

(別添4)

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)  
「ポスト SDGs を見据えた新たな UHC 指標開発に資する研究」

令和7年度 分担研究報告書  
分担課題3：公的な保健医療保障制度に統合する政策決定の際に必要な価値基準の  
分析

### 3-2. 保健医療分野での医療技術評価に関する調査研究

#### 研究協力者

此村恵子（国立保健医療科学院 保健医療経済評価研究センター 主任研究官）

#### 研究分担者

坂元晴香（聖路加国際大学 公衆衛生大学院 非常勤講師）

#### 研究要旨

##### 【目的】

本研究の目的は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを公的な医療保障制度に統合する政策決定の際に重要な価値基準の一つである医療技術評価（HTA）について、HTA を推進している国々を比較検討し、HTA を UHC の指標として組み込む妥当性や示唆を導くことを目的とする。

##### 【方法】

アジアやオセアニア地域における HTA 導入国（オーストラリア、ニュージーランド、シンガポール、タイ、インドネシア、韓国）について既存文献および政府・関連組織のホームページについて調査を行った。

##### 【結果】

オーストラリア、ニュージーランド、シンガポール、タイ、インドネシア、韓国の6か国について、各国の基本情報、UHC の保障範囲、HTA 制度の特徴を整理した。

##### 【結論】

HTA の制度化の形は国によって異なり、また政策決定への影響の度合いも様々であった。このため、HTA を UHC 指標として組み込むにあたっては、制度の有無のみならず、その実効性を捉える多層的な指標設計が今後の重要な課題となる。

## A. 研究目的

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）は、必要な保健医療サービスへのアクセスと経済的困難の回避を目標としている[1]。現行の国際指標（SDG3.8.1 および 3.8.2）は、必要な保健医療サービスを受けられているかと医療費で家計が困窮しないかを主に測定している[2]。一方で、「どの医療サービスを公的に保障するか」の選択は、UHC の質および持続可能性を左右する重要な要素と考えられる。高額医薬品、遺伝子治療、デジタル医療等の急速な普及や、高齢化などによる医療費の増加は多くの国で問題となっており、限られた財源の中でどの技術を優先的に保障するかは決定は、先進国・途上国を問わず共通の政策課題となっている。この意思決定を支援する仕組みとして、Health Technology Assessment（HTA）の重要性が国際的に高まっている。

本報告は、アジアやオセアニア地域における HTA 導入国（オーストラリア、ニュージーランド、シンガポール、タイ、インドネシア、韓国）を比較し、HTA を UHC の指標として組み込む妥当性や示唆を導くことを目的とした。

## B. 研究方法

政府・関連組織のホームページおよび関連文献を調査した。

（倫理面の配慮）

該当なし

## C. 研究結果

各国の基本情報、UHC の保障範囲、HTA 制度の特徴を整理した。

### オーストラリア

オーストラリアは人口約 2,760 万人の高所得国であり、公的医療保障の中核は Medicare である[3]。Medicare は、医療サービス、病院医療、検査、画像診断等に対して公的補助を提供し、自己負担なし・あるいは少ない負担でサービスが提供される。医薬品については PBS（Pharmaceutical Benefits Scheme）というリストがあり、収載医薬品への公的補助が行われている。一方、歯科、眼鏡、補聴器等は Medicare による保障には含まれておらず、このような範囲は民間医療保険が補完的役割を果たしている場合がある。

HTA 制度は、医薬品では PBAC（Pharmaceutical Benefits Advisory Committee）、医療行為・医療技術では MSAC（Medical Services Advisory Committee）が中心的な役割を担っている。医薬品を PBS の公的補助対象とするためには、PBAC による評価で「公的補助対象として適切である」とされる勧告が必要となっている。ただし、PBAC や MSAC は政府に勧告を行う機関であり、最終的な採用判断は政府が行う。2024 年にオーストラリア政

府の HTA 制度見直し報告が公表され、より統合的な HTA 制度の構築や消費者関与の強化が課題として示されている[4]。

#### ニュージーランド

ニュージーランドは人口約 530 万人の高所得国であり、税財源を基盤とした地域運営型の医療提供制度を有する[5]。公的制度は、公立病院医療、救急、専門医療、プライマリケアへの補助、医薬品補助を広く提供する。一般診療には自己負担があり、成人歯科の保障は限定的である。一方、計画的手術や専門医受診では待機時間の長さが課題となっており、政府は待機期間短縮を主要な保健医療目標としている。

