

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の核心：
アジア太平洋地域と日本における「経済的負担なき医療」の実現



企画の背景と目的：

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC: Universal Health Coverage）の実現は、強靱で持続可能、かつ包摂的な開発の核心に位置づけられる経済的・社会的必須事項です。UHC とは、すべての人々が、経済的な困難を伴うことなく、必要とする質の高い保健サービスを、必要な時に必要な場所で受けられることを意味します。アジア開発銀行（ADB: Asian Development Bank）の神田真人総裁は、一次医療への 1 ドルの投資が最大 10 ドルの経済成長をもたらすことを強調し、UHC の実現が手の届く範囲にあることを示唆しています¹。

しかし、アジア・太平洋地域では、依然として 10 億人を超える人々が基礎的な保健医療サービスを受けられず、数百万人が医療費の負担によって毎年貧困に陥っています。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的な感染拡大（パンデミック）の教訓からも、強靱で包摂的、持続可能かつ強靱な保健システムなくして、いかなる経済も真に安全ではないことが明らかになりました。

こうした背景を受け、ADB は、2025 年に保健財政改革や持続可能な財政基盤の確立に関する知見を共有するための地域の相互学習ネットワーク、UHC 実務者・専門家知見共有・リソース・ネットワークである「UHC PEERS」の創設を発表しました²。このネットワークは、東京の UHC ナレッジハブを補完し、各国が成功事例を適応し、共通して見られる課題を回避することを可能にします。

本ラウンドテーブルは、国際的な UHC 推進の動きと、日本の具体的な課題の橋渡しを行いました。国際社会では、2012 年の国連総会による歴史的な全会一致での UHC 支持を記念し、毎年 12 月 12 日を UHC Day としています。2025 年の UHC Day キャンペーンテーマは、「高額な医療費？もううんざりだ！（Unaffordable health costs? We're sick of it!）」であり、これは、手の届かない医療費が貧困化を招き、持続可能な開発目標（SDGs: Sustainable Development Goals）の達成を妨げているという当事者の生きた経験に焦点を当てています。UHC の目標（SDG ターゲット 3.8）には、医療費の財政的リスク保護が含まれることが具体的に規定されています。

また、本企画の共催団体である UHC の実現のための国際的な調整機関である UHC2030 と UHC2030 への市民社会の参画の保証のための枠組みである市民社会参画メカニズム（CSEM: Civil Society Engagement Mechanism for UHC2030）および日本の市民社会から構成されるグローバルヘルス市民社会ネットワーク（GH ネット）が強調するように、UHC の実現には、公平性の原則に基づき、医療費の自己負担による経済的困難から最も脆弱な人々を保護すること、そして、市民社会やコミュニティが意思決定に実質的に包摂される社会参画（Social Participation）が不可欠です。これは、2023 年 UHC に関する政治宣言や、第 77 回世界保健総会で採択された UHC のための社会参画に関す

¹ <https://www.adb.org/news/adb-launches-regional-network-accelerate-universal-health-coverage-asia-and-pacific>

² <https://www.adb.org/news/adb-launches-regional-network-accelerate-universal-health-coverage-asia-and-pacific>

る決議といった国際的なコミットメントに沿うものです。

一方、日本の国民皆保険制度におけるセーフティネットである高額療養費制度については、財政逼迫を理由に見直し（自己負担上限の引き上げ）が議論されています。医療経済学的な分析によれば、高額療養費制度は、重篤な疾患を持つ若い現役世代（例えば、がん患者など）に対して「狭く、深く」恩恵を与えていることが示されています。この制度の見直しは、すでに低所得者層を中心にあらゆる病種で一定程度発生している「破滅的医療支出」（Catastrophic Health Expenditure）の問題をさらに拡大させる恐れがあります。特に、長期にわたり継続して治療を受ける患者にとっては、制度が生きることに直結しています。しかし、毎月の治療が不定期であるなどの理由で、多数回該当（自己負担限度額が下がる特例）に達しない患者が一定数存在するため、年額上限の考え方を検討するなど、長期療養者への配慮が不可欠であるという声が上がっています。患者団体からは、自己負担の増加が治療の断念や「静かな自殺」につながりかねないとの強い懸念が表明されています。

