



2

UHC は手の届くところに— 技術的にも財政的にも可能

多くの国では UHC を実現して、持続的に運用しています。各国の UHC に向かう歩みを支えているのは、エビデンスに基づく費用対効果の高い介入策と、経済的保護を提供する保健システムです。

UHCは技術的に実現可能です。エビデンスに基づいた保健医療施策、各国の状況に合わせて優先事項を決定する手段、政策と計画立案のオプションなどは既に存在しており、各国は教訓から学び、自国の状況に応用していくことでUHCを推進できるのです。

また、UHCは財政的にも実現可能です。保健分野の持続可能な開発目標（SDG）を、UHCを通じて達成するための各種サービスの整備には、今後、年間3700億米ドルが必要になると試算されています。低・中所得国の多くは国内の保健医療支出を増やすことで、公的資金の大部分を拠出することができます。⁴²

給付内容の設計

UHCの核となる要素として、どのような保健医療サービスを施策に含めるべきかをサービスの質の確保と利用の妨げになる要因を考慮しながら、国やコミュニティは決定していく必要があります。

UHC 実現におけるサービス

UHC 実現のために必要なサービスの種類と、提供方法は、各国の優先事項とリソースに基づいて決定されるべきです。ただし、以下の方策により、どの国においてもある程度の普遍性を実現することができます。

- コミュニティにおける分野横断的サービスや、行動変容を促す情報提供、そして健康増進のための適切な規制と課税（たばこ税、酒税、砂糖税など）を通じて、各世帯やコミュニティにおいて健康増進を促す環境をつくる。
- 定期的なアウトリーチを通じて、すべての人がワクチン接種など予防医療のサービスを受けられるようにする。
- 疾病や体調不良等の健康問題に対応するための基本的な保健医療サービスを確保する。
- 著しい健康被害を防ぐための効果的な（医療機関間の）紹介制度を構築する（図1）。

「お買い得」な UHC は実現できる

UHC の範囲と対象が広がれば、保健医療の支出効率にこれまで以上に厳しい精査の目が向けられます。より効率の良い支出を確保するために、主に二つの方法があります。ひとつは、実施されている各種の保健医療施策が可能な限り最大の費用対効果をもたらすようにすること。もうひとつは、最低限の費用でサービスを提供する手法を取ることです。⁴³

効果的（介入効果が高い）かつ低コスト（支払い可能）で、費用対効果が高く（コストに対してもたらす価値が大きい）、そして実施が容易な（サービス提供者が実施可能）施策であることが、保健セクターにとって「お買い得」と言えます。⁴⁴

図1 UHC の実現のために必要な保健医療サービスの例

コミュニティサービス および分野横断的サービス	定期的なアウトリーチ	基本的なヘルスケア	専門機関でのヘルスケア
• 健康増進—コミュニティ、家族、個人を対象に、生活、学習、仕事、余暇、環境を改善（モバイルヘルスの活用を含む） • 社会的行動と健康支援 • 保健施策のための課税と補助金 • 疾病や健康危機の予防とコントロール（環境介入を含む） • リスク管理体制とレジリエンスの向上	• ワクチン接種、顧みられない熱帯病（NTD）に対する大規模な予防的介入、ビタミン剤の供給 • サーベイランス、スクリーニング、モニタリング • 対象を絞った個別サービス（フォローアップを含む）	• 総合的な健康状態の評価 • 救急医療を含む総合的な症例管理 • 保健・福祉サービスへの紹介制度 • 基本的な緩和ケアとリハビリテーション	• 専門科における総合的健康状態の評価 • 救急医療と外科治療を含む専門科での総合的症例管理 • 保健・福祉サービス間の連携（長期ケア・介護を含む） • 幅広い緩和ケアとリハビリテーション

表1 UHC への投資による人々の健康と福祉の向上に関する予測

2016 ～ 2030 年間の健康寿命の延伸	5 億 3500 万年
2030 年までの平均寿命の延伸	5 年
2016 ～ 2030 年 近代的避妊法の使用によって回避できる望まれない妊娠	4 億件
2016 ～ 2030 年間に 回避できる幼児死亡 (0 ～ 4 歳)	4100 万人
2016 ～ 2030 年間に 回避できる非感染性疾患 (心血管疾患、糖尿病、うつ病、てんかん、がん) による死亡	2000 万人
2016 ～ 2030 年間に回避できる HIV / エイズ感染	2100 万件
2030 年までに安全な水を利用できるようになる人数 (2015 年の基準値からの増加)	2 億 2600 万人
うつ病の治療を受けられる人数の増加	9400 万人

