

令和4年度厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究
分担研究報告書

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

分析：タイの事例を参考に

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

研究要旨

【目的】

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

【方法】

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

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

【結論】

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

A. 目的

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

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

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

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

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

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

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

B. 方法

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

(倫理面への配慮)

文献レビューならびにヒアリング情報の整理による分析のため、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」の適用外である。

C. 結果

1. SDGs と UHC における PHC の位置づけに関する議論

1-1. 持続可能な開発目標以前の PHC

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

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

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

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

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

1-2. アスタナ宣言における新しいPHC

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

アスタナ宣言のコミットメント

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

PHCの成功における必須要素「PHCアプローチ」

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

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

1-3. UHC 関連文書においてPHCが言及さ

れてきた変遷

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

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

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

1.4. PHCがどのようにUHCやSDGsを達成するか

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

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

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

2. ケーススタディ：タイの場合

2-1. タイの保健医療システム概要

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

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

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

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

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

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

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

センターには看護師、エドゥケーター、技術者・スタッフが配置される。

2-1.2. ラチャブリ県(農村部)の保健医療システム

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

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

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

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

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

都市モデルのミニ公衆衛生センターでは

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

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

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

D. 考察

1) なぜ UHC 達成に向けて PHC が必要か

なぜ UHC 達成に向けて PHC が必要となるだろうか。

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

た道筋がより具体的に示されたことが特徴である。

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

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

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

2) タイの事例からの学び

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

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

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

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

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

可能にしている。

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

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

E. 結論

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

F. 引用文献

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

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

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

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

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし



図1 UHC モニタリングレポートでの PHC への言及

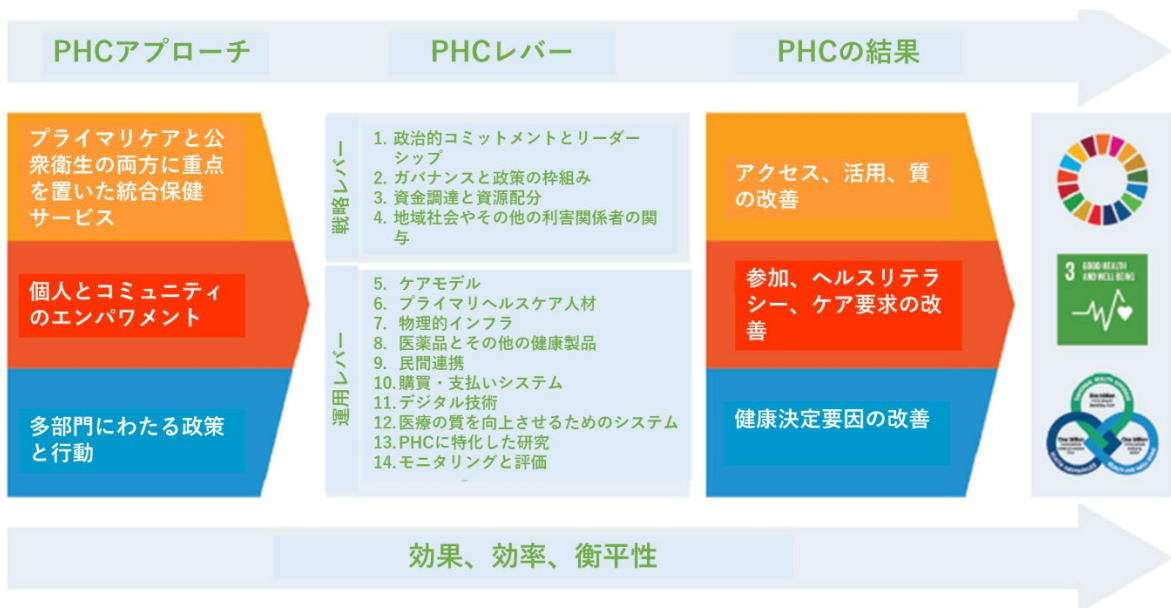


図2 SDGs と UHC 達成に向けた PHC の Operational Framework (参考文献 13 から報告者引用・和訳)

PHCの構成要素	PHCの構成要素がどのようにUHCを可能にするか		
	経済的保護／健康に対する家計支出の削減<A>	質の高いサービス、医薬品、ワクチン	公平なアクセス<C>
プライマリ・ケアと公衆衛生の両方に重点を置いた統合保健サービス<A>	<AA> 集団レベルのサービスが健康を予防しウェルビーイングを促進する → 個別ケアの削減 → 支出の削減 プライマリケアでの支出は、同じサービスを紹介制で提供する場合と比較して、費用対効果が高いことが示されている。	<AB> 初回診療、継続的、包括的、協調的、人間中心である、パフォーマンスの高いプライマリケアに基づく保健システムにより、健康アウトカムが改善される。	<AC> PHCが地域に根ざしたサービスを重視することで、地方や遠隔地、恵まれない人々のアクセスを確保するための重要な方法となる。
多部門にわたる政策と行動	<BA> 根本的な決定要因に対処することで、疾病を予防してウェルビーイングを促進→個別ケアの軽減 → 支出の軽減	<BB> 国民の疾病負担を軽減し、医療提供の質と安全性を向上させるためのリソースを確保する。	<BC> 根本的な決定要因に対処することで、サービスへのアクセスに対する障壁（環境、教育など）を軽減し、適切なアクセスを増やす。
人々や地域社会のエンパワメント<C>	<CA> 経済的保護を拡充するためのアドボカシー、資金調達システムの設計への関与は、受容性を向上させ、介入を拡大するために必要な賛同を増加させる。	<CB> アクセス拡大のためのアドボカシー、サービス構築への関与 → 文化的感受性と患者満足度の向上 → より適切な利用とヘルスリテラシーの向上 → より良いアウトカム、セルフケア能力の向上	<CC> 誰一人取り残さないためのアドボカシー、インフォーマルな介護者としての役割

図3 PHCがどのようにUHCを支えるか（参考文献13から報告者引用・和訳）

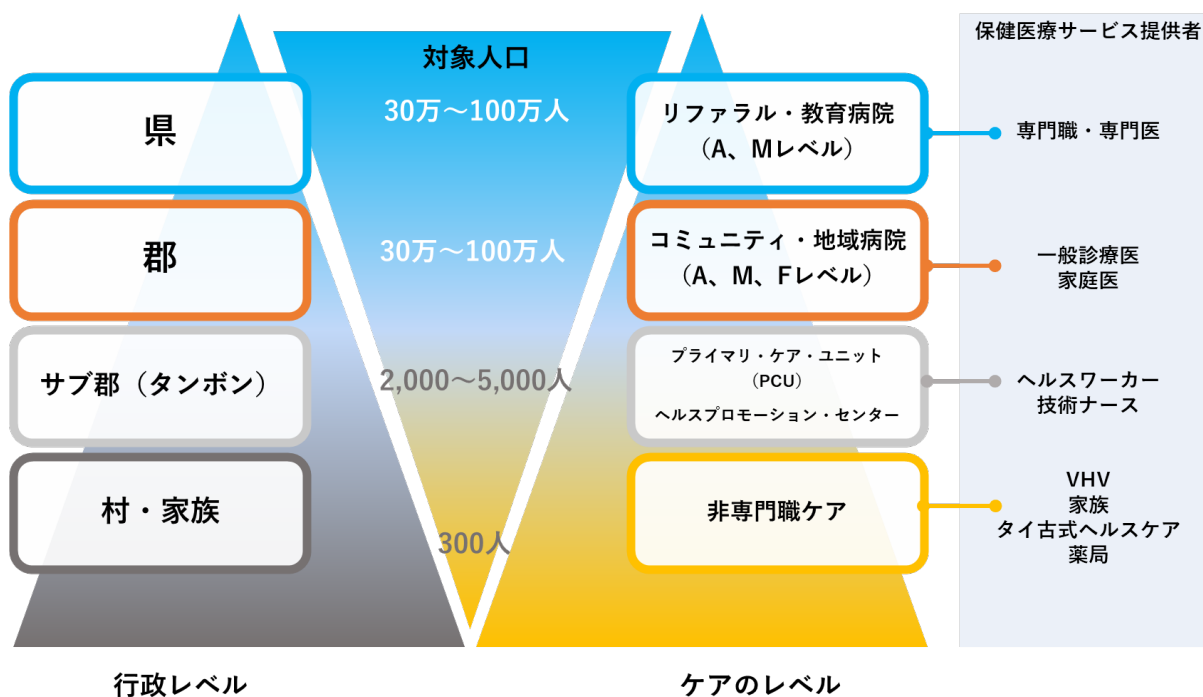


図4 タイにおける各保健システムレベルのステークホルダー（ワット・プレン病院のPPTを報告者が引用・和訳）

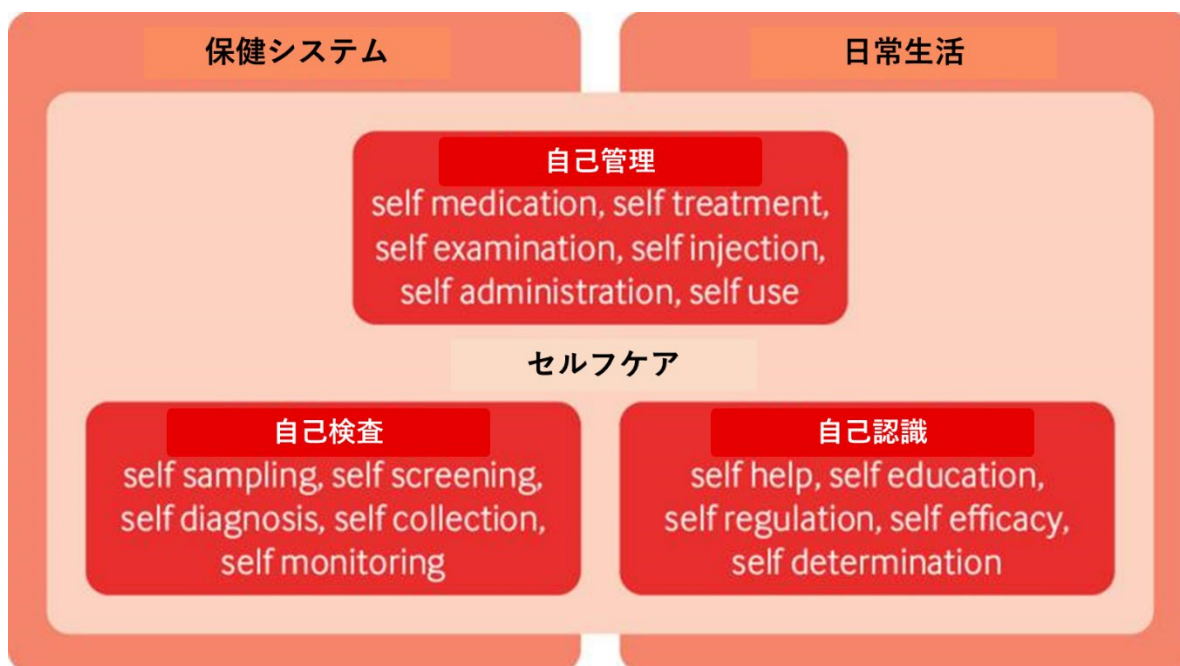


図5 保健システムと連動した介入の文脈でのセルフケア
(参考文献 19 から報告者引用・和訳)

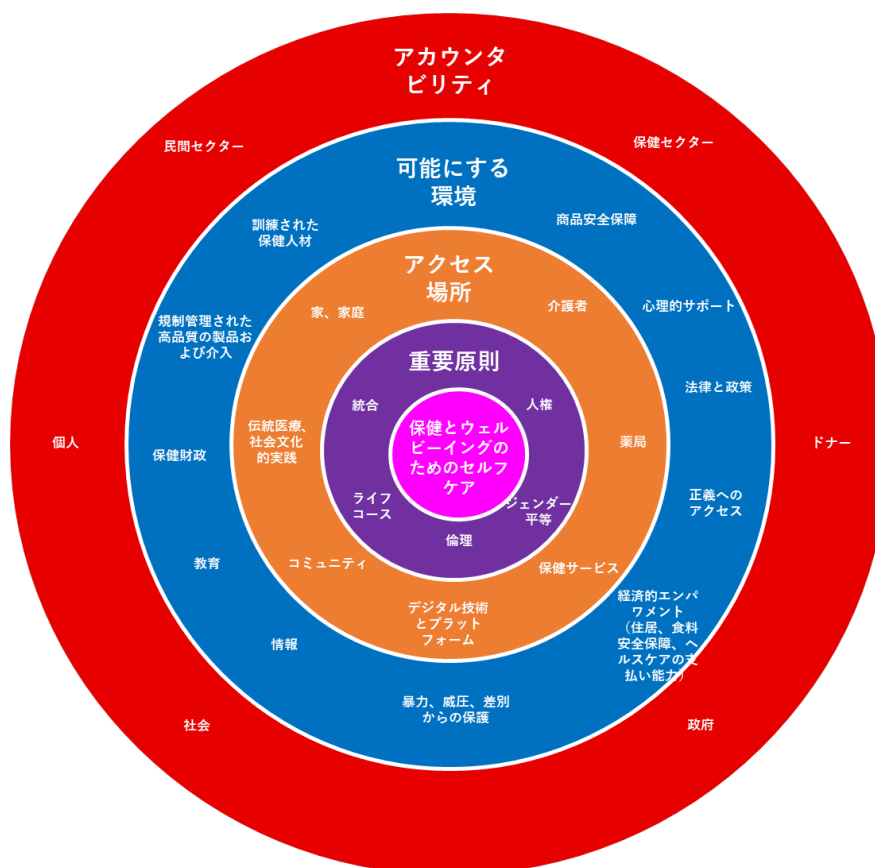


図6 セルフケア介入の概念枠組み (参考文献 19 から報告者引用・和訳)

21世紀の プライマリ・ヘルス・ケアの ビジョン

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの普及と
持続可能な開発目標に向けて

プライマリ・
ヘルス・ケアに関する
技術シリーズ



©National Institute of Public Health, 2023

This translation was not created by the World Health Organization (WHO) or UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) . WHO and UNICEF are not responsible for the

content or accuracy of this translation. The original English edition "A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, 2018."

Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO shall be the binding and authentic edition.

This translated work is available under the CC BY-NC-SA 3.0

©国立保健医療科学院,2023

この翻訳は、世界保健機関（WHO）もしくは国際連合児童基金（UNICEF）が作成したものではありません。WHOとUNICEFはこの翻訳の内容や正確さに責任を負いません。オリジナルの英語版は、以下の通りであり、英語版と日本語版の不一致があった場合、英語の原版が、拘束力があり、真正である。

この翻訳物は、CC BY-NC-SA 3.0 IGOライセンスに基づいて利用することができる。

"A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, 2018."

21世紀の プライマリ・ヘルス・ケアの ビジョン

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの普及と
持続可能な開発目標に向けて

プライマリ・
ヘルス・ケアに関する
技術シリーズ



目次

序文	v
はしがき	vii
謝辞	viii
略語一覧	ix
プライマリ・ヘルス・ケアに関する技術シリーズ	xi
エグゼクティブ・サマリー	xii
1. はじめに	1
2. プライマリ・ヘルス・ケアとは何か?	2
3. なぜ今プライマリ・ヘルス・ケアに注目するの か?	3
3.1 変わりゆく世界	4
3.2 現在と将来の健康課題	4
3.3 保健医療関連SDGsとUHCに必要な基盤	5
4. 40年にわたる教訓	9
4.1 リーダーシップと政策	9
4.2 資金調達とリソース配分	10
4.3 保健医療人材	11
4.4 ケアの質	12
5. プライマリ・ヘルス・ケアの構成要素	13
5.1 統合保健医療サービスの中核となるプライマリ・ケアと本質的な公衆衛生機能	13
A. 個別サービス	13
B. 集団単位のサービス	15
5.2 多部門にわたる政策と行動	17
5.3 エンパワメントした人々とコミュニティ	18
A. 代弁者としての人々とコミュニティ	19
B. 保健医療・ソーシャル・サービスの共同開発者としての人々とコミュニティ	19
C. セルフケアラー、介護者としての人々	21
6. 21世紀のプライマリ・ヘルス・ケアのビジョン	23

7. 保健医療制度による行動のテコ入れ	25
7.1 ガバナンス、政策、財政上のテコ入れ策	28
A. 政治的関与とリーダーシップ	28
B. ガバナンスと政策のフレームワーク	28
C. 適切な資金調達とリソースの公平な配分	30
7.2 運用上のテコ入れ策	32
A. コミュニティやその他のステークホルダーの関与を促し、 問題や解決策を共同で定義し、行動の優先順位を決める	32
B. プライマリ・ケアと公衆衛生機能を優先させたケアモデル	32
C. 高品質で安全な保健医療サービス提供の確保	33
D. 民間事業者との関わり	33
E. プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) 人材	34
F. 物理的インフラ、適切な医薬品、製品、技術	34
G. デジタル技術	35
H. 購買および決済システム	35
I. PHC指向の研究	35
J. モニタリングと評価	36
8. 結論	37
用語集	38
参考文献	42

序文

1978年、世界の指導者、国際機関、保健当局がカザフスタンのアルマアタ (Alma-Ata、現アルマティ: Almaty) に集まり、「プライマリ・ヘルス・ケアに関するアルマアタ宣言」を発表した。この宣言は、世界保健史において画期的な文書として残されている。アルマアタ宣言は、コミュニティ主導で質の高いヘルスケアを、物理的にも経済的にも、すべての人が利用できるようにするという公約の基準を確立した。これは、世界保健機関 (WHO) とそのパートナーが20世紀の残りの期間にわたって追求した「2000年までにすべての人に健康を」という世界戦略や、2030年までに「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進する」という持続可能な開発目標 (SDG) の目標3の前身となるものである。

