

「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ ：誰もがどこでも保健医療を受けられる社会に」

甲南女子大学看護リハビリテーション学部教授
中村 安秀



Yasuhide NAKAMURA

甲南女子大学教授・大阪大学名誉教授
1977年東京大学医学部医学科卒業。小児科医。都立病院小児科、JICA 専門家（インドネシア）、UNHCR（アフガン難民医療）、東京大学小児科講師、大阪大学大学院人間科学研究科教授などを経て、2017年より現職。日本国際保健医療学会理事長、国際ボランティア学会会長、国際母子手帳委員会代表。2015年に第43回医療功労賞を受賞。2018年6月、日本 WHO 協会理事長に就任。

1. 東ティモールの世界保健デー

世界保健機関（World Health Organization : WHO）は1948年4月7日に設立されました。そして、4月7日を世界保健デー（World Health Day）として、毎年テーマを決めて、健康についての関心を高める努力をしてきました。2018年は、ちょうどWHOの設立70周年にあたります。テーマは「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：誰もがどこでも保健医療を受けられる社会に（Universal Health Coverage: everyone, everywhere）」、スローガンとして「すべての人に健康を（Health for All）」が謳われました。

世界保健デーを記念して、健康推進のためのイベントを開く国は少なくありません。私は、東ティモール共和国で2018年4月10日に開催された世界保健デー・イベントにおいて基調講演する機会をいただきました。東ティモールは、21世紀になって世界で初めて独立した若い国で、人口約118万人。面積も人口も岩手県とほぼ同じくらいで、海と山と緑に恵まれた赤道直下の国です。人口の半数以上が20歳以下という若い世代の多さでは日本と大きく異なっています。

首都ディリにある大きな会議場に、国際機関や大使館、地方の医師や看護師などの保健医療関係者、NGO関係者、ディリ大学などの医学生・看護学生など400名が参集しました。（写真1）ルイ・アラウジョ保健大臣（当時）が主催した世界健康デーのメインテーマは、もちろんユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）。日本の経験をぜひ紹介してほしいという東ティモール側の強い希望を、南博東ティモール大使につないでいただき、日本のUHCに関する経験を紹介することができました。日本がまだ貧しい途上国だった時期に国民皆保険を達成したこと、アルマアタ宣言でPHCが提唱される以前から長野県佐久総合病院や岩手県沢内村のように住民と医療者が協働して地域保健に取り組んできたこと、保健師・助産師などフロントライ

ンで働く保健医療従事者の存在が大きかったことなどを話させていただきました。（写真2）会議場の外では、熱帯の陽射しにもかかわらず、多くの国際機関やNGOがブースを出展し、保健大臣はひとつひとつのブースを回り、若いスタッフに声をかけていました。（写真3）



写真1 東ティモール・世界保健デー・イベントで保健大臣を囲んで（東ティモール・ディリ市コンベンション・センター）



写真2 東ティモール・世界保健デー・イベントで基調講演する筆者



写真3 世界保健デーのイベント会場の外には、WHO、ユニセフ、UNFPA、NGOなどがブースを出展していた。ブースで出展者たちと懇談するアラウジョ保健大臣

東ティモールでは、UHC の実現に向けて、感染症対策や母子保健の充実により死亡率を減少させ、国民皆保険を達成した日本に対する大きな期待を持っていました。また、東ティモールで活躍している国際協力機構（JICA）、青年海外協力隊、NGOの方々とお話しする機会もありました。相互理解に基づく地道な協力が、東ティモールの地域を担う人づくりにつながり、東ティモールの風土に即したUHCが発展することを願わずにはいられませんでした。

2. UHC に至るまでの世界の動向

東西冷戦のさなかのデタント（緊張緩和）の時期の1978年に、世界143か国の首脳が集まり、先進工業国と開発途上国を包含し、「すべての人に健康を(Health for All)」という世界共通の目標をめざすアルマアタ宣言が採択されました。その根幹をなす戦略がプライマリヘルスケア（Primary Health Care : PHC）でした。

1990年代になって、旧ソビエト連邦の崩壊とそれに伴う東西対立の構図がくずれ、保健医療問題は人口問題や環境問題と直結した地球規模のグローバルな課題になりました。2000年の国連総会において提唱されたミレニアム開発目標（Millennium Development Goals : MDGs）は、90年代の主要な国際会議やサミットで採択された国際開発目標を統合し、一つの共通の枠組みとしてまとめたものです。