HTA 制度の中心は Te Pātaka Whaioranga (PHARMAC)であり、公的資金で償還する医薬品、ワクチン、医療機器の一部について、採用判断と価格交渉を行っている[6]。PHARMAC の特徴は、固定予算の下で最大の健康成果を得るため、HTA を優先順位付けと購買判断に直接用いる点である。これは、HTA が単なる評価報告にとどまらず、公的資源の配分判断そのものに組み込まれていることを示している。PHARMAC では経済性の評価のみならず、医療システムへの影響、財政への影響、先住民族マオリ、政府の保健優先事項等を考慮した意思決定が行われている。一方、評価対象は医薬品中心であり、評価の包括性はオーストラリアより限定的である。

#### シンガポール

シンガポールは人口約 604 万人の高所得国である。医療保障は、政府補助金 (Subsidies) に加え、MediShield Life (高額医療リスクへの国民共通の保険)、MediSave (強制的な医療費貯蓄口座)、MediFund (低所得者等のためのセーフティネット) から構成される、“S+3Ms”と称されるシステムである[7]。このシステムは、公的保障だけでなく国民の自己責任が組み合わされている点が特徴的である。

HTA は Agency for Care Effectiveness (ACE) が担う。ACE はシンガポールの公的 HTA 機関として、医薬品、医療機器、診断、医療サービス等について評価を行い、臨床的有効性、費用対効果、予算影響を踏まえて政策判断を支援する[26]。ACE による評価結果は、高額医薬品への公的補助制度である Medication Assistance Fund (MAF) や公立医療機関で補助対象となる基本的な医薬品一覧である Standard Drug List (SDL) への収載判断、補助率設定、価格交渉等に活用されている[8]。そのため、HTA は単なる技術評価ではなく、公的支出を効率的に管理する政策手段として位置づけられている。近年は、ACE による患者・市民参加プロセスの整備が進められている[9]。

#### タイ

タイは人口約 6,605 万人の高中所得国である。医療保障は、主に Universal Coverage Scheme (UCS)、Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)、Social Security Scheme (SSS) の三制度で構成される[10]。CSMBS は公務員 (退職者も含む) およびそ

の家族を対象とする公的医療保障制度であり国民の7%をカバーしている。SSSは民間の被用者を対象とする社会保険制度であり、18%の国民が加入している。UCSはCSMBSやSSSでカバーされない住民を対象とするために設定された税金によって運営されている制度であり、74%の国民が加入している。UCSでは指定された公立医療機関のみでUCS対象のプライマリケアを受けることができ、より複雑な治療が必要な場合は紹介を受けて、より高度な医療機関へ受診することができる。少ない自己負担でHIV治療、透析、移植などのより高額な医療も受けられるよう拡大してきている[11]。

HTA制度の中心はHITAP (Health Intervention and Technology Assessment Program) であり、政府と連携しつつ一定の独立性を持って活動する研究機関である[12]。その活動目的は、タイのUHCでカバーする範囲の設定に寄与するエビデンスを創出し、国民が適切な医療へアクセスできるようにすることである。評価範囲は医薬品や医療機器、検査、予防介入だけでなく、近年は、デジタルヘルス、精密医療、環境保健、健康格差なども評価対象とするなどその役割が拡大している。その活動はタイ国内にとどまらずアジア圏を中心にネットワークを構築しており、分野横断的な協力体制を構築している[13]。

## インドネシア

インドネシアは人口約2.79億人の高所得国であり、全国民を一つの公的保険制度でカバーする世界最大級の医療保険制度 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) を運営している[14]。JKNは外来、入院、母子保健、感染症治療、医薬品等を幅広く対象としている。JKNの導入により人口カバー率は大幅に拡大したものの、実質的なアクセスと給付の質には地域差が残る。

医療需要の高まりを受け、制度を維持しながらUHCの対象範囲を拡大するというトレードオフに対応するため、2014年にHTAがJKNにおける優先順位決定のためのプロセスに組み込まれた[15]。Indonesian HTA Committee (InaHTAC)はHTAを担当する組織であり、保健大臣の管轄下に置かれている。その役割は、様々な医療技術(医薬品、医療機器、外科的または非外科的な医療処置、公衆衛生プログラム)の利用が及ぼす影響について体系的かつ客観的な評価を行い、HTAの結果に基づいて保健大臣に勧告を行うことである[16]。この提言には、給付対象リストへの医療技術の追加や削除、使用制限、許容可能な価格上限の推奨が含まれる。ただし、HTA組織としての財源確保や人材育成など課題は多いとされている。