世界は国際保健の分野で素晴らしい進歩を遂げ、平均寿命は1978年に比べて約10年延び、5歳未満で死亡するリスクは約3分の2に減少するなどの変化を遂げた。実際、人口動態や疫学的な変遷により、疾病のスペクトラムは40年前とは大きく異なっている。予防可能な小児及び妊産婦の死亡という未解決の課題が残る一方で、急性感染症に代わって慢性非感染性疾患と外傷が疾病と死亡の主要原因となっており、必要とされる保健サービスのプロファイルに変化をもたらす必要がある。人口分布の変化 (都市化、高齢化が進む一方で、一部の世界地域では若年層の比重が高い)、医療及び非医療技術の高度化、健康リテラシーや参画及び期待の向上、食糧安全保障、健康に悪影響を及ぼす環境リスクの増大など、多くの要因や傾向により、2018年の世界は1978年と比較して大きく変化している。つまり、今こそ、アルマアタ宣言を見直し、適合させるとともに、SDGs時代とその先のために、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの基盤としてプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の新しいビジョンを策定する好機である。

2018年10月、世界の保健分野のリーダー、国際機関、市民社会、その他の関係者がカザフスタンのアスタナ (Astana) に集まり、1978年の宣言の40周年記念式を挙行了。専門家や市民社会が参加するグローバルな公開協議と、WHO加盟国間の詳細な交渉を経て、新たな文書「プライマリ・ヘルス・ケアに関するアスタナ宣言」が作成された。この宣言は、アスタナで開催される「プライマリ・ヘルス・ケア国際会議」で正式に発表され、各国政府が自国の官民組織、開発パートナー、その他の関係者と連携して、保健医療以外の分野も含めてプライマリ・ヘルス・ケアに高い優先度を与えるよう呼びかけることとしている。

「21世紀におけるプライマリ・ヘルス・ケアのビジョン:ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの普及と持続可能な開発目標に向けて」は、アスタナ宣言の根拠と土台となるものであり、統合的で質の高い、個人と集団レベルのプライマリ・ケアへの権利、多くの部門に依存する、社会と経済の複合構造としての保健、保健サービスへのコミュニティ参画とエンパワメントに引き続き政治的に焦点が当てられたものである。過去40年間に収集された証拠を検証し、当初想定されたPHCの進展がまちまちであった理由を説明している。また、PHCの構成要素がどのように進化し得るかを詳細に説明し、21世紀のPHCのための魅力的で達成可能なビジョンで締めくくられる。

アルマアタ会議から30年後の2008年、「世界保健報告2008 - これまで以上に必要なプライマリ・ヘルス・ケア(The world health report 2008 - primary health care: now more than ever)」は、PHCの再活性化のための新たな機会を創出した。しかし、その後の数年間、保健開発援助はより疾病に焦点を当てたものとなり、部門やプログラムを超えて活動する機会や、保健医療の意思決定にコミュニティが参加する機会は失われてしまった。その結果、多くの国で、保健医療の質の低下やスタッフ不足とともに、PHCの中核をなすプライマリ・ケア制度の説明責任と範囲が弱まったままになっている。

我々はまだSDGs時代の初期段階にあり、デジタル時代がもたらす恩恵は刺激的で革命的である。このビジョンに関する文書は、PHCが新しい技術、新しいリソース、新しいパートナーシップ、新しい機会からどのような恩恵を受けることができるかを概説する。我々の組織は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に不可欠な、健康とヘルスケア・サービスの基盤として、PHCを推進していく。我々は共に、誰一人取り残さない、あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活とウェルビーイングを実現することができる。



Tedros A. Ghebreyesus
世界保健機関(WHO)事務局長



Henrietta H. Fore
国連児童基金(ユニセフ)事務局長

はしがき

この文書は、WHOとユニセフが主導した共同作業の成果である。この作業は、カザフスタンの保健大臣であるDr Yelzhan Birtanovが、WHOの事務局長であるDr Tedros GhebreyesusとWHOヨーロッパ地域事務所長のDr Zsuzsanna Jakabに対し、アルマアタで開催された画期的なプライマリ・ヘルス・ケア国際会議の40周年を機に、その宣言を更新して活用するよう提案したことに応えるものであった。

この文書は、UHCと持続可能な開発に関する2030アジェンダに照らしてプライマリ・ヘルス・ケアへの取り組みを刷新するために招集されたプライマリ・ヘルス・ケア国際会議を支援する技術シリーズの1つである。この背景文書、運用フレームワーク、および関連する技術文書は、文献のレビュー、PHCに関する2018年WHO地域レポート、PHCに関する国のケーススタディ、過去40年間のPHC実施で学んだ教訓の文献レビューと統合、世界的ロードマップに合意した主要関係者との多くのワークショップ、PHCに関する国際諮問グループからの情報、公開協議、専門家のレビュー、PHCに関する重要課題に関するテーマ別レポートに基づき、作成されている。

この文書シリーズは、過去40年にわたるWHOの保健医療に関するレポート、特に2000年までにすべての人に健康をもたらす世界戦略(1)、プライマリ・ヘルス・ケア21:「全員参加の事業」(2)、健康の社会的決定要因に関する委員会最終レポート(3)、世界保健報告 2008 - これまで以上に必要なプライマリ・ヘルス・ケア(4)、総合的で人を中心とした保健サービスに関するWHOフレームワーク(5) に基づいたものである。

謝辞

この文書は、プライマリ・ヘルス・ケア国際会議に際し、山本尚子(WHO保健医療制度・世界健康保障担当事務局長補)、Zsuzanna Jakab(WHO欧州地域事務所長)、Ted Chaiban(国連児童基金プログラム担当局長、UNICEF)の総合指揮のもと、PHCに関する技術シリーズの一部として作成されたものである。この作業は、カザフスタンの保健大臣であるDr Yelzhan Birtanovからの手紙に応じたもので、アルマアタでの画期的なプライマリ・ヘルス・ケア国際会議の40周年を機に、PHCに関する宣言を更新することを提案したものである。国際会議の準備チームは、Ed Kelley(WHO)、Hans Kluge(WHO 欧州)、Vidhya Ganesh(UNICEF)が中心となって運営された。

総合的な技術調整は Shannon Barkley(WHO)、David Hipgrave(UNICEF)、Pavlos Theodorakis(WHO 欧州)が担当した。

主執筆チームは、Toby Kasper(独立コンサルタント)、Katherine Rouleau(トロント大学、カナダ)、Sameen Siddiqi(アガカーン大学、パキスタン)、Jose M Valderas(エクセター大学、英国)によって構成された。

この文書の技術的助言とレビューを行った、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのためのPHCに関する国際諮問グループは以下のとおり。Mengesha Admassu(PHC 国際研究所)、Belghiti Alaoui(国立公衆衛生学校、モロッコ)、Hanan Balkhy(国家警備衛生省、サウジアラビア)、Rani Bang(地域医療に関する教育・行動・研究会)、Susan Brown(GAVI:世界ワクチン予防接種同盟)、Vanessa Candeias(世界経済フォーラム)、Howard Catton(国際看護師協会)、Jeanine Condo(ルワンダ生医学センター)、Ariana Childs Graham(PHC イニシアチブ)、Austen Davis(ノルウェー開発協力庁)、Eric de Roodenbeke(国際病院連盟)、Adolfo Rubenstein(アルゼンチン保健大臣)、Yan Guo(北京大学)、Dana Hovig(ビル&メリンダゲイツ財団)、Amanda Howe(世界家庭医機構)、Otmar Kloiber(世界医師会)、Bridget Lloyd(人々の健康運動)、Barbara McPake(メルボルン大学)、Claunara Schilling Mendonça(リオ・グランデ・ド・スル連邦大学)、Elias Mossialos(ロンドン大学経済学部)、Makoka Mwai(世界教会協議会)、K Srinath Reddy(インド公衆衛生財団)、Kelly Saldana(USAID)、Kawaldip Sehmi(国際患者団体連合)、武内良樹(財務省国際局)、Sophia Tsirbas(地球市民)、Carina Vance(南米保健ガバナンス研究所)、Jeanette Vega(Red de Salud UC-Christus)、Batool Wahdani(国際医学生協会連盟)。

また、以下の多くの国際的な専門家から助言とコメントをいただいたことに感謝する。Rifat Atun、Asaf Bitton、Nick Goodwin、James Macinko、Isabella Maina、Martin McKee、Abdelhay Mechbal、Khalif Bile Mohamud、Hernan Montenegro、Sergio Minué、Pierre Ongolo-Zogo、Wim Van Lerberghe。

第一稿に対する貴重なコメントと示唆は、その他の協力パートナー、WHOとUNICEFの各地域・各国別事務所スタッフ、特に以下の方々によってもたらされた。Luke Allen、Anshu Banerjee、Ernesto Bascolo、Anjana Bhushan、Luisa Brumana、Ogochukwu Chukwujekwu、Amalia del Riego、Rene Ehounou Ekpini、Tarcisse Elongo、Ricardo Fabrega、Gabriele Fontana、Akthem Fourati、Abdul Ghaffar、Ann-lise Guisset、Anouk Hamers、Rania Kawar、Ghazanfar Khan、Karen Kinder、Etienne Langlois、Lizzie Madden、Inke Mathauer、Lúcio Meneses de Almeida、Khin Pa Naing、Yuri Oksamitniy、Yu Lee Park、Jerome Pfaffman、Geetha Gopalakrishna Pillai、Hassan Salah、Gerard Schmets、Diana Sera、Manisha Shridhar、Nuria Toro Polanco、Prosper Tumusiime、Nicole Valentine、Adriana Velazquez Berumen、Wendy Venter、Karen Vincenti、Francesco Zambon、Diana Zandi。

略語一覧

CHW	地域保健医療従事者
DCP3	疾病対策優先プロジェクト
GDP	国内総生産
HiAP	あらゆる政策における健康配慮
ICT	情報通信技術
NCD	非感染性疾患
NHPSPs	国家保健分野政策、戦略、計画
PHC	プライマリ・ヘルス・ケア
SDG	持続可能な開発目標
UHC	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ
UNFPA	国連人口基金
UNICEF	国連児童基金
WHO	世界保健機関

プライマリ・ヘルス・ケアに関する技術シリーズ

アスタナ宣言

21世紀の プライマリ・ ヘルス・ケアのビジョン

PHCの 事例作成

- 経済的事例
- 健康アウトカム事例
- 対応事例

運用 フレームワーク

ビジョンから アクションへ

- あらゆる政策における健康配慮・多部門活動
- 個人、家族、コミュニティにエンパワメントを行う
- PHC保健医療従事者
- 戦略的購買
- 民間部門
- PHCの質
- デジタル技術
- 保健医療サービスの統合
- 公衆衛生とプライマリ・ケアの統合
- PHCにおける病院の役割
- 抗菌剤耐性
- PHCと健康危機
- 地方のプライマリ・ケア

PHCを通じた 健康ニーズへの対応

- 性、生殖、母性、新生児、子ども、青少年の健康
- 高齢者
- リハビリテーションケア
- 緩和ケア
- 非感染性疾患
- メンタルヘルス
- 感染性疾患
- HIV・AIDS
- 伝統医学と補完医学

PHCに関する 地域レポート

- アフリカ
- 米州
- 西太平洋域
- 東南アジア
- 東地中海沿岸
- 欧州

各国事例研究

- プライマリ・ヘルス・ケアの進捗
- 豪州*
- ブラジルカナ
- タ*
- 中国
- エジプト
- エルサルバドル
- エストニア
- フィンランド*
- プライマリ・ヘルス・ケア制度 (PRIMASYS)
- ガーナ
- ジャマイカ
- カザフスタン
- サモア
- スリランカ
- スーダン*
- スリナム*
- タイ
- トルコ
- ベトナム

* = あらゆる政策における健康配慮

エグゼクティブ・サマリー

1978年のアルマアタ宣言は、世界保健史におけるランドマークとなった。それから40年、プライマリ・ヘルス・ケア国際会議とそれに付随する宣言は、誰一人取り残さない、すべての人の健康とウェルビーイングを追求するプライマリ・ヘルス・ケアへの取組みを新たにしている。

今、PHCに注目することが重要なのは、以下の3つの理由による。

1. PHCの特徴は、複雑で急速に変化する世界に保健医療制度が適応し、対応できるようにすることにある。
2. 健康増進と予防に重点を置き、決定要因に対処し、人間中心のアプローチをとるPHCは、健康不良の主な原因や危険因子に対処するだけでなく、将来の健康を脅かす可能性のある新たな課題に対処するための非常に有効かつ効率的な方法であることが証明されている。
3. UHCと健康関連のSDGsは、PHCをより重視することによってのみ、持続的に達成することができる。

1978年以降、PHCの概念は再解釈、再定義が繰り返され、この用語に対する混乱を招いてきた。この文書では、PHCがSDGsやUHCとどのように整合し、貢献しているかを含め、PHCの現代的な概念を詳しく説明する。

PHCとは、健康増進、疾病予防から治療、リハビリテーション、緩和ケアまでの一連の流れの中で、できるだけ早い段階で、人々のニーズや嗜好(個人とコミュニティの両方)に焦点を当て、人々の日常生活の環境に可能な限り近いところで、健康とウェルビーイングの水準と配分を公平に最大化することを目指す社会全体へのアプローチである。

PHCは相互に関連し、相乗効果をもたらす以下の3つの要素で構成されている。

1. 包括的な促進、保護、予防、治療、リハビリ、緩和ケアを通じて生涯にわたる人々の健康ニーズに応え、プライマリ・ケアによる個人と家族、公衆衛生機能による集団を対象とした主要ヘルスケア・サービスを戦略的に優先させ、統合保健医療サービスの中心的要素とする。
2. すべての部門にわたるエビデンスに基づく政策と行動を通じ、より広範な健康の決定要因(個人の特性や行動だけでなく、社会的、経済的、環境的要因を含む)に体系的に取り組む。
3. 個人、家族、コミュニティが、健康とウェルビーイングを促進、保護する政策の代弁者として、保健及びソーシャル・サービスの共同開発者として、またセルフケアラーや介護者として、自らの健康を最適化できるようにエンパワメントを行う。

このビジョンでは、個人およびコミュニティとしての人々を、保健医療に向けたすべての取組みの中心的な焦点として位置づけている。到達可能な最高水準の健康とウェルビーイングに対する人々の基本的権利と、社会正義に対する世界の新たな取組みは、適切な社会的保護と最も不利な立場にある人々のニーズに対応する協調的取組みによって表現されるものである。

人々は、サービスを受ける人々のニーズを考慮しながら計画され、提供される集団ベースの対策を通じ、有害な健康アウトカムから保護される。

その中には、地域の風土病や疾病発生の予防と管理、非伝染性疾患の予防、主要なリスクを含む一般的な健康問題やその予防と管理方法に関する情報と教育が含まれる。

個別ケアでは、信頼できる多職種のプライマリ・ケアチームが、ケア目標の優先順位付けと特定において患者を支援する。チームは、患者の文化的嗜好やライフステージを考慮しつつ、広範な問題(精神と身体、慢性と急性、感染症と非感染症)に対し、個々の患者ケアにアプローチする。チームは、患者の健康ニーズを評価し、医療技術や情報技術の適切な利用により、安全でエビデンスに基づいたコスト効率の高い管理を行い、より広いPHCネットワークを通じて、ケアを必要とする患者のための追加的または専門的サービスを調整する役割を担っている。

社会的、経済的、環境的な決定要因や関連する商業的な要素を含む幅広い健康の決定要因に、政府、市民社会、民間部門の複数の部門が関わる行動を通じて対処し、健康とウェルビーイングを育む社会と環境を維持する。

社会的保護、住宅、教育、農業、金融、工業などの部門間の緊密な連携により、人々は、きれいな空気、歩きやすさとアクセス性、緑地、交通安全、効果的な公共交通機関の選択肢を組み合わせた健康増進型の居住区で生活することが可能になる。

健康とウェルビーイングを増進するための取組みは、コミュニティに根ざし、コミュニティから情報を得ている。人々は、医療技術や情報通信技術(ICT)の可能性を最大限に活用し、自分自身や大切な人をケアするために必要な知識、スキル、リソースにアクセスすることができる。

21世紀におけるPHCの野心的なビジョンを達成するためには、変革的な行動が必要である。この行動の具体的な内容は国によって大きく異なる。例えば、ミレニアム開発目標が未達成の脆弱な環境で求められる活動は、非伝染性疾患の蔓延に直面している中所得国がすべきこととは大きく異なるだろう。そこで、PHCの実現に向け、各国が柔軟に対応できる13の「テコ入れ策」が特定された。

具体的な行動の選択は、地域的なもの(その国の社会、経済、環境の状況や傾向、疾病負担、保健医療制度の強みと弱み等)と世界的なもの(PHCの改善に効果があるとされてきたものとそうでないもの等)の両方のエビデンスに基づいて行うべきである。これを支援するため、ここでは、過去40年間のPHCに関する研究から得られた教訓をまとめている。

SDGsを通じて、世界はすべての人々の健康とウェルビーイングの向上を目指した野心的な開発課題に取り組んできた。アルマアタ宣言から40年、エビデンスを備え、新たな世界的な取組みに触発されて、今こそ国際社会は大胆なステップを通じて、人類を「すべての人々の健康とウェルビーイング」に近づけるべき時である。プライマリ・ヘルス・ケアへの大胆な新しいアプローチは、SDGsとUHCを達成する上で中心となる。前進には、勇気と決意が必要である。明らかに、今がその時である。世界は、成功のためにこれ以上ない好位置につけている。

1. はじめに

1978年のアルマアタ宣言は、世界保健史におけるランドマークとなった。それから40年、プライマリ・ヘルス・ケア国際会議は、誰一人取り残さない、すべての人々の健康とウェルビーイングを追求するプライマリ・ヘルス・ケアへの取組みを新たにしている。

このビジョン文書では、PHCの現代的な概念を定義し、PHCの構成要素を説明し、それらがいかにより、人々による、人々のための健康、公平、効率を促進するかを概説している。PHCがSDGsやUHCとどのように整合し、貢献するのかを説明している。また、過去40年間にPHCの実施を成功させるために学んだ教訓を強調し、直面した課題を説明する。最後に、今世紀のPHCのビジョンを概説し、ビジョン達成のための主要なテコ入れ策を提案する。

つまり、この文書は、SDG目標3の言葉にあるように、「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進する」アプローチを提供する。

