



ユニバーサルヘルスカバレッジ達成へ向けた取り組みについて

国立国際医療研究センター 国際医療協力局 運営企画部

保健医療協力課／保健医療開発課 横堀 雄太

私は、以前医療の広場2018年3月号で、アフリカのザンビアという国で、日本国際協力機構（JICA）が実施する技術協力プロジェクトの一つである「ユニバーサルカバレッジ達成のための基礎的保健サービスマネジメント強化プロジェクト」の長期専門家・チーフアドバイザーとして活動に関わった経験を執筆させていただきましたが、その後、2019年8月～2020年9月まで、厚生労働省大臣官房国際課という部署に1年間出向し、WHOや国連を中心としたグローバルヘルスガバナンスに関わる仕事をさせて頂きました。同じ国際保健分野の仕事ではありませんが、現場とは少し違う角度から国際保健を学ぶ貴重な機会でしたので、今回は、厚生労働省国際課の担当として取り組んだユニバーサルヘルスカバレッジ（UHC）について、お話したいと思います。

まず、厚生労働省国際課について説明したいと思います。厚生労働省国際課は厚生労働行政分野における国際的な課題への対応を行っている課です。厚生労働省ホームページによると、国境を越えた課題が増える中、国際機関を通じた活動、諸外国との政策対話や交流事業、日本が世界に誇る分野での情報発信等により、国際協力の推進と日本の国際的地位の確立を図ることが任務となっています。具体的には、国連機関のうちWHOやILOとの調整窓口業務、保健・労働・福祉分野におけるG20やG7といった多国間世界会議での議論の参加や2国間（バイラテラル）の国際交流・協力等が主な仕事となります。国際課が所掌する業務は、開発途上国のみではなく、先進国も含めた保健・労働・福祉分野のグローバルヘルスガバナンスに関わる幅広い内容となっております。

NCGM国際医療協力局では、国際保健の潮流など局の活動を実施する上で不可欠な情報を把握し、局の知見を発信する目的で、2002年～継続して出向者を派遣しており、私はその18代目でありました。

私は、その厚生労働省国際課の中でWHO班という班に配属され、主に日本政府のWHOの窓口として関連する様々な会議や調査等の調整を担いましたが、その担当業務の1つが、WHOが進めるUHCの窓口業務でした。UHCとは、WHOの定義によると、「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる状態」という状況です。ミレニアム開発目標（MDGs）への取り組みなどを通して、世界の保健状況は改善傾向がみられてきた一方で、特に低・中所得国では、未だ多くの人々が必要最低限度の保健サービスを享受できておらず、医療費の自己負担により個人が壊滅的な財政打撃をうけて貧困化するような事態があるという問題意識を受けて、2015年に策定された持続可能な開発目標（SDGs）においてUHCの達成が目標の一つ（SDGs3.8）として盛り込まれました。また、2019年には、第74回国際総会で国連UHCハイレベル会合で、UHC政治宣言が採択され、グローバル・ヘルスに関して成立したこれまでで最も包括的な合意として、2030年までにUHCを達成するためのビジョンへ各国や国際機関が一致して取り組むことが確認されました。

日本政府もこれまで、率先してUHCを推進してきました。2016年、G7伊勢志摩サミット・G7神戸保健大臣会合において、G7として初めて首脳級の会談でUHCの推進を主要テーマに設定し、国際社

会・国際機関と連携して、アフリカ、アジア等でのUHCの確立を支援すること、さらに国際的議論において主導的な役割を果たしていくことを表明しました。その後、日本政府は、ASEANやG20等の様々な多国間の国際会議において、住民登録・人口動態統計の構築支援や政策人材の育成、財務・保健大臣の連携強化等、UHC実現へむけた具体的な方策について議論を主導し、さらに、2017年にUHCフォーラムを主催する等、UHCを達成するために国際機関等の援助機関の協調の呼びかけを行ってきました。私の在任中は、UHCフォーラム2020が、タイ王国が毎年開催しているマヒドン王子記念賞会議（PMAC）と合同で開催されました。会合では、UHCを各国で具体的に実現していくために、プライマリ・ヘルス・ケアを中心とした保健システムの構築、保健財政の強化、医療技術に関するイノベーションへの投資についてのパネルディスカッションが行われ、私はその運営調整を担当しました。