WHO によってモデル化された 2016 ～ 2030 年の低・中所得 67 か国の予測

いくつかの介入策は、一人当たり 1 米ドル未満で実施できます。たばこ、アルコール、健康に悪影響を与える食品に関する政策や HIV 予防のための男子割礼、マラリア予防のための殺虫処理済みの蚊帳、産前ケア、疾病に対する予防的介入などがその例です。⁴⁵ ほかにもアウトリーチを通じた子宮頸がん予防のヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチン接種など、一人当たりの費用は比較的高いものの長期的な健康アウトカムにつながる介入策もあります。^{42, 46}

これらの施策の多くは、モバイルヘルスや定期的アウトリーチを含む、低コストの分野横断的コミュニティサービスを通じて提供することもできます。保健システムが強固になるにつれて、HIV、結核、マラリア、心血管疾患、がん、うつ病やその他の非感染性疾患の治療など、臨床的介入を要する費用対効果の高い介入の規模を拡大することも可能です。こうした領域への投資は人々の健康と福祉の大幅な向上につながります (表 1)。⁴²

UHC への投資は賢い投資

健康安全保障の確保のための保健システムの強化

医療サービスを受ける権利が、ある特定の状況や一部の健康脅威に限られていては、すべての国民に基本的な医療を提供していると主張することはできません。UHC には将来的な健康危機にも対応が可能で、困難な状況下でも基本的医療の継続的な提供が可能な保健システムの構築が必要となります。分野・部門を越えた取り組みを動員して、保健システムに備える力を構築することができたら、感染症の流行が世界的に拡大することはなく、局地発生した感染症が流行することもなく、そもそも感染症の局地的発生を予防できるかもしれません。備えに対して十分に投資した保健システムは、健康危機に対応するだけでなく、その封じ込めや予防を含む健康の安全保障の実現に寄与します。

健康危機の保健と経済に及ぼす影響は、その拡大規模に伴って増大していきます。健康危機

社会経済的状況が異なる多くの国々が、UHC を達成し、大きな進展を実現しています

への予防ができていない、迅速に発見できない、封じ込めができないなど、保健システムも国民も備えが不十分な場合に必要になる莫大な対応コストを考えれば、備えへの投資の価値は出資コストをはるかに上回ります。

UHC は財政的に実現可能—— リソースは存在する

しかしながら、保健医療支出の単純な増額が必ずしも健康向上につながるとは限りません。適切な時期に適切な投資をすることが重要です。UHC を 67 か国の低・中所得国における保健分野の SDG のターゲット達成とあわせて実現するには、今後最大で年間 3700 億米ドルの追加投資が必要になります。この額を世界全体で平均すると、年間一人当たり 58 米ドルを 2030 年まで支払うことに相当します。⁴² この投資によって、多くの低・中所得国で保健医療支出が増加し、対 GDP 比で平均 5.6% から 7.5% まで増えると予測されます（保健医療支出の世界平均は対 GDP 比 9.9%）。

しかし、このような成果を実現するには、保健医療分野へのリソースを増やすことが必要で

す。ほとんどの中所得国と一部の低所得国では、必要なリソースを調整することができますし、低・中所得国で必要な投資総額の 85% は、国内のリソースから調達できます。⁴² しかし、保健医療セクターの優先順位を引き上げることが必要となります。

世界の最貧国の一部は今後も資金不足に直面し続けると予測されており、継続して外部からの支援が必要になります。不足額は、低所得国については年間 170 ～ 350 億米ドル、紛争地域では 30 ～ 40 億米ドルと予測されています。⁴²

しかしながら、どの国においても、ある程度の普遍性を実現することは可能です。臨床サービスがまだ十分に発達しておらず、保健医療従事者の人口当たりの密度が低い環境であっても、主要な必須保健医療サービスの提供などは急速に進展する可能性があります。

どの国においても、分野を超えたコミュニティサービスや定期的なアウトリーチの仕組みを通じて、さまざまな公衆衛生サービスを誰でも利用できる制度を、公的資金でまかなうことが可能です。例えば、たばこ、アルコール、砂糖など健康に悪影響を及ぼす物品にかかる税金を使って、顧みられない熱帯病のワクチンや医







薬品を提供するなどの施策が考えられます。

「完全な UHC パッケージ」をすべての国が同じペースで実現できるわけではありません。しかし、どの国においても、リソースと優先事項、保健システムを見直すことで、今後 15 年の間に大きく進展させることは可能です。UHC は段階的に実現に向かうものであり、まずは最も困っている人々に目を向ける必要があります。各国において、入手できるエビデンスやツールを利用して給付内容を策定し、UHC へ向かう独自のプロセスを決定することが望まれます。

公的支出の寄与を高める

ほとんどの低・中所得国では UHC に向けた進展を持続させるには公的資金（歳入）の増加と、より効果的な公的支出（効率）がともに必要です。

各国は UHC に向けた進展を持続させるため、公的資金源を中心とする方向へ進む必要があります。理論上も実践上も、民間セクターからの資金源は補完的な役割しか果たせず、この種の財源が多い場合は不公平と非効率に関連している傾向があるからです。⁴⁷

収入の増加が自動的に公共財政の拡大につながるとは限りません。したがって、税制の強化が優先度の高い課題になります。特に、政府が対外援助依存からの脱却を図る際には、保健医療のためだけでなく、あらゆる社会的支出を可能にするために税制の強化が必要になります。

UHC 実現のために特別税を創設する、あるいは既存の税を割り当てることは、新たな課税を受け入れてもらう有用な政治的手段になります。しかし、割り当てを行うと、その他の任意支出を保健医療以外に回すようになり、税の割り当ての効果が次第に薄まる場合もあります。⁴⁸

公的支出の効率向上

各国は、ただ支出をするだけで UHC への道を進めることはできません。利用できるリソースの使用効率を高めることが不可欠です。保健

エビデンスに基づいた施策は、各国で UHC がもたらすベネフィット設計の基礎になります

母子感染を防ぐための HIV 治療

ラブ・サイディは、健康でいられることが幸せだと思っています。それに、夫が仕事を続けられることもうれしく思っています。マラウイ最大の商業都市ブランタイヤ郊外のンディランデに住む若い夫婦は、HIV を抱えて暮らす苦勞に直面していました。

2015 年 1 月、妊娠 3 カ月だったラブは産前ケアを始めるために、夫とともにンディランデ医療センターを訪れました。ほどなく、夫婦二人ともが HIV 陽性であることがわかりました。ンディランデは、アフリカでも特に大きな街の一つです。何十万人もの住民が、基本的な保健・福祉サービスを利用できずにいます。

ンディランデ医療センターでは、6000 人以上の HIV 感染者に初期抗レトロウイルス療法を提供しています。クリニックはラブと同じような多くの人々のニーズに応えるため、数人の医師が地域保健員に研修を施し、彼らを現地に派遣することで多くの人々の治療を可能にする「タスクシフティング」のアプローチで効率的に治療を行っています。ラブはクリニックで、HIV の母子感染を予防するための抗レトロウイルス薬の投与を受けました。そのおかげで、2015 年の後半に生まれた娘のペイシェンスは、HIV に感染せずに済みました。ラブと夫は現在も継続してクリニックでの治療とカウンセリングを無料で受けることができます。

医療財政において効率向上のための重要な原則の一つは、資金のプールとフローにおける断片化を減らすことです。⁴⁹

保健システムにおいて、最大で 40% のリソースが非効率的な使われ方をしています。^{50, 51} 現状の保健医療支出レベルのままだと、各国は健康アウトカム向上を含む保健システムのパフォーマンスを大幅に向上させることが可能です。しかし、リソースの多くは、保健医療従事者の給与などの固定費に充てられていて、新たな用途に容易に充てることはできません。保健医療従事者の労働効率を高めるために、給与の引き上げを検討する場合があります。しかし、低価格のジェネリック医薬品の使用にインセンティブを支払う診療報酬制度の導入など、すぐに効果が現れる戦略もあります。

平均して保健医療への政府支出が多い国では、サービス提供と経済的保護の両方で良い成果を実現しています。しかし、同じ保健医療支出であってもサービス利用のアウトカムに大きなばらつきがあります。⁵² つまり、UHC 実現のためには状況別の効率的な戦略の策定が重要なのです。

低・中所得国では、HIV 対策などの特定の「公衆衛生プログラム」に多くのリソースが流れることがよくあります。この種のプログラムが適切に運営され、効果的であっても、プログラムごとに



独自の情報システムや調達体制を持ち、職員や施設も別々の場合があります。成果に関する説明責任を確保し、そして強化しつつ、基盤となる下位組織の合理化を図ることが重要です。⁵³