2. プライマリ・ヘルス・ケアとは何か？

PHCの概念は、1978年以来、繰り返し解釈され、再定義されてきた。ある文脈では、PHCは外来または初回接触型の個人的なヘルスケア・サービスの提供を指す。他の文脈では、低所得者層に対する一連の優先的な健康介入（選択的PHCとも呼ばれる）として理解されている。PHCを人間開発の本質的な要素として理解し、単に医療サービスを提供するだけでなく、経済的、社会的、政治的な側面に焦点を当てる者もいる。これらの解釈は、いずれもアルマアタ宣言で示されたより広範な定義を単純化したものであり、その実施によって包括的なPHCアプローチの利点が失われる危険性をはらんでいる。PHCの明確でシンプルな定義は、世界、国、地域レベルでの今後のPHCの取組みの調整を容易にし、その実施の指針とするために必要である。

PHCとは、健康増進、疾病の予防から治療、リハビリテーション、緩和ケアまでの一連の流れの中で、できるだけ早い段階で、人々のニーズや希望に焦点を当て、人々の日常生活の環境に近いところで、可能な限り高いレベルの健康とウェルビーイングを確保し、それらを公平に配分することを目的とした社会全体の健康に対するアプローチである。

図 1. プライマリ・ヘルス・ケアの構成要素



過去40年間に蓄積された経験は、相互に関連し相乗効果をもたらす3つの要素を組み込んだ、包括的なPHCの定義を支えている(図1)。

1. 包括的な促進、保護、予防、治療、リハビリ、緩和ケアを通じて生涯にわたる人々の健康ニーズに応え、プライマリ・ケアによる個人と家族、公衆衛生機能による集団を対象とした主要ヘルスケア・サービスを戦略的に優先させ、統合保健医療サービスの中心的要素とする。
2. すべての部門にわたるエビデンスに基づく政策と行動を通じ、より広範な健康の決定要因(個人の特性や行動だけでなく、社会的、経済的、環境的要因を含む)に体系的に取り組む。
3. 個人、家族、コミュニティが、健康とウェルビーイングを促進、保護する政策の代弁者として、保健及びソーシャル・サービスの共同開発者として、またセルフケアラーや介護者として、自らの健康を最適化できるようにばわめんとを行う。

PHCは、社会正義、公平性、参加へのコミットメントに根ざしている。それは、世界保健機関(WHO)の憲章(6)に記載され、世界人権宣言の第25条で強調されているように、到達可能な最高水準の健康を享受することは、区別なくすべての人間の基本的権利の一つであるという認識に基づいている。「すべて人は、衣食住、医療及び必要な福祉サービス等により、自己及び家族の健康及びウェルビーイングに十分な生活水準を保持する権利を有する」(7)。このことは、質の高い本質的な保健医療サービスを利用しやすくし、健康とウェルビーイングを促進、保護する政策を実施する政府の責任を明確にするものである。保健医療制度の数多くの比較分析により、保健医療は人々の健康を増進するための最も公平で、効率的かつ効果的な戦略であることが実証されている。

質の高い安全なプライマリ・ケアを提供することは、PHCのアプローチにとって重要である一方、それだけでは不十分である。多部門にまたがる政策と行動、エンパワメントした人々とコミュニティ、そして本質的な公衆衛生機能も必要である。これらの要素が一体となって、すべての人が到達可能な最高水準の健康とウェルビーイングを達成するためのメカニズムができあがる。これらの要素については、セクション5でより詳細に説明する。

3. なぜ今プライマリ・ヘルス・ケアに注目するのか？

PHCを刷新し、健康とウェルビーイングを向上させる取組みの中心に据えることは、以下の3つの理由から非常に重要である。

1. PHCの特徴は、複雑で急速に変化する世界に保健医療制度が適応し、対応できるようにすることにある。
2. 健康増進と予防に重点を置き、決定要因に対処し、人間中心のアプローチをとるPHCは、健康不良の主な原因や危険因子に対処するだけでなく、将来の健康を脅かす可能性のある新たな課題に対処するための非常に有効かつ効率的な方法であることが証明されている。
3. UHCと健康関連のSDGsは、PHCをより重視することによってのみ、持続的に達成することができる。

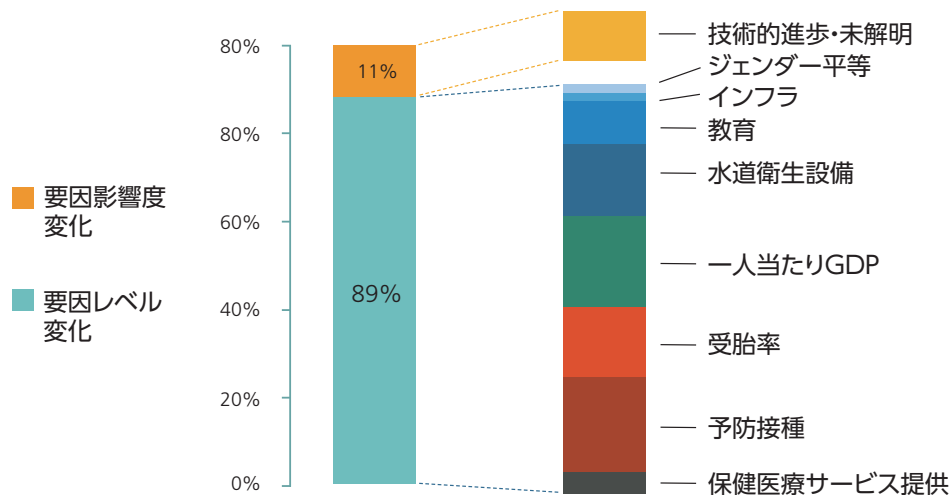
これらは、何が健康とウェルビーイングの向上につながるかについてのエビデンスによる理解に基づく (Box 1)。

Box 1 複雑に絡み合う、健康増進につながる要因

アルマアタ宣言から40年、健康とウェルビーイングに影響を与える様々な要因の複雑な相互作用に関する研究が爆発的に進展している。これらの要因の中には、保健医療制度や医療サービスへのアクセスに直接関係するものもあるが、医療サービス以外にも、様々な要因が健康とウェルビーイングの形成に重要な役割を果たしていることは、十分に明らかである。これらの要因には、社会的疎外、食料制度、教育、環境的要因が含まれる。

例えば、最近の分析では、1990年から2010年にかけて子どもにおける死亡率減少の約半分は、医療分野以外の要因によるものであることが判明している。下図は、様々な要因（ジェンダー平等の向上、水道衛生設備の改善、経済成長など）が5歳未満児死亡率の減少を示しており、医療分野以外の要因が大きく寄与していることが分かる。注記：要因影響度変化とは、その要因の影響度の経時的変化を指す（すなわち、1990年と同程度の技術進歩が、2010年の5歳未満児死亡率の低下と関連している）。要因レベル変化とは、5歳未満児の死亡率と関連するターゲットのレベルの変化を指す（水道衛生設備へのアクセスの向上が、5歳未満児の死亡率の変化に関与していた等）。

5歳未満児死亡率変化への寄与要因(1990~2010年)



3.1 変わりゆく世界

世界では、経済、環境、技術、人口動態の急速な変化が起きており、そのすべてが健康とウェルビーイングに影響を及ぼしている。これらの影響は必ずしも有益なものばかりではなく、多くの重要な動向が重大な問題を引き起こしている。

経済成長は健康とウェルビーイングに直接関係するが(原因・結果として)、その分布は不公平であり、特にサハラ以南のアフリカではここ数十年遅れをとってきた。多くの国で国内格差が拡大し、世界と地域の両レベルで一連の経済ショックと危機が発生し、健康とウェルビーイングに負の影響を及ぼしている。更に、多くの国が紛争や脆弱性の影響を継続的に受けており、住民の健康状態に重大な影響を及ぼしている。推定6,850万人が強制的に故郷を追われ、これは記録的な高水準である(9)。さらに何億人もの人々が都市部へ内部移住し、その結果、世界人口の55%以上が都市に住んでいる(10)。このことが健康とウェルビーイングに及ぼす影響は、プラスにもマイナスにもなり得る。気候変動は、極度の貧困に苦しむ人々の数を大幅に増加させる可能性があり(11)、「21世紀最大の世界的な健康の脅威」(12)と呼ばれている。

PHCによって、社会と保健医療制度はこれらの課題に対応することができる。多部門アプローチでは、国や地域レベルの幅広い関係者の関与を促し、健康とウェルビーイングの社会的、経済的、環境的決定要因に対処するための政策を検討し、考案する。人々とコミュニティを自分たちの健康とウェルビーイングを生み出す重要な役割を果たす者として扱うことは、変化する状況の複雑さを理解し、それに対応するために重要である。

3.2 現在と将来の健康課題

過去40年間、健康とウェルビーイングの改善においてかなりの進展があり、妊産婦、新生児、子どもの死亡や、HIV・AIDS、マラリア、結核、ワクチンで予防できる病気などを原因とする死亡例が劇的に減少している。PHCはこうした進歩に貢献し、現在では、特に罹患率と死亡率の主要原因のいくつかについて、この手法の有効性を示すエビデンスが豊富に存在している(13, 14, 15)。また、PHCは、予防、促進サービスへのアクセスを改善し、無数の疾患に対する早期診断と治療を提供し、人間全体のニーズに焦点を当てた人間中心のケアを提供し、回避可能な入院や再入院を減らすことによって、総医療費を削減し効率を高めることが示されている(16, 17, 18, 19)。

未だ多くの国で、ミレニアム開発目標の未達成と言われる、感染症、妊産婦、新生児、小児疾患、栄養失調の問題に取り組んでいるのが現状である。しかし、世界的に見ると、人口の高齢化や不健康なライフスタイル(不健康な食事、運動不足、喫煙など)を助長する不健康な環境の結果として、疾病のパターンに劇的な変化が生じている。すべての国において、非感染性疾患(NCD)によって失われる障害調整生存年数の割合は、1990年から2016年の間に44%から61%に増加し、低・中所得国において最も速いペースで増加している(20)。一人の人間に複数の(しばしば慢性的な)疾患が共存すること(multimorbidity)は、当該個人に大きな負荷を与えるだけでなく、その複雑な管理を行う際に利用できるエビデンスが比較的不足しているため、特別な課題を呈している(21, 22)。また、メンタルヘルスに関連する疾病の負荷はここ数十年で増加しており、主要かつほとんど治療されていない疫病として認識されるようになってきている。このように複雑化する保健医療ニーズに対応するためには、健康増進政策と疾病予防政策を統合した多部門アプローチ、コミュニティに対応した解決策、そして人間中心の保健医療サービス、つまりPHCが必要とされている。

もう一つの重要な課題は、新種の病原体や現在の治療法に耐性を持つ病原体の蔓延である。過去10年間のエボラ出血熱の流行は、地域の保健医療制度の脆弱性によるものであることが証明された。同時に、抗菌薬耐性菌の増加も、現在の治療法にとって大きな脅威となっている。PHCには、コミュニティの参画と教育、良質な医薬品の入手の重視、合理的な処方、監視と早期対応を含む本質的な公衆衛生機能の中核的役割など、これらの問題に取組み、健康安全を向上させるために必要な主要要素が含まれている。更に、コミュニティと周辺保健医療施設レベルを強化することで、PHCはレジリエンスの構築に貢献する。これは、保健医療制度に対するショックに耐え、必要不可欠な保健医療サービスを継続して提供するために不可欠なものである。

3.3 保健医療関連SDGsとUHCに必要な基盤

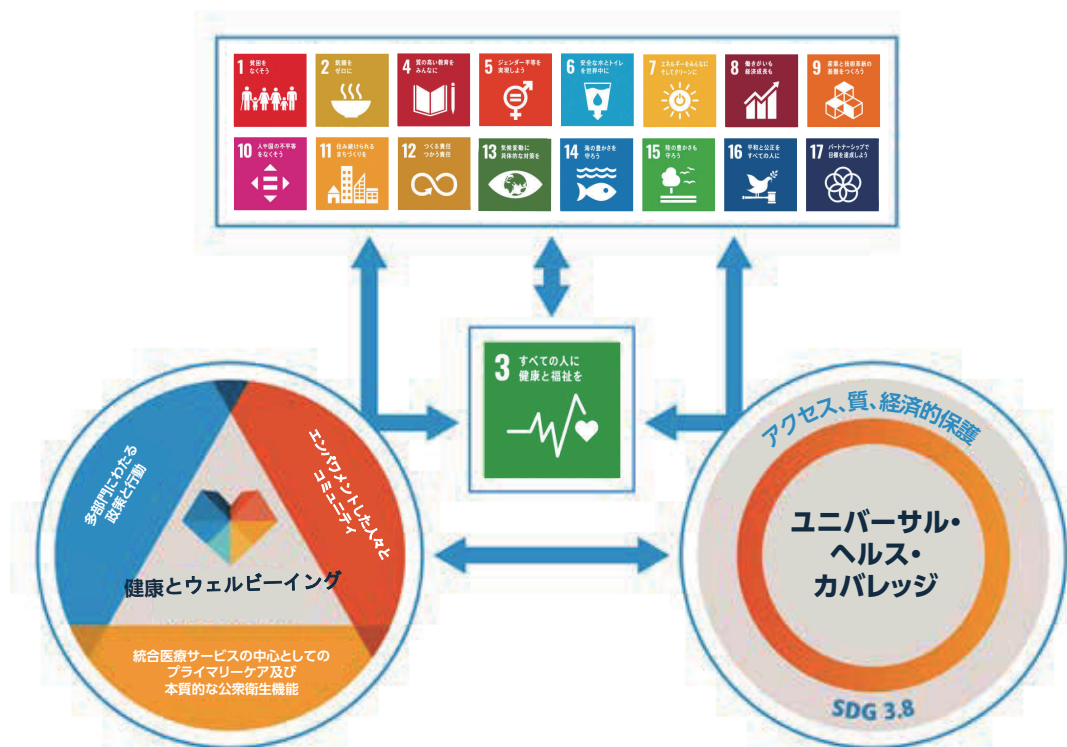
持続可能な開発のための2030アジェンダと17の持続可能な開発目標は、より良い世界を構築するための野心的なアジェンダを提示する。健康とウェルビーイングは、特にSDG目標3を通して取り上げられており、あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、ウェルビーイングを促進するための取組みを求めている(23)。SDGsの統合的なビジョンに沿って、SDGの目標3のターゲットは、他の開発目標から影響を受けつつも、健康とウェルビーイングに直接関係している。

誰一人取り残さず、SDGの目標3のターゲットを達成することは、PHCを通してのみ可能である。母子・新生児死亡率の削減、性と生殖に関する保健医療サービスへの普遍的アクセスの確保、薬物乱用の予防と治療の強化、NCDの予防と治療といったターゲットは、健康とウェルビーイングを促進する多分野にわたる政策と行動、プライマリ・ケアと公衆衛生機能を優先した統合保健

医療サービス、エンパワメントした人々とコミュニティにかかっている。エイズ、結核、マラリア及び顧みられない熱帯病(NTDs)、肝炎、水媒性疾患、その他の感染症の蔓延を食い止めるといったターゲットでさえ、これまでは主に垂直的な取組みによって対処されてきたが、成果を維持し継続するには、より統合的なアプローチが不可欠であるという認識が高まってきている。例えば、質の悪い住宅や放置された家庭周辺環境は、マラリア、アルボウイルス病(デング熱、黄熱病、チクングニア、ジカウイルス病など)、シャーガス病、リーシュマニア症の感染リスク要因になる。健康における住宅部門の役割は、政府とサービス提供組織全体で明確に理解され、支持される必要がある。同様に、他の公共政策や行動が保健医療サービスに及ぼす影響も十分に理解される必要がある(24)。

多部門にわたる政策と行動がPHCの重要な構成要素であるという事実は、SDGsの統合的ビジョンに沿うものであり、PHC関連の取組みが他の多くの部門を活かし、強化できることを意味する。その結果、PHCは、貧困、飢餓、教育、ジェンダー平等、清潔な水道設備、仕事と経済成長、不平等削減、気候変動対策など、SDG3以外の多くの目標の達成に貢献することができる(図2)。

図 2. PHC、UHC、SDGsの連携



現在、国際社会はUHCの達成に大きな力を注いでおり、PHCはその取組みに必要な基盤となっている。UHCには、経済的保護の向上(それによって家計の医療支出を減らす)、質の高いサービスや医薬品、ワクチンへのアクセス向上など、いくつかの側面がある。最も不利な立場にある人々を含むすべての人々に手を差し伸べることが、UHCの重要な要素である。PHCは、UHCの各側面に取組むために非常に重要である(表1)。

- PHCは、健康の根本的な決定要因に取組み、病気を予防し、ウェルビーイングを促進する集団レベルのサービスを重視することで、家計の健康支出を減らす上で重要な役割を担っている。これにより、個人的なケアの必要性が減少し、健康問題がより複雑で費用のかかる状態にまで拡大するのを回避することができる。エンパワメントした人々とコミュニティは、医療サービスに対する経済的保護を強化するための重要な代弁者となる。
- PHCは費用対効果の高いサービス提供方法であるため、PHCに焦点を当てることは、各国がユニバーサルアクセスに向けて前進する上で最も価値ある方法である。エンパワメントした人々とコミュニティがサービスの共同開発者として関わることで、文化的感受性が向上し、患者の満足度が高まり、最終的には利用が増加し、健康アウトカムも向上する。更に、最初に接触し、継続的に、包括的に、調整され、人間を中心としたプライマリ・ケアサービスに基づく保健医療制度は、より良い健康アウトカムをもたらすという相当なエビデンスがある。
- 多くの国々で、現在ケアにアクセスできない人々の大半は、不利な立場に置かれている。PHCは、脆弱性をもたらす健康上の決定要因に取組むことに重点を置いているため、この問題に対応するのに最適な立場にある。更に、ほとんどの国では、コミュニティベースのサービスに焦点を当てたPHCが、遠隔地の不利な立場にある人々に手を差し伸べる唯一の方法である。