このように世界的にUHCを推進する様々な動きがありますが、残念ながら2030年の達成に向けて進捗は十分ではありません。SDGsにおけるUHCに関連した指標はSDGs3.8ですが、この指標には①必須医療保健サービスを利用できる人々の割合と②世帯収入の大部分を健康維持に費やしている人々の割合の2つの要素があります。これらの指標の進捗に関して、2019年の国連総会に合わせて公表されたグローバルモニタリングレポートは、2017年時点で、必須医療保健サービスを利用できる人々は世界の人口の3分の1から2分の1程度であり、2015年中に保健医療費が世帯支出の10%以上を占めた人は世界で約9億3千万人いたと報告しています。依然として必要な保健医療へのアクセスは大きな課題であり、解決が待たれている状況です。また、コロナウイルスのパンデミックによって、各国で保健システムが機能せず人々が十分は保健サービスにアクセスできなかった反省を踏まえて、平時の備えとして健康危機にも対応できる強靱な保健システムもUHCで達成すべき要素として一層の注目が集まっています。このような状況に対して、各国政府とWHOや世界銀行等の国際機関等は、現在醸成されたUHC達成へのモメンタムを実際の活動に落とし込み、2030年の達成へ向けて進捗を加速するための様々な提案しています。ただ、UHCの概念は

とても幅広く、どの活動を優先に行うべきか各関係者で統一した視点を持つことは難しく、具体的な取り組みのどのように進めていくかが今後求められている課題です。そこでここからは、ザンビアや国際課の経験を踏まえて私が考えるUHC達成のために優先されるべき具体的な分野について論じたいと思います。

一点目は、必須医療保健サービスへのアクセスの改善のためには、革新的なプライマリヘルスケア（PHC）の増進が必要です。PHCとは、“Health for All”の大目標の下、公平性、住民参加、住民ニーズ志向、予防活動重視などの実現を求めて形成された理念かつ方法論です。1978年、旧ソ連邦カザフ共和国の首都アルマ・アタで出された歴史的な宣言が基礎になっていますが、WHOもUHCに向けた進捗を加速させるには、医療が人々の手の届くよう、PHCへの投資を拡大することが重要と主張しています。また、2018年には同じくカザフスタン共和国での首都アスタナで開催された国際会議にて、アルマアタ宣言の再確認とUHCを達成するための重要な一歩として、PHCの強化を誓約する政治宣言が全会一致で採択されました。しかし、PHCも広い概念であり活動として行ふべき要素は様々あります。私はその中で、以下の点が特に重要と感じています。まず、PHCは伝統的に母子保健や感染症を中心とした活動に取り組んできましたが、人口移動、人口転換、格差の拡大など社会変革のスピードが増している現代においては、伝統的な健康課題のみならず、高齢化や非感染性疾患、災害対策等幅広い保健サービスをスコープとしたPHCが求められているという点です。私が3年間派遣されていたザンビアにおいても同様で、非感染性疾患の疾病負荷の増加が問題となっていました。また、その一方で、ザンビアのような低所得国では問題が山積しているのも関わらず活動に使える資金や人的資源は限られています。そのため、様々な課題に取り組むために優先順位に基づいた保健計画のマネジメントもとても重要であると思っています。これらの観点は、先日姫路で開催された第72回WHO西太平洋地域委員会（WPR-RCM72）でも各加盟国から発言があった点であり、PHCのセッションでは、母子保健や予防接種に触れる加盟国はほとんどなく、非感染性疾患の重要性や優先順に基づいた保健サービス

マネジメント強化に言及している加盟国が多かったのが印象的でした。さらに、WPR-RCM72でPHC推進への新たな視点として印象的だったのは、個々のニーズに基づくindividual-tailoredのサービスを提供してゆくことがUHC達成のために重要であり、そのためには個人レベルで保健状況を把握できる保健情報システムのイノベーションが必要であると多くの加盟国が主張していた点です。私は、これらの議論から、伝統的なPHCのイメージからデジタルヘルス等革新的な保健情報を活用した新たな形のPHCが求められていると感じました。