## 韓国

韓国は人口約5,175万人の高所得国であり、National Health Insurance (NHI) を基盤とする単一保険制度を有する[17]。NHIは強制加入であり、被保険者からの保険料と政府の補助金を財源として、全国民を対象とした医療保障を提供している。外来、入院、医薬品、手術、検診、高額医療を広く保障している[18]。

HTA制度は保険収載、薬価、償還範囲の決定に直接的に関係している。複数の組織が関

連するが、National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency (NECA) と Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA) が評価の中心的な役割を担っている。特に、医療技術の経済性の評価については HIRA が担当している [19]。医薬品や医療材料について定期的に評価を見直す制度が存在しているが、近年、医療行為についても同様の再評価を行うことが議論されている。

#### D.考察

UHC は単なるアクセス拡大ではなく、「限られた資源の中で何を保障するか」という優先順位付けを伴うものと考えられる。HTA はこの意思決定を支えるための制度としての手段と位置づけられる。実際に各国の事例を見ると、タイでは HTA が UCS における公的医療保障の対象サービスの決定に活用されており、ニュージーランドでは PHARMAC を通じて優先順位付けが行われていた。韓国では保険償還や価格決定に用いられ、シンガポールでは収載の判断・価格交渉等に利用されている。インドネシアでも JKN 持続性の観点から HTA 活用が進展している。すなわち、HTA 制度は各国で形態は異なるものの、医療制度における重要な政策判断に組み込まれていた。

一方で、各国の比較を通じて、HTA を UHC 指標として設計する際には少なくとも 3 つの軸を考慮する必要があることが示唆された。第一に、HTA 制度の存在の有無である。これは最も基本的かつ国際比較が容易な指標であり、本調査対象の 6 カ国はいずれも何らかの HTA 機関を有していた。しかし、HTA 機関の存在のみを二値的に評価する指標では、制度の機能や実効性を捉えきれないという限界がある。第二に、HTA が政策決定に組み込まれている度合いである。タイの HITAP やニュージーランドの PHARMAC のように評価結果が予算配分や給付範囲決定に直接反映される国もあれば、評価結果が勧告にとどまり最終判断は別途政府が行う国もある。すなわち、「評価が行われていること」と「評価が意思決定を実質的に左右していること」は同義ではない。第三に、HTA の評価対象範囲である。医薬品のみを対象とする国から、医療機器・医療行為・予防介入・デジタルヘルス・環境保健にまで対象を拡大している国まで幅があった。UHC で保障される医療サービス全体に対する HTA のカバー率という観点も、指標設計上は重要な検討項目となる。

したがって、HTA を UHC 指標として組み込む場合、「HTA 機関の有無」という単一の二値指標ではなく、上記 3 軸を組み合わせた多層的な指標設計が望ましいと考えられる。例えば、HTA 制度の存在を前提条件としたうえで、評価結果が公的医療保障の意思決定に反映されている度合い（給付範囲決定への活用、価格交渉への活用、再評価の制度化等）と、評価対象の包括性（医薬品のみか、医療技術全般か）を段階的に評価する枠組みである。ただし、こうした制度の質的側面を国際比較可能な形で測定することには方法論的な課題が残る。各国の HTA 制度は、その国の医療財源構造、政治制度、保健行政の歴史的経緯と不可分に発展しており、機械的な比較指標化はかえって制度の実態を見誤らせる懸念がある。この点については次年度以降、より詳細な検討が必要である。

## E.結論

6 カ国の比較から、HTA 制度には一つの決まった形があるわけではなく、国によって特徴が異なることが明らかになった。HTA が公的医療保障のカバーする範囲の決定に直接利用されている場合や、価格交渉や予算配分と強く結びついている場合があった。また、HTA の評価対象となる範囲も様々であった。このように、HTA の制度化の形は国によって異なるため、HTA 制度をどの角度から見るかによって指標の設定が異なってくると考えられる。ただし、HTA 制度が存在していても、実施件数が少ない、意思決定への影響が小さいなど、実際の政策決定に十分利用されない可能性もある。したがって、HTA を UHC 指標として組み込むにあたっては、制度の有無のみならず、その実効性を捉える多層的な指標設計が今後の重要な課題となる。