表 1. PHCがいかにUHCの達成を支援するか？

		PHCの構成要素によるUHC達成支援の方法		
		経済的保護・健康に対する家計支出の削減	質の高いサービス、医薬品、ワクチン	公平なアクセス
PHCの構成要素	プライマリ・ケアと本質的な公衆衛生機能	<p>集団レベルのサービスにより 疾病を予防、ウェルビーイングを促進 → 個別ケアを減少 → 支出を削減</p> <p>プライマリ・ケアでの支出は、同じサービスをリファーマルケアで提供する場合と比較し、費用対効果が高いことが示されている</p>	<p>最初の接触、継続的、包括的、調整的、人間中心のパフォーマンスの高いプライマリ・ケアに基づく保健医療制度が、健康アウトカムを向上</p>	<p>PHCが地域に根ざしたサービスを重視することは、地方や遠隔地、不利な立場にある人々であっても、アクセスを確保するための重要な方法</p>
	多部門にわたる政策と行動	<p>根本的な決定要因に対処することで、疾病を予防 → 福祉を促進 → 個別ケアを減少 → 支出を削減</p>	<p>国民の疾病負担を軽減し、ヘルスケア提供の質と安全性を向上させるためのリソースを確保</p>	<p>根本的な決定要因に対処することで、サービスへのアクセスに対する障壁(環境、教育など)を軽減、適切なアクセスを増やすことが可能</p>
	エンパワメントした人々とコミュニティ	<p>経済的保護を拡大することの政策提言、資金調達制度設計への関与は、介入拡大のため重要である、受容性を向上、大量購買を促進</p>	<p>アクセス拡大の政策提言、サービス共同開発者としての参加 → 文化的感受性と患者満足度の向上 → より適切な使用と健康リテラシーの向上、より良い成果、セルフケア能力の向上</p>	<p>誰一人取り残さないことを政策提言、非公式な介護者としての役割</p>

4. 40年にわたる教訓

過去40年以上にわたって、保健医療制度をPHCに方向転換する際に何が有効で、何がそうでないのかについて、かなりの研究がなされてきた。この文書に提示するビジョンにつながるこのエビデンスベースを、このセクションで要約する。その他の詳細は、プライマリ・ヘルス・ケア国際会議のために作成された地域別報告書やその他の背景文書に記載されている。

4.1 リーダーシップと政策

低・中・高所得国の様々な状況において、PHCを志向する保健医療制度では一貫して、より良い健康アウトカムをもたらし、公平性を高め、効率を向上させてきた(25,26)。持続可能なPHCの実施には、PHCを優先する政治的リーダーシップ(コスタリカ(27)やキューバ(28)など)、エビデンスに基づく明確なビジョン(29)、データに基づく改善と調整の反復サイクルが必要である。逆に、目的意識のあるリーダーシップと持続的な取り組みがなければ、保健医療制度は自然にPHCに引き寄せられることはない。

PHCの実施は、より広範な予防的アプローチや全人的アプローチを犠牲にした健康の医療化によって妨げられている。更に、社会的公平性と人権としての健康に対する政策的関与の欠如、部門横断で行う効果的な取り組みの困難さ、保健医療制度計画と保健医療サービス提供の分離、適切な人材不足、不安定なマクロ経済などの結果として、課題が発生している(30)。特にプライマリ・ケアに関しては、不十分な人材と財源、規則と説明責任の欠如、利用者負担の導入、民営化により、状況によってはアクセスと公平性が脅かされ(31)、時にはこれまでの進展から逆行することもあった。

また、病院中心の治療的ケアからコミュニティ中心の予防的ケアへとサービスの方向転換を支援するための政策と財政の調整に指導者が消極的であることも、進展の妨げになっている(32)。保健医療制度のPHCへの方向転換が成功するか否かは、そのプロセスにおける病院の役割を認識することにかかっている。病院は、問題の一部とみなされるのではなく、

解決策の本質的な部分でなければならない。一国の医療人材、技術、財源の相当部分が病院に集中している。病院は多くの医療サービス専門家を養成する責任を担っており、制度の転換を促進する、あるいは妨げる政治的、経済的、社会的権力を有している。病院が、フォローアップのために患者をプライマリ・ケアに誘導して不要な入院を避ける、あるいはスタッフローテーションの取り組みを通じてプライマリ・ケア従事者の能力を向上させ紹介医療を減らすために協力するなど、いかにしてPHCを支援できるか、数多くの例が示されている。常に新しい勤務形態が生まれ、携帯電話やモバイル技術によって保健医療サービス提供のかたちが急速に進化する中、病院は公衆衛生アプローチとプライマリ・ケアサービスを強化する幅広い役割を担うことができる。

4.2 資金調達とリソース配分

PHCの3つの構成要素すべてに関連する支出に関するデータの可用性と信頼性は、一般的に低い。これは、リソース追跡制度への投資不足の結果と、PHCへの支出の定義と追跡が複雑なこと、一部には多部門にわたる性質があるためである。このように信頼性が高く一貫性のある測定ができないことが、PHCの資金調達と実施における説明責任の妨げとなっている。利用可能なデータによれば、保健医療のための財政スペースが不十分な上、治療や専門外、病院でのケアを優遇する配分スキームなどにより、大幅な資金不足が指摘されている。例えば、データがある30カ国中8カ国だけが、一人当たり年間40米ドル以上を保健医療に費やしている(33,34)¹。特に保健医療サービスに関しては、予防と促進活動は一般に資金不足である。専門外の医療や病院は、ヘルスセンターやプライマリ・ケア提供者よりも、公的・私的支出の大きな割合を占めている(35)。多くの国で、保健医療分野への公的資金の配分を増やし、新たなリソースを保健医療に優先的に配分する必要があり、その結果、社会的に疎外されたコミュニティや脆弱な状況にある人々が、中核的なサービスを利用し、アクセスできるようになる。アフリカ地域では、保健施設へのアクセスは依然として限られており、85%の国が人口10万人あたりの保健センター数が1箇所未満、82%の国が人口10万人あたりの地区病院数が1箇所未満となっている(36)。

健康アウトカムへの顕著な貢献にもかかわらず、HIV感染、結核、マラリア、ワクチンで予防可能な疾患など、少数の疾患に焦点を当てた垂直プログラムのアプローチとガバナンスは、PHCの実施に課題をもたらしてきた。コミュニティレベルでは、特定の疾病に焦点を当てたあらかじめ定義されたサービスパッケージの提供により、適用範囲に大きな格差が生じ、コミュニティから情報を得た人間中心の包括的統合保健医療サービスの大きなメリットが、住民から奪われている(37)。場合によっては、特定のプログラムの優先事項に注意を向けようとする取組み(医療専門家に対するインセンティブ制度など)が、包括的プライマリ・ケアからリソースを引き離していることもある。これらのプログラムの多くは現在、保健医療制度強化にかなりのリソースを投入しており、これはPHCに貢献する可能性がある。しかし、各プログラムが採用しているガバナンス構造が異なるため、政府がPHCに効率的に貢献する一貫したアプローチ(38)と、優先順位の決定に関与すべきコミュニティへの説明責任の両方を確保することは困難である。

¹ これらのデータは、保健医療会計制度2011 (SHA2011)から得たもので、支出のうち保健医療に割り当てられる部分的な要素を特定するものである。しかし、保健医療会計はもともとこの目的のために作られたものではないため、この分類にはいくつかの限界がある。例えば、政策的介入や公衆衛生機能に対する支出の記録、医薬品に対する支出の一次医療と紹介医療への分解が困難であることなどがあげられる。

4.3 保健医療人材

PHCでは、保健医療制度全体と、他部門やコミュニティのセグメントの両方で、幅広いスキルと専門性を持つ人材が関与する必要がある。政策立案者、経済学者、管理者、教育者、病院管理者、コミュニティ代表者、コミュニケーター、学者、公衆衛生専門家は、人々のニーズに応えるために部門を越えて協力する能力を備えている必要がある。

効果的な集団ベースのサービスを提供するためには、公衆衛生サービス従事前の専門研修プログラムと、エビデンスに基づく知識と地域に関連する専門知識の適用を実証する適切なサービス従事者の研修を通じて、意図的に訓練された公衆衛生人材が必要である。

公衆衛生人材は、監視、モニタリング、準備、対応といった公衆衛生に不可欠な機能を遂行するために必要な能力を有していなければならない、また健康保護・増進(教育キャンペーンなど)や疾病予防(食品安全確保や予防接種キャンペーンなど)における住民ベースのサービスを提供するために必要な能力も有していなければならない。公衆衛生人材には、保健医療制度の多くの構成要素の接点において重要な役割を果たすため、部門を超え、コミュニティや保健医療従事者と協力する能力が特に重要である(39)。

プライマリ・ケアの個別保健医療サービスは、様々なスキルと住民の健康ニーズの大部分に対応する能力を備えた、効果的で連携したチームによって、住民の生活圏の近くで提供されるのが最善である(12,40,41,42)。プライマリ・ケアチームは、理想的には学際的で、家庭医、看護師、地域保健医療従事者、医師助手、リハビリテーションワーカー、栄養士、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、薬剤師、歯科医師、民間療法施術者、サポートスタッフなどを含むことができる。

プライマリ・ケアの能力は、チーム内のスキルの適切な組み合わせを確保し、個人の責任をサポートするための訓練と明確な役割分担を提供することで拡大することができる(43,44)。適切に採用され、報酬を受け、訓練を受け、統合された地域保健医療従事者(CHW)は、アクセス、応答性、満足度、成果の改善に貢献することができる(45,46,47)。

看護師と助産師もまた、重要な医療専門家グループを形成している。彼らは人々と直接接触する時間が長く、プライマリ・ケアチームにおいて中心的な役割を担っている(48)。また、CHWへの重要な支援や監督も行うことができる。看護師がプライマリ・ケアでその能力を発揮するためには、より高度な研修、明確な役割分担、支援が不可欠である(49)。しかし、現在、プライマリ・ケアの提供に特化した上級看護師研修を実施している国は比較的少ないのが現状である。

包括的な総合医(一般に家庭医またはファミリードクターと呼ばれる)は、効果的なプライマリ・ケアを行うPHC指向の保健医療制度において中心的な役割を果たす。家庭医は、包括的、総合的、人間全体に対するケアの訓練を受けた専門家であり、プライマリ・ケアチームを支援し、様々な健康問題に対処することができる。これにより、コミュニティでの早期介入が可能となり、費用効率が最大化されるだけでなく、コミュニティから離れた場所で治療を受ける必要があった人々にも利益をもたらすことができる(12,50)。

プライマリ・ケア人材は、病院勤務や専門外人材に比べて、研修、報酬、認知度、臨床リソースへのアクセスなどの面で劣ることがあまりに多い。このことは、プライマリ・ケアに従事する医療人材の採用や定着を妨げるだけでなく、質を低下させ、プライマリ・ケア人材が高いレベルで燃え尽きる一因となる可能性がある(51)。その結果、プライマリ・ケアに従事する保健医療人材の雇用条件の改善を求める声が上がっている。

4.4 ケアの質

PHCには、安全で効果的な、人間中心のケアをすべての人に提供することが含まれる。それは、不十分なリソースと限定的な実施というこれまでの歴史の結果であり、残念ながら一部の場所で認識されている「貧しい者のための貧しいケア」ではない。

PHCが最小限の安価なサービスをその場しのぎで実施したり、限られた研修で能力が不十分な人材によって行われた場合、期待された成果を上げることはできず、公衆の信頼が損なわれる(52)。サービスの質は、公平性と説明責任の両方に関係している。

プライマリ・ケア提供の質を支える戦略には、国や地方レベルでベストプラクティスを採用するなどの供給側の選択肢(53)、認定や規制などの正式な行政メカニズム、保健医療サービスの計画、提供、研修と統合した質的向上のための組織やプログラムの確立、経済的(成果報酬)(55)および非経済的(表彰、継続的専門能力開発と臨床決定支援ツール)(56)両方の様々な医療人材インセンティブ(54)が含まれる。

ヘルスケアの質の評価にコミュニティが参加することで、患者の安全性が高まり、リスクも低減している(57,58)。例えばブラジルでは、家族健康戦略への加入が、定期的なケアの可能性の向上、投薬の利用のしやすさ、患者の満足度の向上につながっている(22)。このような供給側の取組みに加え、患者の体験調査やリスク軽減のためのコミュニティの参画など、需要側の選択肢もある(56)。患者の関与がいかに結果の改善につながるかについては、さらなる知見が必要である(59)。

5. プライマリ・ヘルス・ケアの構成要素

5.1 統合保健医療サービスの中核となる プライマリ・ケアと本質的な公衆衛生機能

人々のニーズと嗜好に応える質の高い保健医療サービスを、集団レベルと個人レベルの両方で提供することが、PHCの第一構成要素である。サービスは、健康増進、疾病予防から治療、リハビリテーション、緩和ケアに至るまで継続的に、個人または集団レベルで適宜提供される。集団ベースのサービスと個別サービスは本質的に補完的であり、相互の統合と調整によって、それぞれの効果が増強される(60,61)。実際、多くの保健医療制度において、集団ベースの主要機能は、個別サービス(性感染症のスクリーニングと報告、がんスクリーニング、健康教育、健康増進、行動変容コミュニケーションなど)を担当する同じプライマリ・ケアチームによって提供される。

A. 個別サービス

プライマリ・ケアは、健康問題の大部分に対して、個人向けの医療サービスを提供するための入口となる。プライマリ・ケアは保健医療制度の重要な構成要素であり、家族やコミュニティに密着したサービスを提供し、公衆衛生と個人の健康を結びつけている。質の高いプライマリ・ケアは、サービスへのアクセスの増加、問題認識と診断精度の向上、回避可能な入院の減少、健康医療の結果(特に症例死亡率とサービスへの対応)改善、死亡率における貧富の差の縮小、自殺率の低下、寿命の延長につながる(34, 62, 63, 64)。質の高いプライマリ・ケアは、エビデンス情報に基づき、コミュニティで提供され、人間中心で、最初の接触点であり、継続性と包括性と協調性が確保されている(65)。

初回接触

プライマリ・ケアは、急性、慢性的な健康問題だけでなく、疾病予防活動の大部分において初回接触となるべきものである。特にコミュニティレベルで質の高いプライマリ・ケアを利用できることは、献身的な治療関係の構築に寄与し(66)、タイムリーな診察の可能性を高め、ケアの継続性を向上させ、長年にわたるより良い成果につながる(67)。

プライマリ・ケアが効果的に初回接触調整ケアを提供するためには、包括的な一連のサービスが直ちに利用可能であることが必要である。この効果的なプライマリ・ケアの重要な特徴は、他のレベルのケアやサービスへのアクセスが常にプライマリ・ケアからの紹介によって手配されている場合(ゲートキーピング)、またはプライマリ・レベルでケアを受けることに対する経済的インセンティブ(自己負担がほとんどないなど)がある場合、強化される。このような仕組みを設けることで、継続性を高め、プライマリ・ケアで適切に管理できる健康ニーズに対して過剰に利用されることなく、専門外のサービスが保健医療制度においてその機能を最大限に発揮できるようにし、効果を高めることもできる(67,68)。

包括性

包括性とはプライマリ・ケアの範囲、幅、深さを指し、生涯を通じて健康問題に対処する能力も含まれる。包括的プライマリ・ケアは、(問題の大部分に対して)直接ケアを提供する、あるいは他のレベルのケアやサービスを紹介することによって、個人が持ちうるあらゆるヘルスケアのニーズに対応することができる。

包括性は不必要な紹介を減らし、保健医療制度内のリソースと責任の効率的な配分を支え、ケアの継続性と統合を促進する。選択的PHC(発展途上国で最も一般的な健康問題のいくつかに対処するための、効果の高い限られた数のサービス(33))は、包括性の必要性とは一致せず、人間中心のケアや生涯を通じたアプローチという文脈での需要主導型のサービスとは相容れないものである。

継続性

ケアの継続性は、様々なケアとの出会いやケアの移行を経て、継ぎ目のない一貫した個人に焦点を当てたケアを長期にわたって提供することによってもたらされる(69)。プライマリ・ケアは、継続性を促進する相互信頼に基づく長期的関係に対する保健医療専門家と個人のコミットメント(関係的継続性)に基づき、さらにエビデンスに基づくケアパス(管理的継続性)と統合情報制度(情報の継続性)により支えられるものである。

継続性は、死亡率の低下、救急外来受診や入院の減少、入院期間の短縮、医療費の削減、患者満足度の向上と関連しており、また、説明責任を高めることもできる(70,71)。アクセシビリティと継続性の両方を促進する必要がある。医療サービスに対する需要が高まるに従い、この両方を達成するためには、より効果的にリソースを活用する必要がある。

調整

プライマリ・ケアの本質的な機能の一つは、エビデンスに基づくケアパスに沿った移行と情報共有のための統合的、機能的、かつ相互支援的な調整(紹介制度を含む)を通じて、メンタルヘルス・サービス、長期ケア、ソーシャル・ケアなど、保健およびソーシャル・ケアのサービス全般にわたってサービス提供を調整することである。調整は、移行点(自宅から診療所、病院から診療所)におけるよく知られたリスクを減少させる(72)。

また、必要に応じて、営利・非営利を問わず、官民間のシームレスな移行を確保する必要がある。

人間中心主義

効果的なプライマリ・ケアは、健康なときも病気のときも、特定の臓器、ライフステージ、集団に焦点を当ててではなく、身体的、精神的、社会的状況をすべて考慮した上で、その人全体を中心に据えたものである。効果的なプライマリ・ケアの人間中心的性質は、PHCにおける人間の中心的役割と一致し、その評価に患者中心的な指標を用いることを支持する(62,73)。プライマリ・ケアは、包括的、調整的、人間中心的であるため、多疾病の問題に対応する際に理想的である。

多くの人々にとって、漢方薬、民間療法、民間療法施術者は、ヘルスケアの主な情報源である。エビデンスに基づく安全で効果的な伝統医療をプライマリ・ケアの一環として適切に取り入れることで、より良い健康アウトカムと経済的なメリットを得ることができる(74,75)。

伝統医療は、健康の維持・管理に関する社会的知識を活用・強化し、セルフケア能力を備えた知識ベースの健康社会というビジョンを支えている(76,77)。多くの国々で、伝統医療は対症療法の介入と効果的に統合されてきた。

伝統医療は、NCD の管理、緩和ケア、リハビリテーション、顧みられない熱帯疾患、メンタルヘルス、高齢者のケアなどの分野で有効であることが示されている(78,79,80,81)。

B. 集団単位のサービス

集団単位のサービスでは、健康とウェルビーイングを大規模に改善するために公衆衛生的なアプローチが用いられる。公衆衛生アプローチに特に関連し、プライマリ・ケアと密接に関連する公衆衛生機能は、健康保護、健康増進、疾病予防(サービス提供)、監視と対応、緊急時の備え(情報提供)である(82)。

健康保護

健康保護には、環境、毒性、道路、食品の安全を確保することにより、集団を保護するため、健康被害への曝露を最小限にするためのリスク評価、活動の実施と管理の監督が含まれる。また、これは患者の安全を通じたヘルスケアの提供、消費者の安全を通じたセルフケアと重なる。健康保護は、人々が健康的な生活を送ることができるように物理的・社会的環境を形成する。

健康増進

健康保護が健康に対する潜在的な脅威から人々を守る一方で、健康増進は、より良い健康リテラシーとセルフケアおよび他者へのケア能力の向上を通じて、人々が自分自身の健康をよりコントロールできるようにする。更に、健康増進は、幅広い社会的・環境的介入を通じて、健康を増進する物理的・社会的環境を創造することを目的としている。セクション5.2で述べたとおり、これには多部門にわたる広範な政策が重要である。

疾病予防

疾病予防は、個人と集団の両方のレベルで実施され、多くの環境では健康増進とヘルスケアの提供に関連するものである。疾病予防は、健康とウェルビーイングを達成するための重要な足がかりであり、明確に確立された普遍的な健康ニーズに応えるものであることが示されている。したがって、疾病予防はUHCに不可欠であり、そのように計画、調整、リソース提供されるべきである。

監視と対応

監視と対応は、モニタリングと予防を組み合わせたもので、プライマリ・ケア従事者の参画を含め、集団やコミュニティレベルで容易に使用できる健康情報の重要性が強調されている。

緊急時の準備

緊急時の準備は、保健医療サービスへの需要が急増し、リソースやインフラに負担をかける不測の事態や壊滅的な状況に対処することを目的とする。この機能は、確立された制度においても、環境災害や紛争などによって不安定になったり、崩壊のリスクがあることが分かっている制度においても重要である。緊急時は、応答性と適応性のある保健医療制度を担保して、計画立案を支援し、保健医療リソースの急速かつ無秩序な枯渇を回避するために、強力でよく訓練されたPHC人材が必要とされる。

PHC指向の制度において、公衆衛生機能は、特定の状況下で最も適切なものに応じて、国または地域の個別プログラムとして（疾病予防には学校単位の予防接種プログラムが含まれるなど）、あるいはプライマリ・ケアサービス（一部の国では子宮頸がん検診など）を通じて提供される。いずれの場合も、統合された政策、適切なリソース、連携したリーダーシップ、効果的なコミュニケーションを伴う首尾一貫したPHCのアプローチにおいて、公衆衛生機能が互いに、またプライマリ・ケアと調整・統合される必要がある。公衆衛生とプライマリ・ケアのより良い統合は、健康行動の改善、慢性疾患や母子医療の割合の減少など様々な健康アウトカム、保健サービスへのアクセスや健康リテラシーの改善と関連している(83,84)。

5.2 多部門にわたる政策と行動

人々や集団の健康と福祉は、主に社会的、経済的、環境的、決定要因の相互作用から、そして益々増加する商業的要因によってもたらされるが、これらは一般的に保健医療部門の直接的な影響から外れたところにある(85)。例えば、2016年には、600万人以上が大気汚染に、300万人近くが母子栄養失調に、700万人以上が喫煙に起因して死亡し、不十分な水、下水設備、衛生環境が下痢性疾患による推定829000人の死亡の原因となった(21)。健康や福祉に対するこうしたリスクやその他のリスクは、貧困や社会的不公平によってさらに深刻なものとなっている。これらの広範な決定要因に取り組むことなく、万人のための健康を達成することは不可能であり、多部門にわたる政策と行動²がPHCの不可欠な要素である所以である。

健康の社会的決定要因に関する委員会(86)によって概説され、2011年の「健康の社会的決定要因に関するリオ宣言」(87)で再確認されたように、社会と健康の公平性の達成には、例えば「あらゆる政策における健康配慮」を通じてなど、多部門にわたる政策行動の調整と協力が必要である。この作業に基づき、疾病管理優先プロジェクト(DCP 3)は、健康のための71の主要な多部門介入策を特定し、その作用メカニズムによって4つのカテゴリーに分類している(88)。

1. 税金や補助金などの財政措置
2. 法と規則
3. 構築環境の変化
4. 情報、教育、コミュニケーションのキャンペーン

このうちDCP 3 では、清潔な水と衛生設備へのアクセス、家庭用燃料としての未加工の石炭や灯油の使用停止(室内空気汚染への対応)、タバコやアルコールなど依存を引き起こす物質への多額の物品税の導入、食品(鉄と葉酸)および塩(ヨウ素)の増強など29の優先介入事項を特定している。これらの介入の大部分(17)は規制的なものであり、一方7つは財政的なものである。これらの措置は、公的資金(国民全体への介入に対する政府の資金提供(89)や現金給付(90))などの他の措置とともに、健康とウェルビーイングだけでなく、他の多くのSDGsにも大きな利益をもたらすものと思われる。これらの多くは、保健医療部門以外の主体による政策変更と行動を必要とする(91)。最高レベルでは、政府首脳やその他の主要な社会変革推進者によるリーダーシップが、経済格差をもたらす構造的な力、不公平を生み出す社会規範やジェンダー規範に立ち向かうために重要であり、これらはいずれも健康障害の大きな要因である。この問題に取り組むには、通常、より広範な国家(場合によっては地域)開発計画による政策の変更が必要であり、その際、経済成長などの分野と健康アウトカムとの関係を認識することが重要である。

他の部門が自らの職務を遂行する上で直接行う政策の選択と行動は、たとえそれが第一の目的でなかったとしても、健康アウトカムに大きな影響を与えることがしばしばある。例えば、教育省が女子教育にどの程度成功しているかは、生涯を通じての健康アウトカムに重要な役割を果たす。PHCのアプローチでは、金融や工業から教育、農業、都市計画まで、こうした他の部門が健康アウトカムに貢献する役割および、自分たちの意思決定が健康アウトカムに与える影響を認識し、その意思決定に反映できるようにする必要がある。

² 「多部門」と「部門間」という言葉は、厳密には文献上では若干異なる定義があるが、しばしば同じ意味で使われる。この文書では簡略化のため、保健医療以外の部門(教育、交通、農業など)が行う政策や行動を、保健医療部門と連携して行うか、独立して行うかにかかわらず、「多部門」としている。

他の部門に政策変更をもたらすために、保健医療界は変化を提唱し、多部門の決定要因が健康に与える影響に関する証拠を作り出す必要がある。

これは、タバコ規制や交通安全などの分野で実証されており、気候変動、大気汚染、都市計画、交通をめぐる議論でもますます増えている。健康とウェルビーイングの向上にとって最も重要な政策変更の多くには、既得権を持つ商業的利害が絡んでおり、政策立案者に大きな影響力を持つことが多いため、これは特に重要なことである。

あらゆる政策における健康配慮(HiAP)とは、国、地方、地域レベルでの多部門の政策と行動に対する政府全体による次のアプローチである。「国民の健康と健康の公平性を向上させるため、意思決定の健康への影響を体系的に考慮し、相乗効果を求め、健康への有害な影響を回避する、部門を超えた公共政策のアプローチ」(WHA67.12)(92)である。HiAPは、健康で生産的な生活を送るという全ての人々の基本的な権利に応えるために、政策間の利害を一致させることを強調している。HiAPは、必要とされるリーダーシップとガバナンスを開発し、部門を超えた複数の行動のための庇護の傘を提供することによって、決定要因に取り組むためのフレームワークを提供する。HiAPアプローチにおいて、保健部門は保健医療のチャンピオンと見なされ、保健医療を議題に据えながらも、他の部門との相互利益となる政策行動の必要性を認識し、社会全体の利益を追求することになる。国民健康会議は、他の部門を含む主要なステークホルダーを集め、政策決定を形成することができる(93)。

更に、保健医療部門自身が、部門内で作用している決定要因に関連した課題(保健医療施設における不適切な衛生管理など)に取り組まなければならない。その規模と経済的重要性に鑑み、保健医療部門は、より広範な決定要因(気候変動など)に貢献する方法を認識し、それに対処するための措置をとるべきである(再生可能エネルギーの使用を増やし、二酸化炭素排出を削減するための保健医療制度の「グリーン化」など)。

PHCでは、エンパワメントした人々とコミュニティは、多部門にわたる政策と行動と表裏一体である。人々は、自分たちの生活に影響を与える構造的決定要因(地域の規範や政策から国の経済・開発政策、世界の消費・生産制度まで)に取り組む政策の優先順位設定とその実施に関与することになる。保健機関、保健医療従事者、そしてコミュニティは、共通の関心事である特定の問題に取り組むために、関連部門と密接に連携する能力を備える必要がある。例えば、金融、工業、教育、水、衛生、農業など、栄養と食料安全保障に影響を与える部門や、農業、環境、保健など、人獣共通感染症の蔓延を食い止めるための部門が挙げられる。

5.3 エンパワメントした人々とコミュニティ

人々は、保健医療の優先順位の計画や、その優先順位がどのようにコミュニティで実施されるかについて発言することを望み、期待するようになってきている。ソーシャルメディアや新しいコミュニケーション手段のおかげで、より多くの情報を入手し、よりよくつながっている人々は、より容易に健康への権利を主張し、ガバナンスに対する意識を示し、説明責任を要求している。PHCのアプローチでは、保健医療制度は、他の部門とともに、教育と健康情報の改善を通じて、人々へのエンパワメントに貢献する。特に、脆弱な状況にある人々に注意を払い、彼らの情報ニーズを満たし、健康改善に向けた指針を提供するよう努めなければならない。

この構成要素は、エンパワメントと参画について以下の3つの広範かつ必要な表現を通して、健康とウェルビーイングを創造する積極的な参加者としての人々とコミュニティの本質的な役割に焦点を当てている。健康のための多部門にわたる政策と行動の代弁者として、保健医療およびソーシャル・サービスの共同開発者として、そしてセルフケアラーや介護者として。

A. 代弁者としての人々とコミュニティ

すべての人の健康とウェルビーイングを達成するために、人々は健康を増進・保護し、そのニーズと嗜好に応える政策の策定、計画、実施に貢献すべきである。最近の保健医療の歴史、特にHIV/AIDSに関する歴史(94,95,96)では、例えば、資金を増やす、新薬の承認を得る、薬の価格を下げる、差別と戦う、処罰的な法律を覆す、根拠に基づいたアプローチを採るよう政府を説得する、リーダーシップを動員するなどにおいて、アドボカシー(政策提言)活動が重要な役割を持つことを示している(97,98)。

効果的なアドボカシー活動は国、地域、地方の各レベルで行うことができる。そのためには、経済や政治の場の人々が有意義に参画し、人々の表明したニーズや嗜好を記録し、それを政策に反映させるための特定のフォーラムやプロセスが必要である。すべての人々、特に健康に有害な決定要因の影響を最も受ける人々による有意義で幅広い意見表明を可能にするためのガバナンスと説明責任のメカニズムは、すべてのレベルにおいて不可欠である。

地方分権により、コミュニティ特有のニーズや特性に対応した政策を策定することができ、地域間の公平性を高めることができる(99)。しかし、一貫性のある国家政策の利点とコミュニティのニーズへの対応を両立させるため、国家ビジョンとの整合性を確保するためのメカニズムを整備する必要がある(100)。

B. 保健医療およびソーシャル・サービスの共同開発者としての人々とコミュニティ

政策レベルを超えて、エンパワメントした人々は、公共部門か民間部門かを問わず、自分たちのコミュニティにおける保健医療サービスの組織、規制、提供に積極的に関与するだろう。これにより、サービスが人々の社会的、文化的状況に対応できるようになり、その結果、アクセス、有効性、応答性が高まる。コミュニティの参画と動員は、患者の満足度を高め、成果を改善し(新生児、子ども、母親の間で実証されている)、費用対効果を高める(101,102)。

女性や子どもなど、社会的に疎外された弱い立場にある人々にとってはコミュニティに参加する恩恵は特に大きい。参画や共同作業を伴わないサービス提供のアプローチでは彼等のニーズを十分に満たすことができない可能性がある。サービスの計画や提供に不利な立場にあるグループのメンバーが参加することで、対応力が向上し、疎外された人々による利用が促進される。オーストラリア、カナダ、チリの先住民コミュニティは、文化的に受け入れられ、質が高く、統合された様々な社会・保健医療サービスの計画と提供への関与に成功し、疾病の不釣り合いな負担と複雑な政治・文化・経済の決定要因に対処する方法を見出している(31,103,104,105,106)。

コミュニティ諮問委員会や保健協議会、コミュニティベースの参加型調査、ユーザー協議、市民スコアカード、患者グループ、文化グループ、女性グループ、様々な利益やニーズを代表する市民社会組織の形成など、保健医療や社会サービスの設計者として人々とコミュニティのエンパワメントのために多くの戦略やプロセスが世界中で用いられてきた。医学教育の文脈では、医学部や保健医療従事者の養成に携わる他の機関の説明責任を支援するため、政策立案者、学者、管理者、専門家とコミュニティが関わるための枠組み(ペンタグラム・パートナーとも呼ばれる)が開発されている(107)。

コミュニティのエンパワメントは、限定的な協議から意思決定への人々の参加への転換をもたらす。多様性の文脈の中で正当かつ意味のある代表性を確保し、コミュニティの最も不利な立場にある人々の参画を促す(101)。ボトムアップアプローチによるコミュニティの参画は、コミュニティから生み出され、コミュニティを通じて行われるため、一般的には、外部資金イニシアチブによって参画形態を強制されるトップダウンアプローチよりも効果的である(33)。

CHWは、コミュニティ、家庭、ヘルスケア制度の架け橋となる重要な戦略として、世界中の様々な状況や管轄区域において、広範な保健医療、ソーシャル・サービスの提供に参与している。CHWは、保健医療サービスの提供範囲をコミュニティに拡大し、アクセスを向上させるとともに、コミュニティの人々が保健医療サービスの提供を指導し、情報を提供することを可能にする。

C. セルフケアラー、介護者としての人々

個人は、健康の影響を体験する者として、また意思決定者として、自分自身の健康とウェルビーイングを共同で創生し、仲間や愛する人にインフォーマルなケアを提供する上で、中心的な役割を担っている。

その可能性は、技術的な変化、特に新しい医療技術や情報通信技術の急速な拡大によって、過去40年間に革命的に変化してきた。1978年にアルマアタで開催されたプライマリ・ヘルス・ケア国際会議の時点では、健康情報へのアクセスはかなり限定的であることが多く、一般的には保健医療専門家にアクセスする必要があった。一方、現在では、世界中の多くの人々が健康問題に直面したとき、まず携帯電話を使って、以前なら必ずしもアクセスできなかったインターネットやその他の情報源から、より多くの情報を得ようとする。さらに新しい技術として、患者だけでなくヘルスケア従事者も使用できるポイントオブケア診断、人工知能、低コスト遺伝子検査など、セルフケアの新しい可能性も生まれ始めているが、その可能性はまだ見えてきたばかりである。公平なアクセスを確保するとともに、信頼性の高い情報や複雑な情報の解釈を支援するための施策が必要になってくるものと考えられる。

また、介護のあり方も、社会の大きな流れに呼応して、大きく変化している。世界人口の急速な高齢化は、介護を必要とする高齢者などの世話をする生産年齢人口の減少を意味する。潜在的扶養比率(65歳以上の人口に対する20~64歳の人口の割合)は、1950年の10.1から2015年には6.9に下がり、2050年には3.5になると予測されている(108)。すでに潜在的な扶養比率が低い多くの国々(特に東アジアとヨーロッパ)では、この課題に対処するために新しい介護のモデルを開拓してきた。都市化も重要な影響を及ぼしており、多くの地方で優勢であった伝統的な家族ベースの介護ネットワークは実現不可能になっている。都市環境では、インフォーマルな従事者数が多く、新しい介護の仕組みに取って代わられているケースもある。

PHCのアプローチでは、セルフケアと介護を、健康とウェルビーイングを向上させるための取組みの不可欠な要素として扱う。そのためには、個人やコミュニティが、それぞれのニーズや社会文化的状況を満たすために必要な知識、スキル、リソースを利用できるようにしなければならない。これには、財源、信頼できる情報や技術、そして必要に応じて、情報分析や複雑な意思決定を支援し、自分たちを支持してくれる信頼できる専門家や味方が必要である。エビデンスに基づいた意思決定と効果的な行動をとる個人の能力は、社会的、経済的、環境的な決定要因や関連する商業的要因によって直接的、間接的に影響を受けるが、これらは国、地域、コミュニティレベルでの政策や行動によって積極的に形成され、セルフケアと多部門にわたる政策や行動に結びつく。貧困、低い識字率、社会的排除はすべて、人々が効果的なセルフケアに取り組む能力を低下させることが示されている(109)。

6. 21世紀のプライマリ・ヘルス・ケアのビジョン

このセクションでは、UHCと健康関連のSDGsの達成を支援するために、新たなPHCのビジョンを提案する。このビジョンは、過去40年間に学んだ経験と教訓をまとめ、今日の社会が求めるものを認識するものである。

個人とコミュニティは、21世紀にPHCを目指すあらゆる取組みの中心である。達成しうる最高基準の健康およびウェルビーイングの状態に対する人々の基本的権利、そして社会正義に対する世界の新たな取組みは、適切な社会保護と最も不利な立場にある人々のニーズに対処する協調的な取組みによって表現されるものである。

健康の広範な決定要因は、政府、市民社会、民間部門の複数の部門が関与する行動を通じて対処され、健康とウェルビーイングを育む社会と環境を維持するものである。社会保護、住宅、教育、農業、金融、環境、交通、エネルギー、都市計画、工業などの部門間の緊密な連携により、人々はきれいな空気、歩きやすさとアクセス性、緑地、交通安全、効果的な公共交通を兼ね備えた健康増進のための居住区で生活することができるようになる。健康的な食事選択、質の高い教育、水と衛生設備、廃棄物管理、適切で手頃な価格による住宅、適切な報酬を伴う安全で有意義な仕事へのアクセスをすべての人が公平に得られるように、最も必要としている人々に優先的に配慮している。

