

厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究」
令和3・4年度 総合研究報告書

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】

本研究は、2年間の研究期間で、次の7つの分担課題研究において、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。1. アジア各国（大洋州島嶼国含む）の地域的な進捗と課題、2. 提供サービスの質や安全に関する課題、3. サービス提供に関わる官民連携の動向、4. 高齢化するアジア各国のUHCモニタリングのための死亡統計、保健統計の整備および各国の状況に適した制度構築の重要性、5. 脆弱層に対する社会保障とUHCの関連、6. 新型コロナウイルスパンデミックのUHC達成に及ぼす影響およびUHC達成のための患者負担のあり方と影響、7. 太平洋島嶼国のUHC達成のための課題およびUHCとSDGsの文脈におけるプライマリ・ヘルス・ケアの必要性。また、1年目には、研究班主催の国際共同カンファレンス“The challenges for achieving Universal Health Coverage under COVID-19 pandemic in Asia”において情報共有をした。また、2年目には、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、テーマについて考察を深めた。最後に、研究班からの提言をまとめ、リーフレットの作成をした。

【結果】

アジア各国のUHCサービスカバレッジ指標の分析では、2010年以降は指標の伸展は緩慢であり、アジア各国と比べると大洋州の国々ではその指標の伸びは緩やかであった。UHCサービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症の指標に関連に関しては、アジア各国の分析では、明らかな関係性はみられなかった。医療の質・安全に関しては、調査対象国で何らかな取り組みが行われており、少なくとも医療の質・患者安全の課題が認識されていたが、医療事故の具体的な事例、特に一次医療レベルでにおける事故の具体的な公開はされておらず、課題の詳細や全容を把握することの難しさも示唆された。保健医療分野における最も一般的な官民連携（PPP：Public Private Partnership）は、近年、プライマリヘルスケアレベルでの予防・治療サービスを含めた連携の報告が増加していた。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。調査対象国のASEAN+3で死因統計が全数登録により得られるの国は6か国であった。また、保健統計に関しては、インド、インドネシアが独自の地域保健情報システムにより結果をweb公表していた。またUHC達成のための制度構築に関しては、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。脆弱層に対する社会保障と

UHC の関連に関して、年金制度、労働政策、障害給付、社会保険、生活保護など Social Protection や Basic service を通して、脆弱な人々における社会的包摂性、潜在能力、保健医療サービスのアクセスが向上し、財政的・物質的な困窮が減少し、そのことが UHC の達成、健康の向上、持続可能な成長を導くことが明らかになった。また、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。医療費の患者負担のあり方や影響について、わずかな患者負担であっても重大な受診抑制を招く、という医療経済的な法則から UHC は新型コロナパンデミックに対する対策としてきわめて重要であるという認識は多くの国で高まった。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。太平洋島嶼国の UHC サービスカバレッジが、特に NCDs とサービスキャパシティの指数が非常に低く、UHC モニタリングに関しては、地域特性に着目してデータを見ていく必要があると考えられた。UHC と SDGs の文脈において、プライマリ・ヘルス・ケア (PHC) のアプローチの構成要素は、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 つであり、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た。

【結論】

本研究結果より、2030 年までにアジア地域の UHC 達成に向けて、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

UHC の実現に向けて、各国の取り組みも加速されると考えられるが、国際社会、および日本社会において、各国の UHC 実現に向けて、各国の現状およびニーズに沿った取り組みが進むことを期待したい。

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 保健医療協力課長
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 協力研究員

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
佐藤結香 株式会社ティーエーネットワーク
宮本勝行 株式会社フジタプランニング
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
Nansalma Bazzarragchaa

A. 研究目的

「持続可能な開発目標 (SDGs)」では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 「全ての人々が基礎的保健医療サービスを必要な時に経済的不安なく受けられる」状況を目指し、「基礎的保健医療サービス(母子保健, 感染症, 生活習慣病, 人材・病床)のカバレッジ」と、「家計の支出(所得)に占める壊滅的な健康関連支出(家計の10%, 25%以上の支出)」でモニタリングされている。WHO 西太平洋事務局 (WPRO) 加盟国を中心としたアジア, 大洋州の国々においても、「基礎的保健医療サービスのカバレッジ」を表すサービスカバレッジスコアが80未満であり, 国により分野ごとの進捗状況も異なる。「壊滅的な健康関連支出」は半数以上でデータの提示がない。そこで本研究では, 2030年までにアジア地域のUHC達成に向けて, 基礎的医療保健サービスの提供体制や, 国民皆保険に関連した保健財政の課題や改善策, および日本からの提案の可能性を検討し, 日本が主催する保健関連の国際会議の議題案やその際に活用可能な情報を提示する。