2000年に開催された九州・沖縄サミットにおいて、HIV/エイズ、結核、マラリアなどの感染症対策が大きな議題として取り上げられました。このサミットでの議論は、その後の世界エイズ・結核・マラリア対策基金（グローバル・ファンド）の設立や国連エイズ総会の開催など、地球規模での感染症対策の進展の大きな契機となりました。

MDGsの時期に、世界全体の乳幼児死亡数は年間1,260万人（1990年）から590万人（2015年）に大幅に減少しました。抗レトロウイルス薬による治療を受けられるエイズ患者も増加し、マラリア対策の殺虫剤浸漬蚊帳の配布数も増加し、結核の直接監視下短期化学療法（DOTS）治療も普及しました。このようにMDGsは、わずか15年間で世界規模での大きな成果をおさめることができました。一方、妊産婦死亡率の減少は達成困難でしたし、西アフリカでのエボラ感染時の危機管理の甘さなどの課題も明らかとなりました。

これらの反省も踏まえ、2015年9月の第70回国連総会において、「我々の世界を変革する：持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択され、17の持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）とともに、「だれひとり取り残さない（no one will be left behind）」という理念が謳われました。低中所得国や先進国を問わず、国内における医療の格差が広がっています。医療従事者や医療施設など都市部への医療の集中が見られ、農村部やへき地では医療者も少なく医薬品の入手にも困

難を生じています。一方、大都市のなかでも、貧困や教育の格差により医療へのアクセスができない人々が少なくありません。「すべての人に健康を！」と高らかに謳いあげた40年前のPHCの理念が、再び世界の共通目標になったのです。

表1 我々の世界を変革する：
持続可能な開発のための2030アジェンダ

2.6. (保健 UHC) 身体的及び精神的な健康と福祉の増進並びにすべての人々の寿命の延長のために、我々はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) と質の高い保健医療へのアクセスを達成しなければならない。誰一人として取り残されてはならない。我々は、2030年までにこのような防ぐことのできる死をなくすことによって、新生児、子供、妊産婦の死亡を削減するために今日までに実現した進歩を加速することを約束する。家族計画、情報、教育を含む、性と生殖に関するサービスへの普遍的なアクセスを確保することに全力で取り組む。我々は、開発途上国においてはびこる薬剤耐性や対応されていない病気に関する問題への取組を含め、マラリア、HIV/エイズ、結核、肝炎、エボラ出血熱及びその他の感染症や伝染病に対して示された進歩の速度を等しく加速する。我々は、持続可能な開発に対する大きな挑戦の一つとなっている行動・発達・神経学的障害を含む非感染性疾患の予防や治療に取り組む。

(外務省仮訳)

3. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage : UHC)

持続可能な開発目標 (SDGs) では、健康と福祉の増進のために「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) と質の高い保健医療へのアクセス」の達成が強調されています。UHC は健康保険制度だけを意味しているわけではありません。現在では、低中所得国と先進国との間で疾病構造の差異は少なくなっています。アジア諸国においては、死亡原因の上位を心疾患、脳卒中、慢性肺疾患が占め、高血圧、糖尿病、うつ病、肥満などの慢性疾患に罹患する人口が増大しています。もちろん、農村部や貧困層では、下痢症や肺炎などの感染症による死亡はまだまだ多く、栄養失調で命を落とす子どもも少なくありません。

このような状況に対処するために、WHO では UHC を掲げ、すべての人びとが必要な治療、予防、リハビリテーションなどを受けることができるシステムづくりを提唱しています。貧しい人にとっても金銭的に大きな負担にならないように、公平なアクセスや保健医療サービスの質的保障をめざしています。そのためには、保健医療人材の教育や研修は必須ですし、出生や死亡という人口動態だけでなく疾病に関する保健医療情報の分析が必要になります。そのうえで、富裕層だけでなく貧困層も含めた国民全体をカバーできる健康保険の制度作りも必要になってきます。

思えば、日本が国民皆保険を達成した 1961 年は、まだ高度成長以前でした。当時の日本は、人口のわずか 5.7%が 65 歳以上という若い国でした。高齢社会を迎える前だったからこそ、健康保険制度を形成することができたともいえます。いま、アジアの国々では、高齢者の健康対策や介護が喫緊の課題となっており、日本の介護保険や高齢者ケアに対する関心も高まっています。

4. UHC の未来像

医療は文化です。世界のどんな保健医療システムも 100%完璧なものはないといわれています。いま世界では、完全無欠なモデルを作って広めるのではなく、文化や風土に合った保健医療の体制づくりが求められています。世界的には、プライマリヘルスケアとユニバーサル・ヘルス・カバレッジという大きな枠組みの中で、グローバルヘルス・ガバナンスや保健医療情報システムの強化が必要になります。MDGs からの課題として、母子保健やリプロダクティブヘルス、エイズ・マラリア・結核、予防接種などの感染症対策があげられます。また、SDGs の時代において、非感染疾患、栄養、必須医薬品の重要性はますます高まっています (表 2)。

2017 年 12 月、日本の国際保健医療の大きな晴れ舞台である「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) フォーラム 2017」が開催されました。各国の厚生大臣や財務大臣だけでなく、国連事務総長、WHO 事務局長、世界銀行総裁、ユニセフ事務局長など国際機関を代表する方々が集結していました。会場では、日本がまだ貧しかった 1961 年に開始した国民皆保険の成果が語られ、低中所得国からは保健医療サービスの提供を実現するための人材育成や財源確保の方策が議論され、健康保険制度への熱い思いが語られました。

世界医師会会長としてあいさつした横倉義武会長は、経済学者の宇沢弘文氏の「社会的共通資本」に言及していました。これは、流行語のようによく使われるソーシャル・キャピタルとは異なる概念です。社会的共通資本が指摘するゆたかな社会とは、「すべての子どもたちが、それぞれの多様な資質と能力をできるだけ発展させ、その社会にふさわしい人間として成長できる学校教育を受けることができる」といい、「疾病や障害、およびその予防に関して、その社会が提供できる最適の保健医療サービスを受けることができる」社会であるといえます (宇沢弘文『社会的共通資本』岩波新書)。UHC という用語が生まれる前から、日本社会で培われてきた社会のあり方を示してくれる概念です。

国際社会では、UHC フォーラムという大きな国際舞台で果たした日本の役割が高く評価されています。また、東ティモールのように、日本の UHC の発展の経緯を学んで、

自国の UHC の発展に寄与したいと考える国も少なくありません。私たちの経験に真摯に向き合い、科学的な成果とともに教訓も同時に発信することにより、グローバル世界の UHC の発展に貢献することが期待されています。

表 2 持続可能な開発目標 (SDGs) 目標 3

目標 3. あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する

3.1 2030 年までに、世界の妊産婦の死亡率を出生 10 万人当たり 70 人未満に削減する。

3.2 すべての国が新生児死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 12 件以下まで減らし、5 歳以下死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 25 件以下まで減らすことを目指し、2030 年までに、新生児及び 5 歳未満児の予防可能な死亡を根絶する。

3.3 2030 年までに、エイズ、結核、マラリア及び顧みられない熱帯病といった伝染病を根絶するとともに肝炎、水系感染症及びその他の感染症に対処する。

3.4 2030 年までに、非感染性疾患による若年死亡率を、予防や治療を通じて 3 分の 1 減少させ、精神保健及び福祉を促進する。

3.5 薬物乱用やアルコールの有害な摂取を含む、物質乱用の防止・治療を強化する。

3.6 2020 年までに、世界の道路交通事故による死傷者を半減させる。

3.7 2030 年までに、家族計画、情報・教育及び性と生殖に関する健康の国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関する保健サービスをすべての人々が利用できるようにする。

3.8 すべての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) を達成する。

3.9 2030 年までに、有害化学物質、ならびに大気、水質及び土壌の汚染による死亡及び疾病の件数を大幅に減少させる。

3.a すべての国々において、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の実施を適宜強化する。

3.b 主に開発途上国に影響を及ぼす感染性及び非感染性疾患のワクチン及び医薬品の研究開発を支援する。また、知的所有権の貿易関連の側面に関する協定 (TRIPS 協定) 及び公衆の健康に関するドーハ宣言に従い、安価な必須医薬品及びワクチンへのアクセスを提供する。同宣言は公衆衛生保護及び、特にすべての人々への医薬品のアクセス提供にかかわる「知的所有権の貿易関連の側面に関する協定 (TRIPS 協定)」の柔軟性に関する規定を最大限に行使する開発途上国の権利を確約したものである。

3.c 開発途上国、特に後発開発途上国及び小島嶼開発途上国において保健財政及び保健人材の採用、能力開発・訓練及び定着を大幅に拡大させる。

3.d すべての国々、特に開発途上国の国家・世界規模な健康危険因子の早期警告、危険因子緩和及び危険因子管理のための能力を強化する。

(外務省仮訳)