健康とウェルビーイングを増進するための取組みは、コミュニティに根ざし、コミュニティから情報を得ている。人々は、情報通信技術の可能性を最大限に活用し、自分自身や愛する人のケアに必要な知識、スキル、リソースを利用することができる。セルフケアとインフォーマルケアは、特定の環境に効果的で適切なメカニズムを通じて、正式なサービス提供部門と直接かつ明示的に結びついている。コミュニティは、その特定の健康ニーズに対応する政策を効果的に支持する。最も不利な立場にある人々を含むコミュニティの構成員が、健康とウェルビーイングを達成するために必要なサービスの共同開発者として関与している。コミュニティのニーズと社会的、文化的アイデンティティが、あらゆるレベルの政策と行動、そして集団と個人のサービスの提供に反映されている。

人々は、サービスを受ける人々との協議により計画され、実施される集団ベースの対策を通じて、有害な健康アウトカムから保護される。この対策には、地域の風土病や疾病発生の予防と管理、非感染性疾患の予防、主要なリスクを含む一般的な健康問題やその予防と管理の方法に関する情報と教育が含まれる。コミュニティレベルでは、集団ベースのサービスと個々のサービスはうまく統合、調整され、これらのサービスには、目的に応じて設計された健康情報制度によって可能となった、人々に対する明確な説明責任がある。

人々は、必要な保健医療サービスに支出するために経済的困難を経験することはない。彼らは、有効性と公平性が最大化され、コストが最小化されるような、継続的で適切なポイントで提供される介入によって利益を得る。現実的に、これは病態生理学的経路の上流、より早い段階、そして可能であれば保健医療現場以外での介入を優先させることを意味する。臨床治療が必要な場合は、リソースの最適な利用と患者の満足度(三重の目標)を組み合わせ、最良のアウトカムを提供し(110)、人々の健康ニーズの統合性に対処する。

最高基準の健康を達成するために必要な介入は、生涯にわたるアプローチを考慮し、継続したケアに沿って提供される。以前はケアのレベルという考え方が保健医療制度の形成に有効であったが、21世紀にはケアの連続性という考え方が調整センターやケアパスと調和し、そしてサービスよりも人間を中心とした制度により合致している。この継続性は、多部門アプローチによってのみ提供される活動から、集団に提供される公衆衛生サービス、個々のプライマリ・ケア、稀で複雑な健康問題に対する高度に専門的な相談サービスとの調整まで、幅広いものである。

人々は、最適に調整され合理化された質の高いサービスを通じて、可能な限り最高基準の健康に至る保健医療制度を期待している。これは、有効性が証明されている保健医療活動の連続性に沿った早期対応(可能な限り、治療やリハビリテーションよりもプロモーションや予防)、人々の日常生活への近接性(高度に集中化したセンターで行われるケアよりも自己管理支援を指向するコミュニティ指向で地元届けられるサービス)、リソースの使用における効率(サービスの重複を減らし、早期診断を促進し、安全を改善するためのコミュニケーションの改善に基づくケアパスに沿ったサービスの適切な紹介や統合など)によって実現することができる。

プライマリ・ケアでは、患者が自分のニーズや嗜好、価値観を表現できるように支援する。信頼できる多職種からなるプライマリ・ケアチームは、患者がケアの優先順位を決め、目標を特定することをサポートする。個々の患者のケアにおいて、チームは、幅広い問題(精神と身体、慢性と急性、感染症と非感染症、予防接種や予防から治療、リハビリテーション、緩和ケアまで)において、患者の文化的嗜好とライフステージを考慮する。

チームは、患者の医療ニーズを評価し、保健医療技術や情報技術を幅広く活用することで、安全でエビデンスに基づいたコスト効率の高い管理を行い、より広いPHCネットワークを通じ、それらを必要とする患者のための追加サービスや専門サービスを調整する役割を担っている。また、チームは、ケアが疾病やケアパスに沿って適切に提供されるよう、患者に提供されるすべての医療サービスの中心的な役割を果たし、人間全体へのアプローチと生涯にわたる視点を通じ、多疾病への対応を主導する。人々はプライマリ・ケアチームのメンバーについてよく知っており、彼らにアクセスする方法を知っている。アクセスするための大きな経済的障壁はない。その代わりに、プライマリ・ケアチームのメンバーは、アクセス、思いやり、応答性を通じて、ケアを受ける人々に対する責任を示すだけでなく、自らのケアの説明責任を担っていることを感じている。チームの規模や構成は、地域の状況や専門家の有無によって異なり、家庭医、看護師、助産師、ソーシャルワーカー、栄養士、コミュニティヘルスワーカー、ヘルスプロモーター、登録・公認民間療法施術者、歯科医師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、カウンセラー、眼鏡屋などが含まれることがある。その他にも、患者ナビゲーターやライフコーチなど、進化する制度の中で新たな役割を担う者も含め、多くの潜在的メンバーが存在する。

各国の技術、財政リソースに応じて保健医療制度が発展するにつれ、特定の健康問題に対処することを目的としたサービスパッケージは、完全に統合された包括的で人間中心のプライマリ・ケアに徐々に置き換わっていく。プライマリ・ケアは、安全かつ最高レベルの質で、ほとんどのヘルスケアプロセス(診断、治療、リハビリテーション、緩和ケア)を提供する自然な場所となる。この移行により、健康の維持や回復に必要な保健医療サービスの提供が可能になり、コスト削減やその他の目的に基づいて第三者が主に選択したサービスではなくなる。

保健医療制度のパフォーマンスは、生活の質、機能、寿命、疾病の発生率、患者の経験などの観点から測定され、公に報告される。

多部門にわたる政策と行動、エンパワメントした人々とコミュニティ、そして集団レベルと個人レベルの保健医療サービスを織り交ぜながら、21世紀のPHCは、あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活とウェルビーイングを実現する。

Box 2 ビジョンの実践:高血圧の事例

このようなPHCのビジョンが具体的にどのように適用されるかの事例として、高血圧を考えてみる。この場合、食品に含まれる塩分の制限、公衆衛生キャンペーンによる身体活動の促進、都市計画による環境整備など、相互に関連する複数の活動を通じて対処することになる。高血圧のリスクがある人、あるいは積極的に高血圧に対処している人は、自分自身の行動と公衆衛生キャンペーンを通じて、情報を容易に入手できるようになる。彼らは、自分たちのニーズを明確にするために保健医療制度と定期的に関わり、エンパワメントした代弁者を含むコミュニティ・ネットワークによって支援されていると感じるようになる。

高血圧が定着している集団の大部分に対しては、プライマリ・ケアを通じて臨床管理が行われ、高度に複雑な高血圧を有する人々は、エビデンスに基づくパスに従って専門医療に紹介される。

7. 保健医療制度による行動のテコ入れ

21世紀のPHCという野心的なビジョンを達成するためには、変革的な行動が必要である。この行動の具体的な内容は、国によってかなり異なる。例えば、ミレニアム開発目標が未達成である脆弱な環境で求められる行動と、NCDの蔓延に直面している中所得国で求められる行動は大きく異なると考えられる。このセクションでは、PHCの進展を図る方法を検討する際に、各国が採用できる保健医療制度のテコ入れ策を紹介する(表2)。

具体的な行動の選択は、地域的なもの(その国の社会、経済、環境の状況や傾向、疾病負担、保健医療制度の長所と短所など)と世界的なもの(PHCの改善に効果があるとされているものとそうでないものなど)の両方のエビデンスに基づき行う必要がある。専門的な分析作業が必要、あるいは既存の文書ですぐに情報が得られるかもしれないが、このエビデンスは、その国の保健医療制度を変革する上でどの手段が最も効果的であるかを決定するために不可欠であり、改革取組みの適切な優先順位と順序を決定するための協議プロセスの基盤となるべきである。国によっては、多くの、あるいはすべてのテコ入れ策と同時にアクションを起こすこともあるが、より一般的には、最も変革的であると証明される行動に希少なリソースを向けることが重要であると考えられる。

これらのテコ入れ策は、コミュニティ、地域、国など、様々なレベルで適用することができ、その多くは世界的なレベルでも役割を果たすことができる。これらは、より広い意味での制度環境におけるテコ入れ策(政策、ガバナンス、財政)と、実施に取組む運用テコ入れ策に分けられる。

表 2. プライマリ・ヘルス・ケアテコ入れ策の概要とプライマリ・ヘルス・ケアの構成要素との関係

タイトル名	タイトル解説	プライマリ・ヘルス・ケアの構成要素		
		本質的な公衆衛生機能 プライマリ・ケアと 中核となる 統合保健医療サービスの	多部門にわたる政策と行動	エンパワメントした 人々とコミュニティ
ガバナンス、政策、財政上のテコ入れ策				
政治的関与とリーダーシップ	ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成する取組みの中心にPHCを据え、SDGsに対するPHCの幅広い貢献を認識する政治的関与とリーダーシップ	•	•	
ガバナンスと政策フレームワーク	PHCを支援するための、部門内および部門を超えたパートナーシップを構築し、コミュニティのリーダーシップと相互説明責任を促進するガバナンス構造と政策フレームワーク	•	•	•
適切な資金調達とリソースの公平な配分	PHCのための十分な資金を、経済的困難を最小限に抑え、公平性を促進する方法で動員、配分する	•	•	
運用上のテコ入れ策				
コミュニティやその他のステークホルダーを参画させ、問題と解決策を共同で定義し、行動の優先順位付けを行う	部門を超えた幅広い主体の参加による、問題と解決策の定義、および行動優先順位付けのための参画アプローチの使用	•	•	•
プライマリ・ケアと公衆衛生機能を優先させたケアモデル	統合された保健医療サービスの中核として、プライマリ・ケアと本質的な公衆衛生機能を促進するケアモデル	•		•
高品質で安全な保健医療サービス提供の確保	PHCサービスの質を継続的に評価し、改善するための地方、地域、国レベルのシステム	•		•
民間プロバイダーとの連携	PHCサービス提供のための官民パートナーシップ	•	•	
PHCの人材	施設、アウトリーチ、コミュニティベースのヘルスワーカーを含む、多職種のPHCヘルスワーカーの十分な量、能力レベル、および分布	•		•
物理的インフラと適切な医薬品、製品、技術	質の高いPHCサービスを提供するために必要な物理的インフラ、適切な医薬品、製品、技術の可用性	•		
デジタル技術	有効性と効率性を向上させ、説明責任を促進する方法による最新の保健医療情報通信技術 (ICT) の利用	•	•	•
購買、決済システム	PHCと保健システム全体の統合を促進し、ケアのアクセス、質、公平性、効率を向上させるインセンティブを生み出す購買、支払いシステム	•		
PHC指向の研究	教訓の普及、成功したアプローチの拡充を加速させるための知識の活用を含む、PHC指向の研究と知識管理	•	•	•
モニタリングと評価	信頼性の高いデータを生成し、地域レベルから世界レベルまでの意思決定改善のための使用をサポートする、よく機能する健康情報システムによるモニタリングと評価	•	•	•



7.1 ガバナンス、政策、財政上のテコ入れ策

A. 政治的関与とリーダーシップ

あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活とウェルビーイングの確保に向けて、最高レベルのリーダーシップが、大胆な政治的選択を行い、官民のパートナーや利害関係者を動員するために不可欠である。国家元首、その他の政府高官、保健省は、一貫した優先順位を示し、これまでと異なることを行う勇気を示し、変革のリスクを受け入れ、成功するための財政的、戦略的手段を与えることで、このコミットメントを実現するよう求められるものと考えられる。健康とウェルビーイングの向上のために保健医療以外の部門の関与を促す新しい方法を見つけるには、最高幹部レベルにおける超党派の持続的リーダーシップが特に重要である。

世界レベルでは、この運動を拡大し、支援するために、より多くの人々、国、組織を採用する継続的な取り組みが必要であろう。これらの取り組みは、健康と公平性につながるグローバルな構造へと進化することを視野に入れ、効果的な援助の原則に従って組織されるべきである。WHOとユニセフによる調整は、指導者や政府、他の国連機関、二国間・多国間基金、アライアンス、ドナー、学界、専門機関、青年組織、市民社会、民間部門の参画を促進することになる。プライマリ・ヘルス・ケア国際会議は、この動きに弾みをつけるものと期待されている。地域や国レベルでの同様の高レベルのイニシアチブは、すべての関連するステークホルダーの幅広い参画を確保、積極的な関与とリーダーシップを発揮、この勢いを維持するためのさらなる機会を提供することになると考えられる。

B. ガバナンスと政策のフレームワーク

より高い公平性、質、効率を重視した政策によって取り組みを方向付けるには、適切なフレームワークが必要である。それらは、セクション5で述べた3つの要素を考慮したPHCの広範な定義を反映し、PHCがより広い保健医療制度の中で統合され、部門を越えて統合する革新的な方法(HiAPアプローチの採用など)を確認するものであるべきである。理想的には、これらの政策フレームワークは、国際的なパートナーの支援と国の政策、戦略、計画とを整合させ、一般市民、市民社会、医療提供者協会、管理者などを含む幅広いステークホルダーによる有意義な参画を含む参加型プロセスを通じて作成されたものであるべきである。

国の保健医療部門の政策、戦略、計画(NHPSPs)は、PHCの目標と目的に沿って、サービス提供者と住民が政府と共に議論と意思決定プロセス、そしてフォローアップ、モニタリング、評価に参加する包括的で多面的なプロセスを通して設計されるべきである。また、人々は保健医療制度の設計、計画、管理に関与し、意思決定者に結果に対する責任を負わせる力を持つべきである(111)。不健康の社会的決定要因をコミュニティやサービス利用者に見える化することで、その行動を活性化させることができる。国家レベルでは、人々とコミュニティが自分たちのニーズや嗜好を表現できるようにし、それらのニーズ、特に最も不利な立場にある人々のニーズに対応するための政策を策定する必要がある。コミュニティレベルでは、協議から意思決定までのあらゆる場面で、実績のある方法と新しい方法を駆使して、効果的に人々の参画を促すことが決定的に重要である。

保健医療部門以外のパートナーシップを構築し、部門を超えた活動を推進し、地域やコミュニティのリーダーシップとコミュニティに対する説明責任を促進するためのガバナンス構造が必要となる。国のPHCチャンピオンを特定することで、これらのプロセスを促進することができる。

C. 適切な資金調達と リソースの公平な配分

これまで以上に多くの財源が保健医療に充てられるようになった一方で、PHCは引き続き追加的な資金を必要としている。適切な資金が確保され、最終的にPHCサービスを支え、PHCのための十分な資金調達ができるように、財源を動員し、適切に配分する必要がある。PHCのアプローチは、費用対効果が高く、効率的であり、他の方法よりも少ない財源で健康増進を実現することを念頭に置くべきである。特に財政的な制約を考慮し、可能な限り効率的に財源を活用する取組みが必要である。

保健医療費の占める割合を徐々に増やしていくことが、保健医療の継続的な発展を支えることになる。ほとんどの国で、PHCのための資金の大部分は国内財源から得られるが、多くの国では国際的な支援が不可欠であり、PHCのための国内財源の追加配分の触媒として機能することが可能である。更に、疾病に特化した国際プログラムは、PHCを支援し効率を高めるための措置を講じるべきであり、例えば、資金を国の優先事項に合わせる取組みを支援し、国の所有権を強化し財源を保健医療制度強化に使えるようにするガバナンス活動を支援し、その資金が国家予算に含まれるようにすることで、その効果が期待できる。PHCのための資金調達は重要なステップだが、その後、患者に効果的にサービスを提供するために、それらの財源を割り当て、使用する必要がある。

7.2 運用上のテコ入れ策

A. コミュニティやその他の ステークホルダーの関与を促し、 問題や解決策を共同で定義し、 行動の優先順位を決める

問題と解決策を特定し、その対応に優先順位をつけることは、PHCの改善、ひいてはより健康で幸福な生活の実現に不可欠な要素であるが、技術論的なアプローチで行われることがあまりにも多い。PHCは、問題の定義、解決策の発見、行動の優先順位付けにおいて、最も直接的に影響を受ける人々とコミュニティが協力者として参画することを促進する。これを実現するために、幅広い戦術が用意されており（セクション5.3を参照）、地域の状況に応じて適応させるべきである。

B. プライマリ・ケアと 公衆衛生機能を 優先させたケアモデル

PHCを強化する取組みの中心は、PHCの包括的なビジョンを推進するケアモデルの開発である。これには、集団ベースのサービスに十分な優先順位をつけ、公衆衛生とプライマリ・ケアとの間で良好な調整を行うことが含まれる。個々の保健医療サービスのレベルでは、プライマリ・ケアが最初の接点であると同時に、他のすべてのレベルのケアやサービスと連携した保健医療制度の中核となるように、保健医療制度を方向転換する必要がある。継続的、包括的、調整的、人間中心のプライマリ・ケアの提供は、エンパネルメントのプロセスを通じて、特定の地域コミュニティの健康を特定のチームに委ねることによって促進される。プライマリ・ケアは、既存の健康問題と新たな健康問題の両方に対処し、パスに沿った経過をたどる患者を監督する役割を果たすよう、戦略を策定する必要がある。包括性を確保するため、実行可能であれば、初期レベルのケアは、予防、促進、治療、リハビリと緩和を含む一連のケアにわたって、慢性および非感染性疾患（メンタルヘルスを含む）と関連要因を管理する責任を負う必要がある。これには、在宅医療とセルフケアを支援するプログラムによるプライマリ・ケアの拡大が含まれる。

C. 高品質で安全な 保健医療サービス 提供の確保

質の高いケアとは、ケアへのアクセスを容易にし、ケアを提供するために投入された労力とリソースが、無駄を最小限に抑えながら、人々の健康状態の実際の改善につながることを保証するものである。質の高い医療は、コミュニティとの信頼を築き、保健医療制度の持続可能性を確保するために不可欠である。地方、地域、国の各レベルで、PHCの質を継続的に評価し、改善するための体制を整え、エビデンスに基づく質の向上戦略を選択し、そのニーズに合わせて調整する必要がある。近年、インセンティブ制度、特に金銭的なもの（具体的支払方法など）が重視されているが、その他にも、プロフェッショナリズム文化の促進、リソースの増加、チームワークの促進、情報ツールの提供などに関するものがある。

より安全なプライマリ・ケアに関するWHO技術シリーズは、より安全なプライマリ・ケアを設計し、提供するための指針を提供する。品質と安全性のための患者参画も、PHCの広い範囲と整合及び、品質向上の取組みの有効性、説明責任、持続可能性の両面から、有望なアプローチである。

D. 民間事業者との関わり

民間部門は、幅広い関係者とサービスをカバーし、資金源（任意保険、民間投資家など）、新技術や新製品の開発者、サプライチェーンの管理者、代弁者、サービス提供者など、PHCにおいて複数の役割を担っている。公共部門と民間部門はしばしば結びついており、個々の保健医療専門家は両方で診療を行い、かなりの割合の患者は両者からサービスを受ける。このことは、収益が民間部門に移行しているため、資金調達に影響を与える可能性がある。PHCに関して民間と公共部門のパートナーシップを構築するには、参加型のアプローチと、民間のサービス範囲と性質に関する適切な情報という2つの重要な基盤に基づく必要がある。

公的所有と民間管理、共同所有と合併事業、所有権の長期的移転(BOTモデルなど)、公的資金による民間活動支援(保証や補助金など)、民間資金による公的活動支援(インパクト債など)、保健医療サービスの全面民営化など、様々なタイプの法的整備が検討され得る。民間部門との参画の様々な側面に対処し、民間のリソースが公平性を含む公衆衛生の目的に向けられるようにするには、通常、複数のアプローチを同時に行う必要がある。民間パートナーにも公共部門と同じ基準や規則が適用されることが重要である。利益相反(医師が患者を自身のクリニックに紹介したり、公的契約の締結に透明性が欠けているなど)を特定し、緩和する必要がある。最終的には、国のモニタリングと評価の取組みに民間事業者が参画できるようにすることも重要で、理想的には、保健管理情報システムを通じて参加することが望ましい。

民間部門の医療従事者(営利、非営利を問わず)は、すべての保健医療制度において重要な役割を担っており、国によってはケアの大部分を提供しているところもある。公共部門と民間部門の保健医療サービスを調整し、民間部門を統制し、適切な医療水準の遵守を確保するためのメカニズムを開発する必要がある。質の高いケアを提供するために、民間部門の医療従事者の参画と統合が重要である。計画、トレーニング、モニタリングにおいて営利、非営利の民間部門の参加を深め、初期レベルにおいてサービスの提供と住民への説明責任を向上させるアプローチは、多くの環境においてPHCを強化する鍵となる。

E. PHC人材

人材は、効果的なPHCを提供するための核心である。多くの国で、PHC人材の数、分布、能力について取り組む必要がある。特定の環境では、十分な数のヘルスワーカーの採用、訓練、維持に重点が置かれ、他方別の環境では、認定、支援的監督、臨床指導、実地訓練などのアプローチを通じて、能力と質の確保に重点が置かれる必要がある。また、すべてのコミュニティが保健医療専門家にアクセスできるよう、人材の適切な配分を確保することが重要な課題となっている所もある。そのためには、医療が行き届いていない地域から学生を採用し、その学生が地元に戻って働くようにしたり、医療が行き届いていない地域への転勤を奨励するインセンティブ制度や、人材の配分を積極的に調整するプログラムなどの戦略が必要になる可能性がある。

施設ベースとコミュニティベース両方のメンバーを含む多職種プライマリ・ケアチームの利点について、相当なエビデンスが存在することから、このような取組みは、様々な保健医療専門家集団に適用されるべきである。特に、家庭医チームは、様々な環境で明確な利益を示しているプライマリ・ケアへのアプローチを提供している(112)。

F. 物理的インフラ、適切な医薬品、製品、技術

適切な物理的インフラへの十分なリソースの確保は、質の高いPHCを確保するために重要であり、その開発と実施の初期段階においては特に重要な投資である。サービスや保健医療従事者を病院からコミュニティへうまく移行させるには、適切な投資が必要である。こうした投資、そしてその結果、適切な診断、治療製品や技術を備えた施設は、こうした環境で提供されるケアの質に関する否定的な認識を克服するためにも重要である(113)。プライマリ・ケアと公衆衛生は、サービスの有効性と効率性を高めるために、適切な新しい保健医療技術、例えばポイントオブケア診断を採用すべきである(114)。

同様に、手頃な価格で品質が保証された医薬品が入手できることも、PHCに欠かせない。このためには、しばしば政府の様々な部署にまたがる協調的な行動と、強力な管理システムが必要となる。

G. デジタル技術

PHCの強化を通じて健康とウェルビーイングを改善するための需要側と供給側の両方の取組みによって、新しい技術は非常に重要である。情報通信技術の急速な変革は、セルフケアおよび人々とコミュニティの参画において魅力的な可能性を開き、人々がセルフケアの一環として活用できるリソースも発展している。保健医療サービスの範囲を拡大し、セルフケアを支援する(必要なときに情報を入手できるようにしたり、予約や服薬のリマインダーを提供するなど)mHealth(モバイルヘルス)やeHealth(eヘルス)のプラットフォームを開発するための多くの取組みが進行中である。

情報通信技術は、健康管理情報システムの強化など、保健医療制度の機能を向上させる強力な手段でもある。情報システムの進歩は、共有された電子カルテの支援と機能の最適化、他の医療施設やサービスとの連携、クリニカルパスに沿った双方向の紹介の支援に十分活用されるべきである。遠隔診察サービスや遠隔医療は、患者と保健医療従事者間の情報の流れを改善し、プライマリ・ケアと紹介医療をよりよく統合するために利用することができる。また、人工知能やドローンなど他の技術も活発に研究されており、サービスの質やアクセス性を向上させる新たな手段を提供する可能性がある。この分野が発展していく中で、その潜在的な弊害や不公平感を悪化させる可能性を管理するために、必要に応じた適切な規制や法律とともに、継続的な研究が必要である。例えば、デジタル革命に伴う子供の精神疾患や自殺の増加は、PHCのアプローチで管理する必要がある負の影響である(115)。

H. 購買および決済システム

購買は医療財政システムの中核機能の一つであり、有効性と効率性を向上させる上で重要な役割を果たすことができる。受動的な購買アプローチとは、医療提供者がパフォーマンスとは無関係に自動的に資金(予算配分)や支払いを受けることを特徴とする。より能動的、戦略的な購買に移行するためには、少なくとも部分的には、供給者への資金移転を、供給者のパフォーマンスや供給する人々の健康ニーズといった側面に関する情報と関連付ける必要がある。戦略的購買の目的は、リソースの配分における公平性の向上、効率性の向上(「お金に見合うだけの健康」)、支出増加の管理、保健医療サービスの提供における質の向上を図ることである。また、医療提供者と購入者の透明性を高め、住民への説明責任を果たすことも目的の一つである。

保健医療サービスの戦略的購買の改善、すなわち、目標達成のためのサービス・ミックスと量の積極的かつエビデンスに基づく定義とスキル・ミックスの選択は、プライマリ・ケア、集団健康管理、インセンティブを共有した保健医療サービスの統合を推進する上で中心的なものであり、弱点を解決する重要なツールとなり得る(質に基づく支払いの仕組み、人数払いに基づく混合支払いモデル、包括支払いなど)(116)。

I. PHC指向の研究

政策、戦略、運営計画は、何が効果的で何が効果的でないかについての入手可能な最善のエビデンスに基づくものでなければならない。これには、PHCアプローチのすべての構成要素を支える介入策、人々が自らのケアやサービス設計に関与するための戦略、一般的な健康問題の自己管理、専門家の代替、統合ケアパスに沿ったケア責任の移行に関する研究が含まれる。PHCの研究は、その性質上、複数の政策やサービスを含む複雑な介入策を検討する必要がある。

単に調査を行うだけでは不十分で、その結果を政策や運用の意思決定に役立てる必要があり、これを行うために各国を支援する多くのアプローチが開発されている(117)。更に、情報の取得、知識とグッドプラクティスの開発と普及は、知識共有プラットフォームから利益を得ることができる。現代の情報通信技術は、Wiki(共同ウェブサイト)や共同学習のバーチャルモデルなど、知識共有のための新しい選択肢を提供している。

J. モニタリングと評価

実施に関する取組みの進捗を定期的に追跡することは不可欠である。急速に変化する世界において、保健医療制度は、学習と適応のために自らのパフォーマンスを監視し、大規模な取組みによる課題や意図しない結果を特定し、対処する必要がある。評価は、取組みが意図したとおりに機能しているか否かを確認し、実施中の軌道修正に貢献するためにも重要である。

地方、地域、国、世界レベルでの意思決定を改善するためには、信頼できるデータとその利用を支援することが必要である。今後の課題には、連携、革新、相互学習が必要であるため、情報や革新を共有できる地域や世界のネットワークの関与がカギとなる。

8. 結論

SDGsを通じて、世界はすべての人々の健康とウェルビーイングの向上を目指した野心的な開発アジェンダに取り組んできた。アルマアタ宣言から40年を経て、エビデンスを備え、新たな世界的取組みに触発され、世界のコミュニティがその方向に向かって大胆な一歩を踏み出すときが来た。プライマリ・ヘルス・ケアへの新たなアプローチは、SDGsとUHCを達成するための中心的なものである。前進には勇気と決意が必要であるが、今がその時である。世界は、成功のためにこれまでにない好位置につけている。

用語集

アクセス(保健医療サービスへの)。保健医療サービスや保健医療施設に、場所、時間、行きやすさの点で到達できる能力、あるいは認知する能力。

説明責任。自らの行動を、例えば、綿密な調査、契約、管理および規制を通じて統治当局に、または有権者に、報告する、または説明する義務。

適切なタイミングで効果的なケアをすることで入院を減らすことができる状態。喘息、糖尿病、高血圧など、積極的なプライマリ・ケアによって急性増悪を予防し、入院の必要性を減らすことが可能な慢性疾患。

回避可能な病的状態。保健医療介入により回避可能と考えられる疾病の発生率。

回避可能な死亡率。保健医療介入により回避可能と考えられる死亡率。

ケア調整。サービス利用者のニーズに合わせてケアの専門家や提供者を集め、様々な環境で統合された、その人に合ったケアを受けられるようにするための積極的なアプローチ。

事例管理。複雑なケア(多くの場合、複数の提供者や場所からの)を必要とするリスクの高い人々、脆弱な人々、複雑な社会的・健康的ニーズを持つ人々のニーズに沿ってサービスを統合するために、事例検索、評価、ケア計画、ケア調整を含む、コミュニティベースの的を絞った積極的なケアの方法。事例管理者は、連続したケアの全体を通して患者のケアを調整する。

変更管理。個人、チーム、組織、システムを望ましい未来の状態へと移行させるためのアプローチ。

一貫性(国の保健政策、戦略、計画の)。(a)戦略提案が状況分析で特定された優先事項とどの程度一致しているか、(b)プログラム計画が国家保健戦略および計画とどの程度一致しているか、(c)国家保健政策、戦略または計画における異なるプログラム戦略において互いにどの程度一貫性があるか、(d)予算、モニタリングおよび評価のフレームワーク、行動計画が戦略案をどの程度導入しているか。

連携的ケア。専門家や組織が集まり、人々とパートナーシップを組んで共通の目的を達成するケア。

コミュニティ。共通の特性(地理、関心、信条、社会的特性)によって定義される集団の単位で、基本的な政治的および社会的責任の所在であり、その中の人々の生活活動のすべてまたは大部分を含む日常の社会的相互作用が行われる場所。

地域保健医療従事者。多くの場合、医療専門家と連携して、地域コミュニティのメンバーに保健医療ケアを提供する人。村の保健指導員、コミュニティ保健補助員または推進員、保健教育者、一般市民保健指導員、熟練患者、コミュニティボランティア、またはその他の名称で呼ばれることがある。

ケアの包括性。ケアと利用可能なリソースの範囲が、特定のコミュニティのあらゆる健康ニーズにどの程度まで応えられるか。包括的なケアには、診断や治療、または紹介や緩和だけでなく、健康増進や予防のための介入も含まれる。また、慢性的または長期的な在宅ケアや、モデルによってはソーシャル・サービスも含まれる。

ケアの継続性。一連の個別のヘルスケア事象が、時間とともに首尾一貫し、相互に関連し、健康上のニーズや嗜好と一致するものとして人々に経験される程度。

ヘルスケアの共創。専門家、ケアサービスを利用する人々、その家族、彼らが属するコミュニティの間で、公平かつ相互的な関係で提供される保健医療サービス。共創は、情報、意思決定、サービス提供を共有する、人々、医療従事者、保険医療制度の間の長期的な関係を意味する。

慢性期医療。長期的な保健医療状態にある人々のニーズに対応する医療ケア。

疾病管理。健康状態が確立している集団および個人に対する、有益性が証明された協動的、積極的なヘルスケア介入とコミュニケーションのシステムで、人々のセルフケアへの取組みを向上させる方法を含む。

有効性。特定の介入、手順、療法、サービスが、日常的な状況で展開されたときに、特定の集団に対して意図したとおりの効果を発揮する度合い。

eHealth。セルフケアを支援し、保健医療従事者間や保健医療従事者と患者間の電子コミュニケーションを可能にする、様々な保健医療ニーズを持つ人々とコミュニティの遠隔管理を支援する情報通信技術。

エンパワメント。人々とコミュニティが自分たちの健康ニーズをコントロールできるように支援するプロセスで、例えば、より健康的な行動を取り入れたり、病気を自己管理する能力を高めたりすることにつながる。

参画。医療サービスの設計、計画、提供に人々とコミュニティを関与させ、それによってケアや治療の選択肢を選択できるようにしたり、医療資源の用途に関する戦略的意思決定に参画させたりするプロセス。

健康における公平性。社会的、経済的、人口統計学的、地理的に定義された集団または人口グループの間で、健康状態、医療や健康増進環境の利用、保健医療の1つまたは複数の側面において、国内および国外で組織的または潜在的に改善可能な差がないこと。

本質的な公衆衛生機能。公衆衛生の中心的な目的である集団の健康増進を達成するために必要な能力および行動の範囲。この文書は、中核的または垂直的機能である保護、促進、予防、監視と対応、および緊急事態への準備に焦点を当てている。

初期レベルのケア。保健医療制度への入り口、サービスと地域社会の接点。初期レベルのケアが多く、質的基準を満たす場合、プライマリ・ケアと呼ばれる。プライマリ・ケアの項参照。

断片化(保健医療サービスの)。(a)健康ネットワークに統合されていないユニット、施設、プログラムの共存、(b)促進、予防、診断、治療、リハビリテーション、緩和ケアサービスの全範囲をカバーしていないサービス、(c)相互に調整されていない、異なるケアのプラットフォームにおけるサービス、(d)長期的に継続しないサービス。

目標志向のケア。各個人が定義した、可能な限り最高の健康レベルを達成するために、各個人から明示的に引き出された目標とターゲットに基づいて、計画され提供されるケア。

健康。身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態であり、単に病気や病弱がないだけではないこと。

ホリスティックケア。病気や体調不良の症状だけでなく、心理的、社会的、環境的な要因も含めた人間全体を考慮したケア。

水平統合。サービス生産プロセスの同じ段階にある機能、活動、または運用ユニットの調整。この種の統合の例としては、単一レベルのケア内での統合、合併、共有サービスなどがある。

指標。行動または一連の行動の構造、プロセスまたは結果の評価に役立つ、明示的に定義され測定可能な尺度。

統合された医療サービス。保険医療制度内の様々な機能、活動、ケアの現場を通じて、人々が健康増進、疾病予防、診断、治療、疾病管理、リハビリテーション、緩和ケアの一連のサービスを受けられるような医療サービスの管理および提供。

統合医療サービス提供ネットワーク。定義された集団に対して公平で包括的かつ統合的な医療サービスを提供する、または提供するための調整を行う組織のネットワークで、その臨床的・経済的成果およびサービスを提供する集団の健康状態に対して説明責任を果たす意思があるもの。

生涯アプローチ。個人とコミュニティの健康アウトカムが、生涯を通じ複数の保護要因と危険要因の相互作用に依存することを示唆するアプローチ。このアプローチは、健康とその決定要因についてのより包括的なビジョンを提供し、人生の各段階における利用者のニーズをより重視した保健医療サービスの開発を求めるものである。

メンタルヘルス。すべての人が自分の可能性を実現し、人生の通常のスレスに対処でき、生産的かつ実りある仕事ができ、コミュニティに貢献できるような、幸福な状態。

健康に関する多部門連携行動。保健部門とその他の部門(社会保護、住宅、教育、農業、金融、産業など)が、共同ないし単独で行う、健康の社会、経済、環境的決定要因および関連する商業要因に対処する、あるいは健康とウェルビーイングの向上を図る政策立案、政策実施、その他の行動。

相互(共有)説明責任。2人(または複数)のパートナーが、互いに交わした約束に責任を持つことに合意するプロセス。

人間中心のケア。個人、介護者、家族、コミュニティが、人道的かつ全体的な方法で彼らのニーズと嗜好に応える信頼できる保健システムの参加者、受益者として意識的に採用するケアへのアプローチ。また、人間中心のケアでは、人々が自分自身のケアについて決定し、参加するために必要な教育や支援を受けることが必要である。

個人向け保健医療サービス。健康増進、適時の疾病予防、診断と治療、リハビリテーション、緩和ケア、急性期ケア、長期ケアサービスなど、個人を対象とした保健医療サービス。

集団保健医療。集団内の成果の分布を含め、個人の集団の保健医療上の成果を改善しようとするヘルスケアへのアプローチ。

プライマリ・ケア。最初に接触し、利用しやすく、継続的で包括的かつ調整的な患者中心のケアを支援する保健医療制度における重要なプロセス。

プライマリ・ヘルス・ケア。3つの要素を通じて、健康とウェルビーイングのレベルと配分を最大化することを目的とした、社会全体を対象とした健康へのアプローチ。(a)プライマリ・ケアと統合された保健医療サービスの中核としての本質的な公衆衛生機能、(b)多部門にわたる政策と行動、(c)エンパワメントした人々とコミュニティ。

プライマリ・ヘルス・ケア志向の保健医療制度。到達可能な最高レベルの健康に対する権利を主目標とし、公平性と連帯感を最大化するように組織、運営される保健医療制度。プライマリ・ヘルス・ケア志向の保健医療制度は、ユニバーサル・カバレッジの達成と、住民に受け入れられ、公平性を高めるサービスへのアクセスを支える、構造的、機能的な中核的要素で構成されている。

質の高いケア。安全で、効果的で、人間中心で、適時で、効率的で、公平で、統合的なケア。

規制。個人または組織の行動に制約を課し、望ましい行動または自発的な行動からの変化を強制すること。

レジリエンス。危険にさらされたシステム、コミュニティ、または社会が、その本質的な基本構造や機能の維持、回復を通じて、適時かつ効率的に危険の影響に抵抗、対処、適応、回復する能力。

ヒルフケア。個人、家族、コミュニティは、保健医療サービスとの直接的な接触がない場合でも、自分の健康とウェルビーイングを適切に管理できるよう支援され、エンパワメントが行われる。

モテークホルダー。保健医療制度の1つまたは複数の側面に利害関係を持つ個人、グループ、または組織。

スチュワードシップ。公平性ならびに人々の健康とウェルビーイングを守るために、保健医療リソースを効果的に計画し管理する責任。

イユニバーサル・ヘルス・カバレッジ。すべての人々が、効果的で十分な質の、必要な促進的、予防的、治療的、リハビリテーション的、および緩和的な保健医療サービスを確実に利用できるようにするとともに、これらのサービスの利用がいかなる利用者也経済的困難にさらすことがないようにする。

垂直統合。サービス生産プロセスの異なる段階にある機能、活動、または運用ユニットの調整。この種の統合には、保健医療サービス提供のプラットフォーム間の連携、例えば、プライマリ・ケアと紹介ケア、病院と医療グループ、外来手術センターと在宅ケア機関間などが含まれる。

垂直的プログラム。特定の(単一の)健康状態にある人々や集団に焦点を当てた保健医療プログラム。

ウェルビーイング。肯定的な人生経験を捉えることを目的とした多次元的な構成要素で、しばしば生活の質および人生満足と同一視される。福祉の測定は通常、幸福、肯定的感情、関与、意味、目的、活力、落ち着きなど、幅広い領域を網羅する患者報告による結果に焦点を当てる。

注記:この用語集に記載の定義は、以下の出典から引用している。

保健医療制度強化用語集、ジュネーブ、世界保健機関(http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/ja/)

人間中心かつ統合された保健医療サービスに関するWHOの世界戦略:中間報告、ジュネーブ、世界保健機関、2015年(<http://www.who.int/iris/handle/10665/155002>)

本質的な公衆衛生機能、保健医療制度、保健医療安全保障:概念の明確化と行動のためのWHOロードマップの開発、ジュネーブ:世界保健機関、2018年

プライマリ・ヘルス・ケアにおける幸福の測定:ディペンデント・ケアプロジェクト、コペンハーゲン、WHOヨーロッパ地域事務所、1998年

参考文献

1. World Health Organization. (1981). Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization. 1981. (http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf) Accessed 14 October 2018.
2. World Health Organization. (2000). Primary Health Care 21: "Everybody's Business" : an international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata, Almaty, Kazakhstan, 27-28 November 1998. Geneva : World Health Organization. (<http://www.who.int/iris/handle/10665/66306>) Accessed 14 October 2018.
3. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1). Accessed 14 October 2018.
4. World Health Organization. (2008). The world health report 2008: primary health care - now more than ever. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/whr/2008/en/>). Accessed 14 October 2018.
5. World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1) Accessed 14 October 2018.
6. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
7. Universal Declaration of Human Rights. New York: United Nations; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>; accessed 14 September 2018)
8. Bishai DM, Cohen R, Alfonso YN, Adam T, Kuruvilla S, Schweitzer J (2016) Factors Contributing to Maternal and Child Mortality Reductions in 146 Low- and Middle-Income Countries between 1990 and 2010. PLoS ONE 11(1): e0144908. doi:10.1371/journal.pone.0144908 Editor: Niko Speybroeck, Université.
9. Figures at a glance. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees (<http://www.unhcr.org/en-us/figures-at-a-glance.html> ; accessed 27 August 2018).
10. Population Division, Department of Economic and Social Affairs. World urbanization prospects 2018. New York: United Nations; 2018 (<https://population.un.org/wup/> ; accessed 14 September 2018).
11. Hallegatte S, Bangalore M, Bonzanigo L et al. Shock waves: managing the impacts of climate change on poverty. Washington, DC: World Bank; 2016.
12. Costello A, Abbas M, Allen A et al. Managing the health effects of climate change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. Lancet. 2009; 373(9676): 1693–733.
13. The World Health Report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/>; accessed 14 September 2018).
14. Perry HB, Rassekh BM, Gupta S, Wilhelm J, Freeman PA. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health. 1. Rationale, methods and database description. Journal of Global Health. 2017; 7: 010901.
15. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low-and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. Social Science & Medicine. 2010;70(6):904-11.
16. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012 Mar 1;26:20–6.
17. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. Am J Public Health. 1996 Dec;86(12):1742–7.
18. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005 Sep;83(3):457–502.
19. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. Health Aff (Millwood). 2010 May;29(5):766–72.
20. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease. Seattle, WA: University of Washington; 2018 (<http://www.healthdata.org/gbd>; accessed 14 September 2018).
21. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B et al. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. Ann Fam Med. 2009;7(4):357-63.

22. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLOS One*. 2014;9(7):e102149.
23. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>; accessed 14 September 2018).
24. Keeping the vector out: housing improvements for vector control and sustainable development. Geneva: World Health Organization; 2017.
25. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3): 457-502
26. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009; 32(2): 150-171.
27. Pesec M, Ratcliffe H, Bitton A. Building a thriving primary health care system: the story of Costa Rica. Case Study, Ariadne Labs, 2017.
28. Reed, Gail. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86(5):321-416.
29. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(4):686-694.
30. Ramirez AN, Giovanella L, Vega Romero R et al. Mapping primary health care renewal in South America. *Fam Pract*. 2016;33(3):261-267.
31. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med*. 2010;70(6):904-911.
32. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004;94(11):1864-74.
33. Primary Health Care Performance Initiative. [Internet]. Per capita current primary health care expenditure (\$USD) (<https://phcperformanceinitiative.org/indicator/capita-current-primary-health-care-expenditure-usd>; accessed 30 August 2018).
34. OECD, European Union, World Health Organization. (2011) A system of health accounts: 2011 version. (<http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf>) Accessed 14 October 2018.
35. Castro-Leal F, Dayton J, Demery L, Mehra K. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bull of the WHO* 2000; 78(1) : 66-74
36. Sambo LG, Kirigia JM. Investing in health systems for universal health coverage in Africa. *BMC Int Health Hum Rights*. 2014; 14:28.
37. O'Malley AS, Rich EC. Measuring comprehensiveness of primary care: challenges and opportunities. *J Gen Intern Med*. 2015;30(Suppl 3):S568-75.
38. Biesma RG, Brugha R, Harmer A, Walsh A, Spicer N, Walt G. The effect of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy Plan*. 2009; 24(4): 239-52.
39. Beaglehole R, Dal Poz MR. Public health workforce: challenges and policy issues. *Human Resources for Health*. 2003; 1:4.
40. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud*. 2015;52(3):727-743.
41. China Joint Study Partnership. Deepening health reform in China: building high-quality and value-based service delivery. Washington, DC: World Bank; 2016 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/24720/HealthReformInChina.pdf?sequence=6>; accessed 26 September 2018).
42. Rodriguez HP, Rogers WH, Marshall RE, Safran DG. Multidisciplinary primary care teams: effects on the quality of the clinician-patient interactions and organizational features of care. *Med Care*. 2007;45(1):19-27.
43. Joshi R, Alim M, Kengne AP et al. Task shifting for non-communicable diseases management in low and middle income countries--a systematic review. *PLoS One*. 2014;9(8):e103754.
44. Seidman G, Atun R. Do changes to supply chains and procurement processes yield cost savings and improve availability of pharmaceuticals, vaccines or health products? A systematic review of evidence from low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2017;2(2):e000243.
45. Ballard M, Schwartz R, Johnson A, Fiori K. Practitioner expertise to optimize community health systems: harnessing operational insight. Research Gate. 2017 (<https://www.chwimpact.org>).

46. Borda Olivas A, PalmaRuiz M, Drasbek C, Sarria Santamera A. Community health workers: a literature review in some countries of South America. *Value in Health*. 2012;15(4):A27-A28.
47. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018 (in press.).
48. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses: a call for radical transformation. . 2010 (<http://archive.carnegiefoundation.org/elibrary/educating-nurses-highlights>; accessed 14 September 2018).
49. Institute of Medicine. Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. The future of nursing: leading change, advancing health. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
50. Mash R, Almeida M, Wong WC, Kumar R, von Pressentin KB. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa. *Hum Resour Health*. 2015;13:93.
51. Dugani S, Afari H, Hirschhorn LR et al. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: a systematic review. *Gates Open Research*. 2018; 2(4).
52. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, et al. Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low- and middle-income countries. *J Gen Intern Med*. 2017 May; 32(5): 566-571
53. Borkan J, Eaton CB, Novillo-Ortiz D, Rivero Corte P, Jadad AR. Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(8):1432-41.
54. Van Weel C, Kidd MR. Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *CMAJ*. 2018; 190:E463-6
55. Ricci-Cabello I, Stevens S, Dalton AR, Griffiths RI, Campbell JL, Valderas JM. Identifying primary care pathways from quality of care to outcomes and satisfaction using structural equation modeling. *Health Serv Res*. 2018;53(1):430-449.
56. Chauhan BF, Jeyaraman MM, Mann AS et al. Behavior change interventions and policies influencing primary health care professionals' practice – an overview of reviews. *Implement Sci*. 2017;12(1):3.
57. Alhassan RK, Nketiah-Amponsah E, Spieker N et al. Effect of community engagement interventions on patient safety and risk reduction efforts in primary health facilities: evidence from Ghana. *PLOS One*. 2015; 10(11): e0142389.
58. Patient engagement. Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.
59. Petsoulas C, Peckham S, Smiddy J, Wilson P. Primary-care led commissioning and public involvement in the English National Health Service. Lessons from the past. *Prim Health Care Res Dev*. 2015;16(3):289-303.
60. Landon BE, Grumbach K, Wallace PJ. Integrating public health and primary care systems: potential strategies from an IOM Report. *JAMA*. 2012;308(5):461–462
61. Framework on integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1; accessed 22 Sept).
62. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. *SESPAS Report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26(Suppl 1.):20-6.
63. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1968-70.
64. Shi, L. The impact of primary care: a focused review. *Scientifica*. 2012; Article ID 432892.
65. Starfield B. Primary Health Care: balancing health needs, services and technology. 1998 New York. Oxford University Press.
66. Stange KC. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Ann Fam Med*. 2009;7(2):100-3.
67. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effect of access. *Am J Public Health*. 1998;88(9):1330-6.
68. World Bank Group; World Health Organization; Ministry of Finance, P.R.C.; National Health and Family Planning Commission, P.R.C.; Ministry of Human Resources and Social Security, P.R.C.. 2016. Deepening Health Reform in China: Building High-Quality and Value-Based Service Delivery. Washington, DC: World Bank. License: CC BY-NC-ND 3.0 IGO.
69. Pereira Gray D, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans P. Improving continuity: the clinical challenge. *InnovAiT*. 2016;9(10):635-45.

70. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract.* 2004;53(12):974-8.
71. Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open.* 2018;8(6): e021161.
72. Transitions of care. Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.
73. Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res.* 2008;17(9):1125-35.
74. WHO. 2002. WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005. Geneva: WHO. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf) Accessed 14 October 2018.
75. Pokhrel S, Sauerborn R. 2004. Household decision-making on child health care in developing countries: the case of Nepal. *Health Policy and Planning* 19: 218–33.
76. Rudra S, Kalra A, Kumar A, Joe W. Utilization of alternative systems of medicine as health care services in India: Evidence on AYUSH care from NSS 2014. *PLoS One.* 2017 May 4;12(5)
77. Use of Folk Therapy in Taiwan: A Nationwide Cross-Sectional Survey of Prevalence and Associated Factors Chun-Chuan Shih, Lu-Hsiang Huang, Hsin-Long Lane, Chin-Chuan Tsai, Jaung-Geng Lin, Ta-Liang Chen, Chun-Chieh Yeh, Chien-Chang Liao *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015; 2015: 649265. Published online 2015 Jun 11.
78. Kessler CS, Pinders L, Michalsen A, Cramer H. Ayurvedic interventions for osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int.* 2015 Feb;35(2):211-32. doi: 10.1007/s00296-014-3095-y. Epub 2014 Jul 26
79. Furst DE, Venkatraman MM, Krishna Swamy BG, McGann M, Booth-Laforce C, Ram Manohar P, Sarin R, Mahapatra A, Krishna Kumar PR. Well controlled, double-blind, placebo-controlled trials of classical Ayurvedic treatment are possible in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2011 Feb;70(2):392-3.
80. Thirthalli J, Zhou L, Kumar K, Gao J, Vaid H, Liu H, Hankey A, Wang G, Gangadhar BN, Nie JB, Nichter M. Traditional, complementary, and alternative medicine approaches to mental health care and psychological wellbeing in India and China. *Lancet Psychiatry.* 2016 Jul;3(7):660-72.
81. Narahari, S. R., Ryan, T. J., Bose, K. S., Prasanna, K. S. and Aggithaya, G. M., Integrating modern dermatology and Ayurveda in the treatment of vitiligo and lymphedema in India. *International Journal of Dermatology*, 2011;50: 310–334
82. Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Geneva: World Health Organization; 2018.
83. Martin-Misener R, Valaitis R, Wong ST et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Prim Health Care Res Dev.* 2012;13(4):327-46.
84. Pesec M, Ratcliffe HL, Karlage A, Hirschhorn LR, Gawande A, Bitton A. Primary health care that works: the Costa Rican experience. *Health Aff (Millwood).* 2017;36(3):531-8.
85. Blas E, Roebbel N, Rajan D, Valentine N. Intersectoral planning for health and health equity. In: Schmetts G, Rajan D, Kadandale S, ed. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook.* Geneva: World Health Organization; 2016.
86. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
87. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>; accessed 10 October 2018).
88. Watkins DA, Nugent R, Saxenian H et al. Intersectoral policy priorities for health. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN, Nugent R, editors. *Disease control priorities: improving health and reducing poverty. Volume 9: Disease control priorities. 3rd ed.* Washington, DC: World Bank ; 2018.
89. Verguet S, Laxminarayan R, Jamison D. Universal public finance of tuberculosis treatment in India: an extended cost-effectiveness analysis. *Health Economics.* 2015; 24: 318-332
90. Lagarde M, Haines A, Palmer N, Conditional cash transfer for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries. *JAMA.* 2007; 298(16): 1900-1910
91. Rasanathan K, Damji N, Atsbeha T et al. Ensuring multisectoral action on the determinants of reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health in the post-2015 era. *BMJ.* 2015; 351:h4213.
92. World Health Assembly 68. Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity (follow-up of the 8th Global Conference on Health Promotion). Report of the Secretariat. Geneva: World Health Organization.

93. Rajan D, Mathurapote N, Puttasri W et al. The triangle that moves the mountain: nine years of Thailand's National Health Assembly (2008-2016). Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/UHC/HGF/HGS/2017.1).
94. Shilts R. And the band played on. Politics, people, and the AIDS epidemic. New York: St Martin's Press; 1987.
95. Epstein H. The invisible cure: Africa, the West and the fight against AIDS. London: Penguin; 2008.
96. Piot P, Bartos M, Ghys P, Walker N, Schwartzlander B. The global impact of HIV/AIDS. *Nature*. 2015;410(6831): 968-73.
97. Invest in advocacy. Community participation in accountability is key to ending the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.
98. Rohrer K, Rajan D. Chapter 2. Population consultation on needs and expectations. In: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2016.
99. Bossert TJ, Larranaga O, Giedion U, Arbelaez JJ, Bowser DM. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003; 81(2): 95-100.
100. Eboeime EA, Abimbola S, Obi FA et al. Evaluating the sub-national fidelity of national initiatives in decentralized health systems: integrated primary health care governance in Nigeria. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1): 227.
101. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Glob Health Action*. 2015; 8: 10.3402/gha.v8.29842
102. Rosato M, Laverack G, Grabman LH et al. Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *Lancet*. 2008;372(9642):962-971.
103. Reeve C, Humphreys J, Wakerman J, Carter M, Carroll V, Reeve D. Strengthening primary health care: achieving health gains in a remote region of Australia. *MJA*. 2015; 9: 483-487.
104. Kelley ML, Prince H, Nadin S et al. Developing palliative care programs in indigenous communities using participatory action research: a Canadian application of the public health approach to palliative care. *Ann Palliat Med*. 2018; 7(Suppl 2): S52-S72.
105. Smylie J, Kirst M, McShane K, Firestone M, Wolfe S, O'Campo P. Understanding the role of indigenous community participation in indigenous prenatal and infant-toddler health promotion programs in Canada: a realist review. *Soc Sci Med*. 2016; 150: 128-43.
106. Torri MC. Multicultural social policy and community participation in health: new opportunities and challenges for indigenous people. *Int J Health Plann Manage*. 2012; 27(1): e 18-40
107. Woollard RF. Caring for a common future: medical schools' social accountability. *Med Educ*. 2006; 40(4):301-13.
108. Population Division, Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects 2017*. New York: United Nations: 2018 (<https://population.un.org/wpp/>; accessed 14 September 2018).
109. Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*. 1998; 114: 1008-1015.
110. IHI Triple Aim initiative. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/engage/initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>; accessed 14 September 2018).
111. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2016.
112. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med*. 2014 Mar-Apr;12(2):166-71.
113. https://www.who.int/medical_devices/innovation/health_care_facility/en/index1.html
WHO medical devices by health care facility level: Health post and health center.
114. http://www.who.int/medical_devices/diagnostics/WHO_EDL_2018.pdf
WHO Model list of Essential in vitro diagnostics, May 2018
115. Hoge E, Bickham D, Cantor J. Digital media, anxiety, and depression in children. *Pediatrics*. 2017;140(Suppl 2):S76-S80. doi: 10.1542/peds.2016-1758G.
116. Mathauer I, Dale E, Meessen B. Strategic purchasing for Universal Health Coverage: key policy issues and questions. A summary from expert and practitioners' discussions Geneva: World Health Organization; 2017.
117. Lionis C, Symvoulakis EK, Vardavas CI. Implementing family practice research in countries with limited resources: a stepwise model experienced in Crete, Greece. *Fam Pract*. 2010;27(1):48-54.

プライマリ・
ヘルス・ケアに関する
技術シリーズ