B. 研究方法

本研究は, 研究期間の2年間で, 下記の分担課題に分かれて研究を実施し, 最後に研究班から, 今後アジアの国々でUHCを発展させるための提言をまとめた。

(令和3年度実施課題)

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

令和3年度: WHOが発表するUHCサービスカバレッジ指標を中心に, インターネットで公開

されている各国データの二次利用し, 進捗や関連の分析を行った。フィリピン, ラオス, モンゴルに関しては, 関係者へのヒアリングにより情報収集をし, それらの内容を分析した。

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

令和3年度: インターネット上における公開情報の検索, 現地関係者からの情報収集などによってある程度の情報収集が可能と考えられたWHO/WPROの4か国を含む, 13か国の状況について調査を行った(ブラジル, ジンバブエ, フィリピン, モンゴル, ウガンダ, エジプト, ガーナ, タンザニア, フィジー, ホンジュラス, マラウイ, ラオス, リベリア)。

令和4年度: 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

3. Universal Health Coverageを達成するためのPPP (Public-Private Partnership) につ

いて (担当 児玉知子)

令和3年度:保健医療分野における官民連携・PPPについて、World Bank (世界銀行), WHO, OECD 等の国連機関による公表文書や各国省庁公表文書、関連ジャーナル等の文献による情報収集を行った。また、アジアにおける実態把握のため、フィリピン、モンゴル、ラオスを対象国とし、経済学者、UHC 担当者、世界銀行コンサルタントによる協力を得てヒアリングを行った。

令和4年度: 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。

4. アジア各国の死因統計および保健統計 (担当 林玲子) およびUHC 達成のための制度構築の必要性

令和3年度: インターネット上の各国担当部局、統計データベースを探索し、死因統計、保健統計の有無、内容を分析した。

令和4年度: 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。

5. アジア地域における Vulnerable Population に対する Social Protection and Basic Service とUHC の関連性の検討 (担当 明石秀親 (R3), 藤田雅美 (R4))

令和3年度: 本分担研究課題の1つ目の目標「アジア諸国の脆弱な人々に対する、社会扶助を含むUHC と社会保障の関係に関する概念モデルの開発」に関して、社会保障と健康のとの関連性について文献レビューを行った。

令和4年度: 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。

6. 新型コロナパンデミックが各国のUHC 達成に及ぼす影響およびUHC 達成のための患者負担

の在り方と影響に関する研究 (担当 岡本悦司)

令和3年度: 各国のUHC 達成と新型コロナパンデミックとの関連を関連キーワードによる検索によって文献とWHOのUHC モニタリング報告書より各国のサービスカバー率指数(SCI)を収集し、新型コロナパンデミックの各国のUHC 推進への影響を分析した。

令和4年度: 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。

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

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

令和4年度: 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. アジア・大洋州の国々におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進捗と課題

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

関係性はみられなかった。フィリピン、ラオス、モンゴルでは、様々な方法によりUHC拡大を目指していたが、最貧困層へのプライマリ・ヘルス・ケアの提供、中間層への経済的保護、地方でのプライマリ・ヘルス・ケアの充実などが課題にあがった。

2. 途上国における UHC の要素である医療の質・安全の現状

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

令和4年度：(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—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—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。

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

令和3年度：保健医療分野における最も一般的なPPPは、医療施設の建設または改修、運営、臨床サービスの提供を含む複合的な医療サービスの提供であるが、近年、プライマリヘルスケアレベルでの予防・治療サービスを含めたPPPの報告が増加していた。

令和4年度：PPPとプライマリヘルスケアに

関するコンセッ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。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。

4. アジア各国の死因統計および保健統計(担当 林玲子)およびUHC達成のための制度構築の必要性

令和3年度：ASEAN+3で死因統計が全数登録により得られるのは、日本、韓国、フィリピン、シンガポール、ブルネイ、マレーシアであった。保健統計に関しては、インド、インドネシアが独自の地域保健情報システムにより結果をweb公表していた。

令和4年度：日本は第二次世界大戦、韓国は朝鮮戦争、中国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。

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

令和3年度：社会保障と健康に関する関連図を作成した。その結果、年金制度、労働政策、障害給付、社会保険、生活保護などSocial ProtectionやBasic serviceを通して、脆弱な人々における社会的包摂性、潜在能力、保健医

療サービスのアクセスが向上し、財政的・物質的な困窮が減少し、そのことがUHCの達成、健康の向上、持続可能な成長を導くことが明らかになった。ただ、Social Protection サービスが、脆弱な人々に届くには、適切なナビゲーターが必要なことも示唆された。

令和4年度:58件の文献を対象とした文献レビューでは、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。

6. 新型コロナパンデミックが各国のUHC達成に及ぼす影響およびUHC達成のための患者負担の在り方と影響に関する研究

令和3年度:わずかな患者負担であっても重大な受診抑制を招く、という医療経済的な法則からUHCは新型コロナパンデミックに対する対策としてきわめて重要であるという認識は多くの国で高まり、その意味でUHC達成に対する政府と民両方の促進要因となる可能性が示唆された。また既にUHC達成済の国でも、一部の国民をカバーしておらず「抜け穴」となる集団が存在し、感染症対策を困難にする状況も明らかになった。しかしながら、UHCを有する国がそうでない国より新型コロナ蔓延が少なかったというエビデンスまでは得られなかった。

令和4年度: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った。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。

7. 太平洋島嶼国のUHCサービスカバレッジの進捗に関する研究および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

令和3年度:太平洋島嶼国のUHCサービスカバレッジは、RMNCH63(WPRO平均80)、Infectious Disease66(WPRO平均 \geq 80)、NCD38(WPRO平均 \geq 80)、サービスキャパシティ49(WPRO平均64)、UHCサービスカバレッジ指数53(WPRO平均 \geq 80)で、特にNCDs(血圧と空腹時血糖)とサービスキャパシティ(保健人材)の指数が非常に低かった。このことにより当該地域のUHCのモニタリングに関しては、地域特性に着目してデータを見ていく必要があると考えられた。日本の立場からは、同じWPRO地域事務局の太平洋島嶼国の指標改善は必須であり、これらに働きかける協力が求められる。

令和4年度: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、研究を実施した。研究の分析

には、できるだけ新型コロナウイルス感染症の影響やその関連も考察し、ポストコロナにおいて、アジア諸国が 2030 年までに UHC 達成を目指すために、どのような課題があるのかを多方面から分析した。

研究の結果、プライマリ・ヘルス・ケアの再主流化の必要性、脆弱な集団に焦点をあて、保健医療サービスへのアクセスを向上させるために、生活扶助も含む社会保障サービスの提供の必要性、UHC のモニタリングのために、死因統計や保健統計の整備や UHC 達成のための各国の文脈にそった制度構築の必要性、プライマリ・ヘルス・ケア提供における民間セクターとの協力の必要性、カバレッジ拡大と同時に、提供するサービスの質の確保の必要性が、あげられた。

2023 年 5 月に開催された G7 長崎保健大臣会合において、「G7 長崎保健大臣宣言」が採択され、その附属文書として、UHC (ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ) 達成に向けて「G7 UHC グローバルプラン」において、G7 各国が取り組むべき行動をまとめられた。脆弱層への対応、PHC の重要性、またそれに対する投資の重要性も盛り込まれた。今後、このグローバルプランに基づき、UHC の実現に向けて、各国の取り組みも加速されると考えられるが、国際社会、および日本社会において、各国の UHC 実現に向けて、各国の現状およびニーズに沿った取り組みが進むことを期待したい。

E. 結論

本研究結果より、2030 年までにアジア地域の UHC 達成に向けて、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

E. 健康危機情報

なし

F. 研究発表

学会発表

1. 大澤絵里. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けた国際的な動向と日本の貢献. 第 36 回日本国際保健医療学会学術大会 教育講演; 2021 年 11 月. 東京(オンライン) .
2. 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.
3. 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
4. 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
5. 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.
6. 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. Okamoto, E. Japan's Dental Care Facing Population Aging: How Universal Coverage Responds to the Changing Needs of the Elderly. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 9359.

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

2. 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

3. 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>

G. 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まます。このシステムづくりは一夜としてはなせず、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。

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 21st 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

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>