

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

研究代表者 大澤 絵里 国立保健医療科学院 国際協力研究部

研究要旨

【目的】

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

【方法】

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

【結果】

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

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

【結論】

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

研究分担者

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

研究協力者

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

A. 研究目的

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

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

B. 研究方法

各分担研究課題に沿って、以下の方法で研究を実施した。

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

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

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

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

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

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

4. アジア各国の死因統計および保健統計 (担当 林玲子)

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

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

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

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

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

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

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

C. 研究結果

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

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

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

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

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

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

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

4. アジア各国の死因統計および保健統計 (担当 林玲子)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. 考察

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

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

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

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

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

脆弱な人々に対して、医療保健サービスのア

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

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

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

E. 結論

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

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

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

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

学会発表

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

論文発表

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

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし