

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

研究代表者 大澤 絵里 国立保健医療科学院 国際協力研究部

## 研究要旨

### 【目的】

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

### 【方法】

研究2年目の本年度は、6つの分担研究課題によって、研究を進めた。1. 途上国におけるUHCの要素である医療の質・安全の課題～1次医療を中心に、2. サービス提供に関わる官民連携の動向、3. 高齢化するアジア各国の状況に適したUHC達成のための制度構築の重要性、4. アジア地域における脆弱層における社会保障、特に社会扶助とUHCの関連、5. UHC達成のための患者負担のあり方と影響、6. UHCとSDGsの文脈におけるプライマリ・ヘルス・ケアの必要性。各分担課題において、公開資料、二次資料、フィールドワークから得た情報を分析した。また、年間4回の研究班勉強会（UHC達成のための官民連携、UHC達成のためのプライマリ・ヘルス・ケア、社会保障とUHCの関連、医療の質・安全）を開催し、情報共有、各課題について考察を深めた。最後に、研究班から、アジアの国々のUHC達成のための提言をまとめ、リーフレットを作成した。

### 【結果】

医療の質・安全の研究では、調査対象国4か国（ベトナム、フィジー、ジンバブエ、モンゴル）のうち、3か国で医療の質や安全に関して、法規制や国家政策があった。1次医療での具体的な医療事故の事例共有は、2か国であった。サービス提供に関する官民連携については、近年、プライマリ・ヘルス・ケアでの予防・治療サービスを含めた官民連携によるサービス提供の報告が増加し、インセンティブが生じることで事業間の競争が刺激され、サービス提供の改善がめざされているものの、公平性、質、効率やシステム全体に及ぼす効果について不確実であった。高齢化するアジア各国のUHCのための制度構築に関しては、日本、韓国、タイ、フィリピンの法的枠組みの推移と現状を比較した。対象国では、公的医療保障制度は、すでにある程度構築されていることが示された。アジア地域の脆弱層における社会保障とUHCの関連性については、社会保険の効果は、脆弱層への効果は限定的であるが、社会扶助は、脆弱層を含んだ人々の医療サービスの改善に有効であることが報告されていることがわかった。東南アジア諸国（カンボジア、ベトナム、インドネシア、タイ）では、社会保障制度が拡大・拡充してきているが、その制度が縦割りでバラバラな現状が課題として認識されてきていた。UHC達成のための患者負担のあり方の研究では、患者負担が医療需要や医療費を確実に減少させるが、医療の質の低下や貧困者の受療阻害といった副作用も大きいことがわかった。プライマリ・ヘルス・ケアの研究課題では、2018年のPHC国際会議で採択されたアスタナ宣言では、「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 を達成しているタイの事例も、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られた。

#### 【結論】

上記の分担研究課題の結果から、今後アジアの国々で UHC を発展させるために、以下の5つの点を、本研究班からの提言とした。

1. 高齢化や非感染性疾患など現代社会の特徴的な人口構造や疾病にも適応するような、人々やコミュニティを中心とした柔軟かつ持続的なプライマリ・ヘルス・ケアのアプローチを求め続け、推進すること
2. 社会・経済的、身体・精神的に脆弱な人々を取り残さないためにも、保健医療サービスの提供だけではなく、社会扶助を含めた社会保障との連携を推進すること
3. 保健医療サービス提供の公平性、質、効率性、効果を最大限にするような民間医療サービスと公的なしくみの望ましい連携の在り方について、模索し、議論を続けること
4. 保健医療サービス提供の拡大のみならず、提供されるサービスによって人々を傷つけることがないように、サービスの安全を保障するしくみづくりを推進すること
5. 自国の法律や政令、国家計画、プログラムに基づき保健システムを構築・進化させ、UHC の発展を確保すること

(研究班作成リーフレット「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道の補強」より)

#### 研究分担者

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

#### 研究協力者

横堀雄太 研究開発法人国立国際医療研究センター国際医療協力局 医師  
堀井 聡子 株式会社フジタプランニング  
宮本 勝行 株式会社フジタプランニング  
竹形 みずき 株式会社フジタプランニング  
Ishdorj Enkhtsolmon  
Nansalmaa Bazarragchaa

#### A. 研究目的

「持続可能な開発目標 (SDGs)」では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 「全ての人が基礎的保健医療サービスを必要な時に経済的不安なく受けられる」状況を目指し、「基礎的保健医療サービス(母子保健、感染症、生活習慣病、人材・病床)のカバレッ

ジ」と、「家計の支出(所得)に占める壊滅的な健康関連支出(家計の10%, 25%以上の支出)」でモニタリングされている。WHO 西太平洋事務局(WPRO)加盟国を中心としたアジア、大洋州の国々においても、「基礎的保健医療サービスのカバレッジ」を表すサービスカバレッジスコアが80未満であり、国により分

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

## B. 研究方法

今年度は、以下の方法で、各分担研究課題を実施した。

### 1. 途上国におけるUHCの要素である医療の質・安全の現状～1次医療を中心に（担当 種田憲一郎）

インターネットや紙媒体（行政機関からの発行資料等）、文献（新聞記事等を含む）等オープンアクセスの情報源を中心に、WHO/WPROの3か国を含む4か国（ベトナム、フィジー、モンゴル、ジンバブエ）において、特に1次医療に焦点をあて、下記の点について調査を行った。

- (1) 医療の質や安全に関する法規制や国家政策について
- (2) 国・地域・医療機関のそれぞれにおける計画や対策の状況について
- (3) 国・地域・医療機関のそれぞれにおける評価方法・指標の有無について（「有り」の場合は医療関係訴訟の数や医療に関わる苦情の数等）
- (4) 具体的な医療事故（疑い含む）の事例について

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

World Bank（世界銀行）、WHO、OECD等の国連機関による公表文書や各国省庁公表文書、関連ジャーナル等の文献から、特にプライマリヘルスケアにおけるPPPに焦点を絞って情報収集を行った。

### 3. 各国の状況に適した制度構築の重要性（担当 林玲子）

東アジアから日本、中国、韓国、東南アジアのうち、タイ、フィリピン、インドネシアを対象とし、それらのSDG3.8指標を確認したうえで、各国政府による公表資料、研究論文等により医療保障制度の沿革を概説した。

### 4. アジア地域におけるVulnerable Populationに対するSocial Protection and Basic ServiceとUHCの関連性の検討（担当 藤田雅美）

PubMedおよびsocialprotection.orgのデータベースにて、「社会的保護」と「UHC」または「社会的保護」と「健康」をキーワードとして、文献検索し、それらを対象に文献レビューを実施した。

### 5. UHC達成のための患者負担のあり方と影響に関する研究（担当 岡本悦司）

UHCの財政的持続可能性の重要な条件として給付率と様々なアウトカム（医療費や治療効果、健康水準や死亡率等）との関連をPubMed等で検索し、文献をレビューした。

### 6. 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（担当 野村真利香）

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。

## C. 研究結果

### 1. 途上国におけるUHCの要素である医療の質・安全の現状～1次医療を中心に（担当 種田憲一郎）

- (1) 関係法令等  
－4か国のうち3か国（フィジー、モンゴル、ジンバブエ）において関係する法令がみられた。
- (2) 計画・対策  
－4か国全てにおいて何らかの活動が行われていた。
- (3) 評価方法・指標

ー4 か国のうち1 か国（モンゴル）のみで取組みがみられた。

(4) 1次医療レベルでの医療事故の実例

ー4 か国のうち2 か国（フィジー、モンゴル）において事例について情報収集できた。

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

PPP とプライマリヘルスケアに関するコンセンションのあり方など、これまでに World Bank によるモデルの紹介等がなされているが、その取組内容は各国によって様々であった。イランでは、医療協同組合 (health cooperative) という新たな官民連携モデルを開始し、プライマリヘルス領域のサービスの評価を行っていた。また、インドでは、PPP のベストプラクティスを共有し、PPP 部署で開発された様々なプロダクトを紹介していた。

WHO/欧州委員会の最新の報告書では、PPP のポイントとして、以下の3点をあげていた。

①契約前に、保健省は医療システムの中で投資が必要な分野やサービスに優先順位をつけ、最も費用対効果の高い解決策である場合にのみ PPP を実施すべきであること。

②政府は、財政的持続可能性を確保するための支払い方法（調達決定）に関する全体的な戦略計画を策定する内部能力を持つこと

③政府は、競争的な調達プロセスの運営、効果的な契約の設計、契約の履行状況のモニタリングにおいて、地方保健当局を支援する内部能力を持つ必要があること。

## 3. 各国の状況に適した制度構築の重要性 (担当 林玲子)

日本では、第二次世界大戦、韓国では、朝鮮戦争、中国では、文化大革命や改革開放と、日中韓においては、社会体制すべてに影響を及ぼす事象がそれぞれ異なり、医療保障制度構築の歩みが異なった。タイ、フィリピン、インドネシアをみる限り、ASEAN では1960-70年代に公務員、企業従業員を対象とした制度が整備され、2000年前後に全国民を対象とした制度に拡大される、という共通の流れがみられた。

## 4. アジア地域における Vulnerable Population に対する Social Protection and Basic Service と UHC の関連性の検討 (担当 藤田雅美)

本文献レビューで取り上げたのは58件であった。その中では、社会保険は医療サービス利用や財政保護の改善に有効であると思われるが、脆弱な集団への影響は限定的であること、社会扶助が、特に脆弱な人々の間で、医療サービスの利用や健康アウトカムにプラスの効果をもたらすことが、示された。国際機関でも、UHC の実現に向けて社会保険だけでなく、社会扶助も含めた社会保障の重要性を議論していた。カンボジア、ベトナム、インドネシア、タイにおいて、社会扶助を含めた社会保障制度が拡大・拡充してきているが、縦割りでバラバラな現状が課題として認識されてきていた。

## 5. UHC 達成のための患者負担のあり方と影響に関する研究 (担当 岡本悦司)

患者負担割合を増やすと薬剤、外来受診の利用を確実に抑制するが、入院率には何の影響もないことや、患者負担増が薬剤給付を減少させる効果が証明されていた。健康状態への効果としては、死亡率の悪化がみられたと報告もあつた。貧困世帯はそうでない世帯よりも、患者負担が重くなると受診を抑制する効果が大きくなることが示されていた。また、患者負担等の操作は、家計を守るという効果が有意に示された研究はなかった。他レビュー結果も合わせると、総じて、患者負担は医療需要や医療費を確実に減少させるが、医療の質低下や貧困者の受療阻害といった副作用も大きいということが示唆された。

## 6. 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 (担当 野村真利香)

アスタナPHCでは、「PHCアプローチ」として、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つを、PHCの構成要素とし、その「PHCアプローチ」により、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。低・中所得国の中でも早期に財政的な観点

から UHC を達成しているタイにおいて、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おり、これらはアスタナ PHC に示されている「PHC アプローチ」の 3 つに合致すると考えることができた。

#### D. 考察

本研究課題では、2030 年までにアジア地域の UHC 達成に向けて、基礎的医療保健サービスの提供体制や、国民皆保険に関連した保健財政の課題や改善策、および日本からの提案の可能性を検討し、日本が主催する保健関連の国際会議の議題案やその際に活用可能な情報を提示することを目的に、本年度は、6 つの分担課題により研究を実施した。

医療の質・患者安全の課題が少なくとも認識されていることが示唆されたが、一方で、ほとんどの国々で医療事故の具体的な事例が公開されていない、医療に関わる訴訟や苦情の数などが把握されていないことは、患者安全の課題を把握することの難しさを示している。特に 1 次医療レベルでの課題把握は現段階では、世界的に難しく、各国の患者安全への取り組みの状況を継続的に把握し、医療システムの課題について検討する端緒とし、日本の取り組み・経験から貢献し得ることについて理解を深めることが必要である。

PPP は各国で取り組み状況は異なるものの、その適切な運営を確立することにより、保健医療分野においても有効である。新型コロナウイルス感染症蔓延によって、公的機関と私的機関の連携は益々重要度を増している。“誰も取り残さない”ユニバーサルヘルスカバレッジを達成するためには、施設型の医療サービスにおける PPP のみでなく、地域におけるプライマリヘルスケアレベルにおいても実現する必要がある。

2030 年までに UHC を達成ための各国の制度設計については、後発である新興国でも 2015 年前後に制度構築が大きく進んでおり、今後の進展と UHC 達成に希望が持てる。一方、いずれの国も医療支出は大きく増加しており、今後の増大する高齢者数に応じて、さらなる増大は避けられないところである。制度がどのように構成され何が足りないか、といった分析には、各国の制度を的確に把握する必要があり、その把握

を通じて、効率的な施策を抽出し、他国へ適用することを提案することもできるだろう。

脆弱層に対する社会保障と UHC の関連に関しては、社会保障の効果は脆弱な人々には限定的であるが、社会扶助は脆弱な人々を含む医療サービスの利用を改善するのに有効であることが示唆された。保護、予防、促進、変革の観点から、社会保障の包括的な拡充を目指すとともに、保健サービスへの利用資格、保健サービスへのアクセスしやすさ、人々のニーズへの対応力、変化を促すための方策といった視点から、社会扶助を含む社会保障と保健医療との連携・協力のあり方を検討する必要がある。

UHC (国民皆保険) は、潜在的な医療需要を掘り起こし、医療費と財政負担の膨張をもたらす。患者負担の増は医療費抑制手段として安易に利用されるが、副作用も大きく貧困者への影響や医療の質等への様々な影響を加味しつつ慎重に判断すべきである。

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る世界では、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り、PHC の特徴が機能する。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。また、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。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。

#### E. 結論

本研究では、アジア諸国が 2030 年までに UHC 達成を目指すために、どのような課題があるの

かを多方面から分析した。分析した結果から、研究班からの提言として、下記の5つの点を提言する。(別添リーフレット「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道の補強」参照)

1. 高齢化や非感染性疾患など現代社会の特徴的な人口構造や疾病にも適応するような、人々やコミュニティを中心とした柔軟かつ持続的なプライマリ・ヘルス・ケアのアプローチを求め続け、推進すること

2. 社会・経済的、身体・精神的に脆弱な人々を取り残さないためにも、保健医療サービスの提供だけでなく、社会扶助を含めた社会保障との連携を推進すること

3. 保健医療サービス提供の公平性、質、効率性、効果を最大限にするような民間医療サービスと公的なしくみの望ましい連携の在り方について、模索し、議論を続けること

4. 保健医療サービス提供の拡大のみならず、提供されるサービスによって人々を傷つけることがないように、サービスの安全を保障するしくみづくりを推進すること

5. 自国の法律や政令、国家計画、プログラムに基づき保健システムを構築・進化させ、UHCの発展を確保すること

## F. 健康危機情報

なし

## G. 研究発表

### 学会発表

1. Tomoko Kodama, Eri Osawa. How we can achieve Universal Health Coverage in Sustainable Development Goal 3 with Public-Private Partnerships? 第37回日本国際保健医療学会学術大会. 2022年8月. 愛知. 抄録集. P145.

2. Hayashi R. Global Impact of COVID-19 on Population Dynamics. 2nd International Borneo Public Health Conference (IBPHC) 2022. 2022年8月. オンライン

3. Hayashi R. Regional Difference of COVID-19 Mortality: Excess and Deficit. The International Conference on Population Geographies 2022. 2022年8月. オンライン

4. 大澤絵里, 林玲子, 岡本悦司, 藤田雅美, 野村真利香, 種田憲一郎, 児玉知子, 横堀雄太. 「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) への道の補修の必要性. 第41回日本国際保健医療学会西日本地方会. 2023年3月. 長崎.

5. 林玲子, 大澤絵里. 各国の状況に適した制度構築の重要性アジアにおけるUHC施策の比較から. 第41回日本国際保健医療学会西日本地方会. 2023年3月. 長崎.

### 論文発表

1. Hayashi R. COVID-19 and Mortality Decline in Asia in 2020. Journal of Population Problems (Jinko Mondai Kenkyu). 2022; 78(4): 493-508. doi:10.50870/00000436

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

<https://doi.org/10.3390/ijerph20095754>

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

# ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道の補強

Paving the Road to Universal Health Coverage



令和4年度 厚生労働科学研究補助金  
地球規模保健課題推進のための行政施策に関する研究事業  
2030年までのUniversal Health Coverageの達成に向けた  
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究班

SUSTAINABLE  
DEVELOPMENT  
GOALS



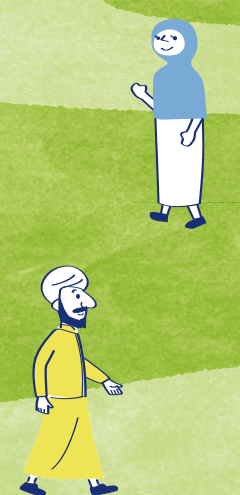
# ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとは

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)とは、すべての人が、必要なときに、必要な場所で、経済的な困難なしに、質の高い保健医療サービスにアクセスできる状態をさします。2000年代以降、世界的に保健システム強化と国民皆保険制度を通し、UHC達成を目指すという戦略のもと、各国の整備がすすみ、UHCという言葉は注目を浴びてきました。今では、持続可能な開発目標(SDGs: Sustainable Development Goals)の一つの指標でもあります。



## 高齢化や非感染性疾患など現代社会における人間中心としたヘルスケアアプローチ:新たなプライマリ・ヘルス・ケア(PHC)

PHCとは、人々のニーズを中心とし、健康増進、病気の予防、治療、リハビリテーション、緩和ケアまで包括的なケアを行い、健康とウェルビーイングを最大化させるアプローチです。そのアプローチでは、人々の日常生活の環境に限りなく近い場所での継続的な地域に根差した包括的ケア、地域の主体性、地域での資源の活用、個人と集団両方へのアプローチが重要視されています。現代社会に特徴的である高齢化社会や非感染性疾患対策においては、そのようなアプローチが今まで以上に不可欠になります。例えば、日本では高齢者の地域ケアとして、高齢者の生活を重視した地域包括ケアが進められ、地域の多様な関係者や関係機関の連携により、そのしくみが作られてきました。また、タイでは、国の保健政策の一端を担う地域保健ボランティアが、新型コロナウイルス感染症への対応でも各地域で活躍をしました。このようなコミュニティ中心のPHCのアプローチは、新たにおこる健康課題にも柔軟に対応でき、持続可能なUHCの発展に寄与します。



## 脆弱な人々を取り残さないための保健医療と社会扶助を含めた社会保障との連携の必要性

新型コロナパンデミックでは、様々な脆弱層が、健康危機対策から取り残されがちであることを浮き彫りにしました。脆弱層は、社会・経済的、または身体・精神的に困難な状況にある人々とされることが多い一方、その捉え方は国や状況や文脈により大きく異なります。WHO西太平洋地域事務局は、新型コロナの影響を受けやすい脆弱層として、ホームレス、スラムや密集住宅に住む人々、難民、移住労働者、障がい者、閉鎖施設の収容者、僻地に住む人々、困窮者、いくつもの脆さの要因が重なる人々、情報が得られにくい人々を挙げています。国連は、これらに加えて、新型コロナ禍において最も社会経済的な影響を受けやすい集団として、女性、高齢者、子どもと若者、先住民、マイノリティ、HIV等の基礎疾患を持つ人々、長期化した紛争に直面している人々、LGBTI等の差別や排除を受けている人々を挙げています。UHCを達成するためには、このような人々を取り残さない必要があります。それには、保健医療サービスの提供だけでなく、社会経済的な脆さへの対応として、社会扶助を含めた社会保障との連携が重要です。

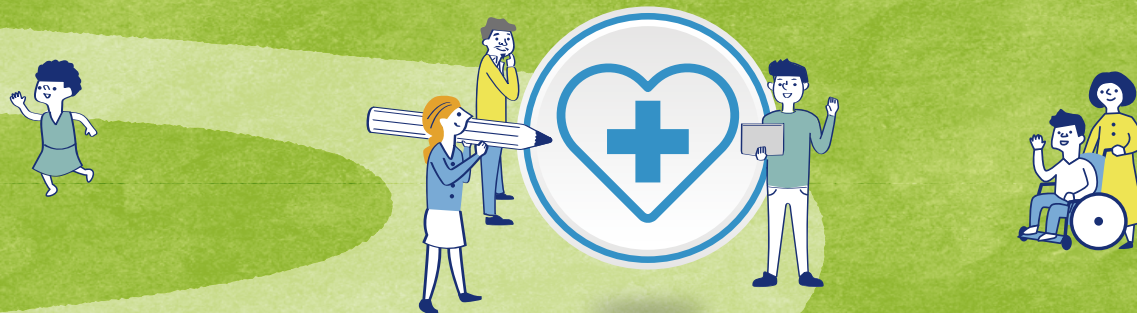




また、世界中が新型コロナウイルス感染症のパンデミックを経験し、UHCの重要性を認めています。本研究班は、新型コロナウイルス感染症の経験乗り越え、SDGsの目標年である2030年までにUHCの更なる発展のために、さらに強化することは何かを考察し、提言します。

## 公的医療保険と多様なアクター：民間医療サービスとの連携

UHC達成には、民間団体、市民社会組織など多様なアクターとの協働が必要であり、社会全体でUHCの発展を目指すような仕組みをつくるのが重要です。医療分野においては、サービス提供に関する様々な場面で連携が推進されています。プライマリ・ヘルス・ケアの提供において、民間と契約することにより、事業者間の競争が刺激され、アクセスの改善などの良い効果も報告されています。日本では、国民全員が公的医療保険を保障されており、同じ診療報酬制度のもと、公的施設や民間施設の区別なく、診療が提供されています。新型コロナウイルス感染症パンデミック禍で、多くの低中所得国の保健セクターでは、民間事業者の財政やサービス提供の危機、それに伴う国家・事業者が遭遇する危機の発生が報告されました。医療サービス提供における公平性や、質、効率性、システム全体に及ぼす効果についての検証は今後も必要であり、望ましいUHCを目指すための持続可能な官民連携のあり方について、各国が知恵を出し合って検討する必要があります。



## 安全な保健医療サービスなしに、UHCの達成はなし：安全をシステムで担保する

安全は「効果的で良質な保健医療サービス」に求められる最低限の条件です。しかしながら、ヘルスサービスの提供によって、かえって患者に有害事象を与えていることが報告されています。先進国においても入院患者の約1割が、グローバルには外来においても約4割の患者が有害事象を経験していることが指摘されています。アジアの某国においては、感染管理が不適切な注射器を使っていたために村人の多くがHIV感染をしたり、日本国内においても、コロナ禍で新型コロナワクチン接種を進める中で、誤った患者に誤った種類・誤った濃度・誤った回数を接種したりなどの報告もされており、100%安全な医療はありません。安全は当たり前のように存在するものではなく、むしろあるのはリスクだけで、どれだけリスクを低くすると、より安全なサービスとして受け入れられるかが問われています。UHCを達成するためには、ヘルスサービスの提供とともに、サービスの安全を担保するシステムづくりがグローバルに求められています。

## UHCを確かにするための基盤

国民のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを目指すためには、その基盤として法律、政令、国家計画、それらの実現のためのプログラムなどで構成されるその国固有の制度が必要となります。その制度のうえに、保健財政、保健人材、保健施設、医薬品や保健医療技術を提供する保健システムが基盤となり、安全、公平、効果的、効率的な保健医療サービスが提供され、人々の健康を守ることができ、このシステムづくりは一夜としてはならず、UHCを発展させてきた国々の推移をみると、このプロセスに多くの年数をかけて、改革・発展させています。このように、国家が主体的にその基盤をつくることをなくして、確かなUHCの達成はなしえませんが、

## 提言 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを発展させるために

- 1 高齢化や非感染性疾患など現代社会の特徴的な人口構造や疾病にも適応するような、人々やコミュニティを中心とした柔軟かつ持続的なプライマリ・ヘルス・ケアのアプローチを求め続け、推進すること
- 2 社会・経済的、身体・精神的に脆弱な人々を取り残さないためにも、保健医療サービスの提供だけではなく、社会扶助を含めた社会保障との連携を推進すること
- 3 保健医療サービス提供の公平性、質、効率性、効果を最大限にするような民間医療サービスと公的なしくみの望ましい連携の在り方について、模索し、議論を続けること
- 4 保健医療サービス提供の拡大のみならず、提供されるサービスによって人々を傷つけることがないように、サービスの安全を保障するしくみづくりを推進すること
- 5 自国の法律や政令、国家計画、プログラムに基づき保健システムを構築・進化させ、UHCの発展を確保すること

## 2030年までのUniversal Health Coverage達成に向けた アジア各国の進捗状況と課題に関する研究班

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

### 研究代表者

大澤 絵里(国立保健医療科学院国際協力研究部/上席主任研究官)

### 研究分担者

林 玲子(国立社会保障・人口問題研究所/副所長)

岡本 悦司(福知山公立大学/教授)

藤田 雅美(国立研究開発法人国立国際医療研究センター国際医療協力局/保健医療協力課長)

野村 真利香(国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所国際栄養情報センター/協力研究員)

種田 憲一郎(国立保健医療科学院国際協力研究部/上席主任研究官)

児玉 知子(国立保健医療科学院国際協力研究部/上席主任研究官)

### 研究協力者

横堀 雄太(国立研究開発法人 国立国際医療研究センター国際医療協力局)





# Paving the Road to Universal Health Coverage



R4-Health and Labour Science Research Grants - Chikyukibo  
Research on progress and challenges in Asian  
countries toward achieving Universal Health Coverage by 2030



# What is Universal Health Coverage (UHC)?

Universal health coverage (UHC) means that all people have access to the full range of quality health services they need, when and where they need them, without financial hardship.

Since 2000, “UHC” has attracted global attention due to development progress made by countries aiming to achieve UHC by strengthening health systems and building a universal health insurance system.



## People-centered Healthcare Approaches for Ageing and Non-communicable diseases: Renewed Primary Health Care (PHC)

Primary Health Care (PHC) is an integrated care approach that focuses on people’s needs through health promotion, disease prevention, treatment, rehabilitation, and palliative care to maximize health and well-being. This approach places importance on continuous community-based integrated care as close as possible to people’s living with community autonomy, use of community resources, and approach to both individual and community. The necessity of this approach will become more essential than ever to further address ageing population and non-communicable diseases (NCDs) in coming year. For example, in Japan, “the Community-based Integrated Care System” as a community-based care system for the elderly has been created and promoted through the cooperation of various stakeholders and related organizations. In Thailand, community health volunteers, actively play a role in national health policies in response to COVID-19-related care needs. Such community based PHC approaches can flexibly accommodate such needs, when emerging health challenges arise, and contribute to the development of sustainable Universal Health Coverage.



## Coordination between Health Services and Social Protection, including Social Assistance for Vulnerable Populations

The COVID-19 pandemic has highlighted the existence of various vulnerable groups that may be passed over in emergency health responses. Vulnerable groups are often represented by those who live with challenging social/economic or physical/mental conditions. How these people are perceived varies greatly depending on the country, living situations, and contexts of their lives. The WHO Western Pacific Regional Office recognizes people experiencing homelessness, residents of slums and overcrowded housing, refugees, migrant workers, the disabled, people residing in closed facilities, people living in remote areas, people in poverty or extreme poverty, people facing intersecting and compounding vulnerability, and people affected by the digital divide. In addition to the above, the affected populations also include at-risk populations experiencing socio-economic marginalization and requiring specific attention under COVID-19 pandemic recognized by the United Nations to include women, the elderly, children and young people, indigenous peoples, minorities, people with underlying conditions (such as HIV), people living in areas subject to protracted conflicts, as well as LGBTI populations and other groups that face discrimination and exclusion. To achieve UHC, these people must not be left behind, not only with regard to providing health services, but also in response to the socioeconomic challenges that make them vulnerable. Coordination with social protection that include social assistance is key.



Today, UHC is recognized as a key indicator of the Sustainable Development Goals (SDGs). The experience of the global COVID-19 pandemic has shown the world the importance of UHC. Based on the experience of COVID-19, this research group now considers the means for development of UHC by 2030, the target year of the SDGs, and makes the proposals following.

## Public Health Insurance and Diverse Stakeholders: Cooperation with Private Healthcare Services

To achieve UHC, collaboration among various players as private organizations and civil society organizations is necessary, as is creation of a mechanism by which the whole of society may aim toward the development of UHC. In the medical field, collaborations are now promoted in the various aspects of service provisions. Contracting with the private sector to provide primary health care has been reported to have positive effects, such as improved care access, by stimulating competition among providers. In Japan, all citizens are covered by public health insurance, under the same medical fee system, and with no distinction made between public and private facilities.

When the COVID-19 pandemic appeared on the world scene, health care sectors in many developing countries reported crises in private sectors providing healthcare services, which also resulted in worsening the situations of the countries. This illustrates the necessity of close monitoring for fairness, quality, efficiency in health care services as well as its systemwide impact. Every country must pool its collective wisdom regarding what form sustainable public-private partnerships should take to achieve desirable outcome, which is UHC.



## No Achievement of UHC without Patient Safety: the System Must Ensure the Safety

Safety is the minimum requirement for effective, quality health care services. However, it has been reported that providing health services can cause adverse events in patients. It has been noted that about 10% of hospitalized patients in developed countries and about 40% of outpatients globally experience adverse events. In a certain Asian country, for example, several residents in a village became infected with HIV due to an improper use of syringes. In Japan, there have also been reports of inoculations administered that were the wrong type, wrong concentrations, or wrong number of doses. There is no 100% safe medical treatment. Safety does not exist as a matter of course, but there are always risks and the question remains as to how levels of risk can be reduced the point where a service is considered safe. To achieve UHC, there is a global demand for the provision of health services that includes creation of a system that ensures their safety.

## A Solid Foundation for Universal Health Coverage

To achieve UHC, an institution composed of laws, ordinances, plans and programs that are specific to the context of each country is needed. On top of that, a health system securing financing, health workforce, infrastructure, medicines, and technology would serve as a foundation for providing safe, fair, effective, and efficient health care services. The creation of this foundation cannot happen overnight. Countries that have developed UHC took many years to create, reform and develop it. Without the national commitment to build this foundation, it will be impossible to achieve UHC.

## Proposal for the development of Universal Health Coverage

- 1 Continue to seek and promote flexible and sustainable primary health care approaches that are people- and community – centered to adapt to emerging population dynamics and epidemiological transitions such as ageing, noncommunicable diseases etc.
- 2 Not leave behind socially, economically, physically and mentally vulnerable people – not only regarding health care services but also with social protections including social assistance
- 3 Continue to explore and discuss cooperation between private medical services and public systems that maximize the fairness, quality, efficiency, and effectiveness of health care services
- 4 Promote the creation of a system that guarantees safety so that people are not harmed by health care services
- 5 Build and continuously improve the foundation for health systems based on national laws, ordinances, plans and programs to ensure the development of UHC

## Research on progress and challenges in Asian countries toward achieving Universal Health Coverage by 2030

### R4-Health and Labour Science Research Grants - Chikyukibo

#### Principal investigator

**Eri Osawa**

Chief Senior Researcher, National Institute of Public Health, Department of International Health and Collaboration

#### Research Members

**Reiko Hayashi**

Deputy Director-General, National Institute of Population and Social Security Research

**Etsuji Okamoto**

Professor, The University of Fukuchiyama

**Masami Fujita**

Director, National Center for Global Health and Medicine, Division of Global Health Programs, Bureau of International Health Cooperation

**Marika Nomura**

Researcher, National Institute of Health and Nutrition, International Center for Nutrition and Information

**Kenichiro Taneda**

Chief Senior Researcher National Institute of Public Health, Department of International Health and Collaboration

**Tomoko Kodama**

Chief Senior Researcher, National Institute of Public Health, Department of International Health and Collaboration

#### Research Collaborator

**Yuta Yokobori**

National Center for Global Health and Medicine, Division of Global Health Programs, Bureau of International Health Cooperation



## ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの道の補強/Paving the Road to Universal Health Coverage

### 引用・参考文献

高齢化や非感染性疾患など現代社会における人間中心としたヘルスケアアプローチ：新たなプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）

- WHO/UNICEF. A vision for Primary Health Care in the 21<sup>st</sup> Century. 2018

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>

脆弱な人々を取り残さないための保健医療と社会扶助を含めた社会保障との連携の必要性

- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. Actions for Consideration in the Care and Protection of Vulnerable Population Groups for COVID-19; WPRO: Manila, Philippines, 2021.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333043>

- United Nations. A UN Framework for the Immediate Socio-Economic Response to COVID-19; UN: New York, NY, USA, 2020.

<https://unsdg.un.org/resources/un-framework-immediate-socio-economic-response-covid-19>

公的医療保険と多様なアクター：民間医療サービスとの連携

- World Health Organization, Europe. New WHO report lays out concrete actions for governments to optimize public-private partnerships for health

<https://www.who.int/europe/news/item/26-01-2023-new-who-report-lays-out-concrete-actions-for-governments-to-optimize-public-private-partnerships-for-health>

- The World Bank. Public-Private Partnerships

<https://www.worldbank.org/en/topic/publicprivatepartnerships>

安全な保健医療サービスなしに、UHC の達成はなし：安全をシステムで担保する

- WHO/World Bank Group/OECD. Delivering quality health services - A global imperative for universal health coverage. 2018

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?ua=1>

- WHO. Patient Safety (Website)

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>