## F.引用文献

1. World Health Organization. “Universal health coverage (UHC)”. World Health Organization. 2025. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)), (参照 2026/04/15) .
2. United Nations. “SDG Indicators Metadata Repository: 3.8.1 and 3.8.2”. United Nations. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>, (参照 2026/04/15) .
3. Australian Institute of Health and Welfare. “Medicare Overview”. <https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-welfare-services/medicare/overview>, (参照 2026/04/15) .
4. Australian Government Department of Health and Aged Care. “Health Technology Assessment Policy and Methods Review: Final Recommendations”. 2024. <https://www.health.gov.au/our-work/hta-review>, (参照 2026/04/15) .
5. Ministry of Health New Zealand. “About the public health system”. <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/overview-health-system>, (参照 2026/04/15) .
6. PHARMAC. “Prioritisation: How we decide which medicines need funding”. <https://www.pharmac.govt.nz/medicine-funding-and-supply/the-funding-process/prioritisation/>, (参照 2026/04/15) .
7. Ministry of Health Singapore. “Managing Medical Bills: Singapore’s S+3Ms Healthcare Financing Framework”. <https://www.moh.gov.sg/managing-expenses/keeping-healthcare-affordable/managing-medical-bills/>, (参照 2026/04/15) .
8. Ministry of Health Singapore. “Subsidies for drugs on the Medication Assistance Fund (MAF) List at Public Healthcare Institutions”. [https://www.moh.gov.sg/managing-expenses/schemes-and-subsidies/subsidies-for-drugs-on-the-medication-assistance-fund-\(maf\)-list-at-public-healthcare-institutions/](https://www.moh.gov.sg/managing-expenses/schemes-and-subsidies/subsidies-for-drugs-on-the-medication-assistance-fund-(maf)-list-at-public-healthcare-institutions/), (参照 2026/04/15) .

9. Tan PT, Pearce F, Quek KS, Teo SH, Koh JH. Patient involvement in health technology assessment: a new process in Singapore. *Int J Technol Assess Health Care*. 2026 Mar 6;42(1):e36. doi: 10.1017/S0266462326103584. PMID: 41788026; PMCID: PMC13071846.
10. Damrongplasit K, Melnick G. Utilisation, out-of-pocket payments and access before and after COVID-19: Thailand's Universal Health Coverage Scheme. *BMJ Glob Health*. 2024 May 13;9(5):e015179. doi: 10.1136/bmjgh-2024-015179. PMID: 38740495; PMCID: PMC11097804.
11. Butani D, Faradiba D, Dabak SV, Isaranuwatthai W, Huang-Ku E, Pachanee K, Soboon B, Culyer AJ, Teerawattananon Y. Expanding access to high-cost medicines under the Universal Health Coverage scheme in Thailand: review of current practices and recommendations. *J Pharm Policy Pract*. 2023 Nov 7;16(1):138. doi: 10.1186/s40545-023-00643-z. PMID: 37936171; PMCID: PMC10631213.
12. Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation. "About HITAP". <https://www.hitap.net/en/about-us/vision-and-mission/>, (参照 2026/04/15) .
13. Teerawattananon Y, Vishwanath Dabak S, Culyer A, Mills A, Kingkaew P, Isaranuwatthai W. Fifteen Lessons from Fifteen Years of the Health Intervention and Technology Assessment Program in Thailand. *Health Syst Reform*. 2023 Dec 31;9(3):2330974. doi: 10.1080/23288604.2024.2330974. Epub 2024 May 7. PMID: 38715185.
14. Hidayat B. Evolution of Health Technology Assessment in Indonesia: Supply Landscape, Implementation, and Future Directions. *Health Syst Reform*. 2023 Dec 31;9(3):2371470. doi: 10.1080/23288604.2024.2371470. Epub 2024 Jul 15. PMID: 39008816.
15. Alfaqeeh M, Zakiah N, Postma MJ, Suwantika AA. Setting priorities for healthcare interventions in Indonesia: a comprehensive conceptual framework. *Int J Equity Health*. 2025 Nov 24;24(1):327. doi: 10.1186/s12939-025-02668-z. PMID: 41287082; PMCID: PMC12642239.
16. Indonesia, Ministry of Health RI, Health Policy Agency. General Guideline for Health Technology Assessment in Indonesia/Sri Suryawati, et al; (Ed.). Jakarta : BKPK Publishing Company, 2022.National Health Insurance Service. "2024 National Health Insurance &Long-Term Care Insurance SystemRepublic of Korea". <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa03500m01.do?mode=download&articleNo=10840421&attachNo=350606>, (参照 2026/04/15) .
17. National Health Insurance Service. "Social Security System". <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02200m01.do>, (参照 2026/04/15) .
18. National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency . "NECA – National

Evidence-based healthcare Collaborating Agency”.

<https://www.inahta.org/members/neca/>, (参照 2026/04/15) .

19. Health Insurance Review and Assessment Service. “HIRA's Role and Function, ”<https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAJ010000009001> ( 参 照 2026/05/09) .

## 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