

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

令和4年度 分担研究報告書

「アジア地域におけるVulnerable Populationに対するSocial Protection and Basic ServiceとUHCの関連性の検討」

研究分担者 藤田雅美（国立国際医療研究センター国際医療協力局）

研究協力者 横堀雄太（国立国際医療研究センター国際医療協力局）

研究要旨

【目的】

東南アジア諸国において UHC を達成するための課題として、“脆弱な人々に対する社会保障と保健医療の関連”をテーマに設定した。社会保障、特に社会扶助と UHC との関連性を、グローバルな視点とアジアの現状から検討することを目的とした。

【方法】

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

【結果】

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

【結論】

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

A. 研究目的

1. 背景

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

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

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

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

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

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

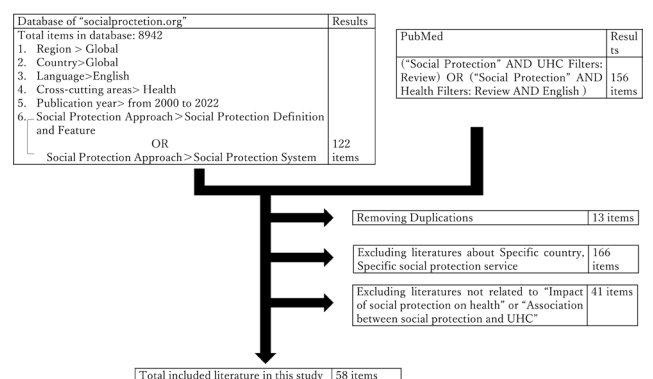
B. 方法

● 検索戦略

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

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

図1. 検索戦略



●選択と統合

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

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

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

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

C. 結果

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

3.1. 脆弱な人々に関する社会保障と健康との関連

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

3.1.1. 社会保険

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

3.1.2. 社会扶助

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

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

3.2. 特定の健康問題に関する社会保障を通じた対応方策

3.2.1. 結核とHIV/AIDSのコントロール

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

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

3.2.2. COVID-19パンデミック

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

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

3.2.3. 人道的な状況

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

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

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

3.3.1. 国連・ILO

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

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

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

3.3.2. 世界銀行

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

3.3.3. EU/OECD

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

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

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

3.4. 社会保障とUHCに関する保健セクターにおける世界的な議論

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

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

3.5. 東南アジア諸国における社会保障とUHCの現状

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

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

表 1. 東南アジア諸国の社会保障カバレッジ

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

World Social Protection Report 2020-22: Social protection at the crossroads - In pursuit of a better future
<https://www.social-protection.org/gimi/ShowWikiAction?id=659>

