.inahta.org/members/neca/>, (参照 2026/04/15) .

19. Health Insurance Review and Assessment Service. “HIRA's Role and Function, ”<https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAJ010000009001> (参 照 2026/05/09) .

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					

(別添6)

令和 8 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 浅沼 一成

次の職員の令和7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)	☒	☐	☒	国立保健医療科学院	☐
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。

令和 8 年 3 月 3 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7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 特任教授
- (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)	☒	☐	☒	国立保健医療科学院	☐
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。

令和 8 年 4 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 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 7 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） 専門職公衆衛生学研究科学・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）	☒	☐	☒	国立保健医療科学院	☐
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）	☒ ☐	☒	国立保健医療科学院	☐
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：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 8 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 浅沼 一成

次の職員の令和7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) 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。

令和 8 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 浅沼 一成

次の職員の令和7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。

令和 8 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 浅沼 一成

次の職員の令和7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。

令和 8 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 浅沼 一成

次の職員の令和7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。