2点目は、上記の保健情報にも関連するのですが、各個人を把握するための住民登録と人口動態統計（以下CRVS）の整備の重要性です。CRVSは、主要なVital Event（主に生と死）の発生・特徴を記録する各国の法律に基づいた行政システムのことで、所謂日本でいう戸籍・住民票のことです。CRVSは、人々に法的アイデンティティと家族関係を確立し、国籍の主張を行い、市民的および政治的権利を行使し、公共サービスにアクセスし、現代社会に参加するために必要な文書を提供することができます。さらに、CRVSは、公共サービスに関連する政策の策定、実施、監視に使用できる重要な情報の基盤にもなります。UHC達成にあたり、各個人がどのような保健状況にあるかを把握することはとても重要です。例えば、日本において自営業や農業、無職の人など企業に所属していない人の医療保険は、住民票のある地方自治体の担当となっておりますが、加入が必要な個人を同定するためには住民票が必要ですし、特に脆弱な人々を同定しどのように保健資源を分配するかを計画するためにも住民票にある情報はとても重要です。このようにUHC推進のためにCRVSは基盤となる重要なシステムであり、SDGsでは、保健関連の指標に貢献するだけでなくSDGs16.9の指標ともなっています。しかし、2017年の国連の報告によると、出生登録と死亡登録が90%を超えている世界の国と地域は、68%と55%に過ぎないと報告しています。このような状況をうけて日本政府は、2017年ASEAN保健大臣会合で採択された、日・ASEAN保健大臣会合共同宣言文の中で、“2030年までの持続可能なUHCの達成”のための取り組みの中で、健康関連のSDGsの指標を含む保健データを作成するための基礎となる住民

登録・人口動態統計（CRVS）の普及を推進する点を強調しています。2021年11月には、2回目のアジア西太平洋地域におけるCRVSに関する閣僚級会議が開催されましたが、まさにこの点は重要な論点の一つとして議論されました。

最後に、UHC達成のためのSocial Protectionの重要性を主張したいと思います。Social Protectionとは、①お金やモノ（食糧・ワクチン等）の提供を通じて、②貧困削減に寄与する全ての社会政策の総称です。Social Protectionと聞いて、医療保険、国民年金、失業保険などを思い浮かべる方が多いと思いますが、国連や世界銀行などの定義では、学校教育の無償化、学校給食、ワクチンの無料接種、無料検診、雇用創出のための公共事業等も、実は、これらも社会保障の議論の一環で扱われています。これらは大きく財源によって分かれており、加入者からの保険料（Contribution）を徴収した財源を活用するのが社会保険であり、一方、税財源を使った社会保障スキームのことを社会扶助（Social Assistance）と言います。UHCでは、これまで社会保険の一つである医療保険に注目して、すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる状態を目指してきました。しかし、2019年のグローバルモニタリングレポートによると特に脆弱な人々への保健サービスのカバレッジが低く高い医療費を支払っていることが分かりました。医療保険は、中低所得国において、政府や企業に正式に雇用されていない所謂インフォーマルセクターの人々や定期雇用されていない人々は加入が難しく、医療保険の網から漏れた人々に対するUHCをどのように推進してゆくかは大きな課題です。そこで、私は、医療保険のみではなく、より広いSocial Protectionに目を向けることも重要なのではないかと考えています。例えば、日本では生活保護という十分な収入を得られない人々を支援する制度があり、この制度のおかげで医療にアクセスできる人が少なからずいます。生活保護のような制度には限られた財源の中で本当に必要な人々をターゲットできるような仕組みは必要と思いますが、最低限の生活の支援は、医療保険の網に漏れた脆弱な人々が必須保健サービスアクセスを確保するためには重要な要素のではないかと考えています。私は、このように医療保険のみでな

く、幅広いSocial Protectionが、UHC達成のために重要と考えています。

このようにUHCの現状と進捗を加速するために必要な取り組みについて私見の述べさせていただきましたが、前述の通りUHCは大きな概念であるため、各関係機関や国によって取られる政策は様々です。今後、2023年に日本政府がG7の議長であり、

国連総会における首脳級のUHCハイレベル会合及びSDGsサミットの開催が予定されています。これらイベントへ向けて2030年までにUHCを達成するため方策についてより具体的な議論が盛り上がっていくと思われ、引き続きUHCに関連する議論を注視していきたいと思っています。