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

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

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

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

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

D. 考察

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

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

表 2. WHOの決議や決定における社会保護や社会扶助の単語の出現率

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

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

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

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

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

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

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

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

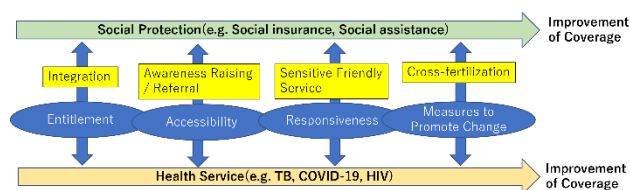


図2. 社会的弱者への社会保障と保健サービスの相乗効果。

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

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

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

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

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

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

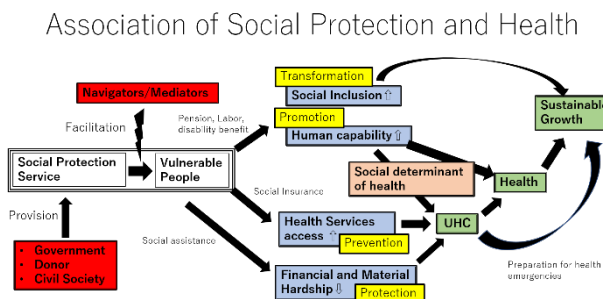


図3. 社会保障とUHCの関連性、および社会保障の適用を促進するための重要な要素

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

くると考えられる。

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

E. 結論

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

F. 参考文献

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

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

43. Lönnroth, K.; Glaziou, P.; Weil, D.; Floyd, K.; Uplekar, M.; Raviglione, M. Beyond UHC: Monitoring health and social protection coverage in the context of tuberculosis care and prevention. *PLoS Med.* **2014**, *11*, e1001693.
44. Oh, K.H.; Rahevar, K.; Nishikiori, N.; Viney, K.; Choi, H.; Biermann, O.; Kim, H.J.; Nou, C.; Kim, S.; Zhu, G.; et al. Action towards Universal Health Coverage and Social Protection for Tuberculosis Care and Prevention: Workshop on the End TB Strategy Pillar 2 in the Western Pacific Region 2017. *Trop. Med. Infect. Dis.* **2018**, *4*, 3.
45. United Nations Children's Fund. *HIV and Social Protection Guidance Note*; UNICEF: New York, NY, USA, 2011.
46. Ann Nolan, I.A. *Social Protection in the Context of HIV and AIDS*; OECD: Paris, France, 2009.
47. Toska, E.; Gittings, L.; Hodes, R.; Cluver, L.D.; Govender, K.; Chademana, K.E.; Gutiérrez, V.E. Resourcing resilience: Social protection for HIV prevention amongst children and adolescents in Eastern and Southern Africa. *Afr. J. AIDS Res.* **2016**, *15*, 123–140.
48. van der Wal, R.; Loutfi, D.; Hong, Q.N.; Vedel, I.; Cockcroft, A.; Johri, M.; Andersson, N. HIV-sensitive social protection for vulnerable young women in East and Southern Africa: A systematic review. *J. Int. AIDS Soc.* **2021**, *24*, e25787.
49. United Nations. *A UN Framework for the Immediate Socio-Economic Response to COVID-19*; UN: New York, NY, USA, 2020.
50. Highet, M. Rapid scoping review on the topic of ensuring social protection and basic services to inform the United Nations framework for the immediate socioeconomic response to COVID-19. *Int. J. Health Serv.* **2021**, *51*, 462–473.
51. United Nations. *Thematic Brief on Social Protection*; UN: New York, NY, USA, 2021.
52. World Bank. *Protecting People and Economies: Integrated Policy Responses to COVID-19*; WB: Washington, DC, USA, 2020.
53. International Labor Organization. *Towards Solid Social Protection Floors? The Role of Non-Contributory Provision during the COVID-19 Crisis and Beyond*; ILO: Geneva, Switzerland, 2021.
54. United Nations Children's Fund. *Social Protection & Child Protection: Working Together to Protect Children from the Impact of COVID-19 and Beyond*; UNICEF: New York, NY, USA, 2020.
55. Baptista, I.; Marlier, E.; Spasova, S.; Peña-Casas, R.; Fronteddu, B.; Ghailani, D.; Sabato, S.; Regazzoni, P. *Social Protection and Inclusion Policy Responses to the COVID-19 Crisis. An Analysis of Policies in 35 Countries, European Social Policy Network (ESPN)*; EU: Luxembourg, 2021.
56. Barron, G.C.; Laryea-Adjei, G.; Vike-Freiberga, V.; Abubakar, I.; Dakkak, H.; Devakumar, D.; Johnsson, A.; Karabey, S.; Labonté, R.; Legido-Quigley, H.; et al. Safeguarding people living in vulnerable conditions in the COVID-19 era through universal health coverage and social protection. *Lancet Public. Health* **2022**, *7*, e86–e92.
57. Blofield, M.; Knaul, F.M.; Calderón-Anyosa, R.; Peterman, A.; Franzoni, J.M.; O'Donnell, M.; Bustreo, F. A diagonal and social protection plus approach to meet the challenges of the COVID-19 pandemic: Cash transfers and intimate partner violence interventions in Latin America. *Lancet Glob. Health* **2022**, *10*, e148–e153.
58. European Commission. *Reference Document No. 26 on Social Protection across the Humanitarian-Development Nexus: Supplementary Volume of Operational Notes*; EU: Brussels, Belgium, 2019.
59. The United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. *Social Protection Floors and Economic and Social Rights*; UNOHCA: Geneva, Switzerland, 2019.
60. United Nations Children's Fund. *Programme Guidance: Strengthening Shock Responsive Social Protection Systems*; UNICEF: New York, NY, USA, 2019.
61. World Bank. *Complementing Natural Disasters Management: The Role of Social Protection*; WB: Washington, DC, USA, 2006.
62. World Bank. *Crisis Response in Social Protection*; WB: Washington, DC, USA, 2012.
63. European Commission. *SPaN 2019 Operational Note 6 Health and Education*; EU: Brussels, Belgium, 2019.
64. Devereux, S.; Roelen, K.; Ulrichs, M. *Where Next for Social Protection? IDS Evidence Report 124*; Institute for Development Studies (IDS): Centre for Social Protection (CSP). University of Sussex: 2015.
65. Brunori, P.; O'reilly, M. *Social Protection for Development: A Review of Definitions*; European University Institute, EUI: Fiesole, Italy, 2010.
66. International Labor Organization. *World Social Protection Report 2017–19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*; ILO: Geneva, Switzerland, 2017.
67. Somavia, J. *The Global Financial Crisis and Its Impact on the Work of the UN System*; UN System Chief Executives Board for Coordination: Geneva, Switzerland, 2009.
68. International Labor Organization. *Social Protection Floor Initiative: Manual and Strategic Framework for Joint UN Country Operations*; ILO: Geneva, Switzerland, 2009.
69. International Labor Organization. *Social Security for All. Building Social Protection Floors and Comprehensive Social Security Systems*; ILO: Geneva, Switzerland, 2012.
70. International Labor Organization. *The Social Protection Floor Initiative*; ILO: Geneva, Switzerland, 2012.
71. Scheil-Adlung, X. Response to health inequity: The role of social protection in reducing poverty and achieving equity. *Health Promot. Int.* **2014**, *29* (Suppl. 1), i59–i67.
72. International Labor Organization. *Universal Social Protection for Human Dignity, Social Justice and Sustainable Development*; ILO: Geneva, Switzerland, 2019.
73. International Labor Organization. *Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles*; ILO: Geneva, Switzerland, 2020.

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

G.研究発表

学会発表：なし

論文発表：

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

H.知的財産権の出願・登録状況：なし