本ラウンドテーブルは、国際的な UHC 推進の動きと、日本の具体的な課題の橋渡しを行います。本イベントでは、オーストラリア、イギリス、アメリカ、フィリピン、そしてアフリカのギニアビサウなどを含む、各国の知見が結集しました。これは、単なる知識の共有にとどまらず、UHC データや UHC ハイレベルフォーラムをきっかけとした、国内と国際的な議論の双方からの学びを深める機会となりました。



【開催概要】

共催：

- UHC2030
- アジア開発銀行（ADB）
- 日本医療政策機構（HGPI）
- UHC2030 のための市民社会参画メカニズム（CSEM）
- グローバルヘルス市民社会ネットワーク（GH ネット）

形式：ラウンドテーブルディスカッション

日時：2025 年 12 月 5 日（金）14:30-16:30

参加者：順不同・敬称略

- パメラ・シプリアーノ（UHC2030 運営委員会 共同議長）
- マグダ・ロバロ（UHC2030 運営委員会 共同議長）
- エドゥアルド・バンゾン（アジア開発銀行（ADB）人間社会開発セクター部 保健課長）
- 渡部 明人（アジア開発銀行（ADB）人間社会開発セクター部 保健スペシャリスト）
- ジャスティン・クーニン（ACON 会長／元 UHC 政治アドバイザー／ジョージ国際保健研究所 特別フェロー）
- ロバート・イエーツ（ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス（LSE）ヘルス 特任教授）
- ワイスワ・ヌカンガ（マネジメント・サイエンス・フォー・ヘルス（MSH）／CSEM 事務局）
- 稲場 雅紀（アフリカ日本協議会 共同代表・国際保健部門ディレクター／グローバルヘルス市民社会ネットワーク（GH ネット） 代表／CSEM 諮問委員会 元委員）
- 米良 彰子（世界の医療団 日本 事務局長／グローバルヘルス市民社会ネットワーク（GH ネット）／CSEM 諮問委員会 前委員）
- 阿真 京子（「子どもと医療」 主宰／日本医療政策機構 フェロー）
- 河田 純一（慢性骨髄性白血病患者・家族の会「いずみの会」 副代表／東京大学 医科学研究所 公共政策研究分野 特任研究員）
- 奥瀬 正紀（日本乾癬性疾患協会 代表理事）
- 前村 聡（日本経済新聞社 編集委員）
- 菅原 丈二（日本医療政策機構 副事務局長／UHC2030 市民社会参画メカニズム（CSEM） 諮問委員会 委員）

場所：Global Business Hub Tokyo（東京都千代田区大手町 1-9-2 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階）

言語：英語・日本語（Notta による生成 AI を活用した同時文字起こしと翻訳を実施）

■はじめに：国際的文脈とイベントの意義

本ラウンドテーブルは、世界各国から集まった保健・財務当局者、政策立案者、開発銀行の専門家、そして市民社会の代表者らが一堂に会し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の根幹である「経済的負担なき医療」の実現に向けた課題と解決策を議論する重要な機会となりました。国際社会が UHC の全会一致での支持を記念する UHC デー（12 月 12 日）を目前に控え、さらに翌日には UHC ハイレベルフォーラムが開催されるという極めて重要なタイミングで議論が実施されました。

参加者からは、UHC の理念が単なる医療目標ではなく、強靱で持続可能な社会を築くための経済的・社会的必須事項であるという共通認識が確認されました。特に、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のパンデミックの教訓から、強靱で包摂的な保健医療システムなくして、いかなる経済も真に安全ではないという認識が世界的に広がる中、本イベントは国際的な議論を日本の具体的な政策課題へと結びつけ、その解決策を国際社会に発信するという重要な役割を担いました。

1. アジア太平洋地域における UHC 加速と財政的リスク保護戦略

このセクションでは、アジア太平洋地域が直面する UHC 達成への構造的な課題と、国際的な開発パートナーによる戦略的な対応について議論されました。

- **UHC への戦略的投資の拡大と国際協力の枠組み：**アジア太平洋地域では、依然として 10 億人以上の人々が基礎的な保健サービスを受けられず、数百万人が医療費の負担によって毎年貧困に陥るという深刻な状況にあります。国際的な開発パートナーであるアジア開発銀行（ADB）は、この課題に対し、従来のインフラ投資中心から、投資ポートフォリオにおける保健分野の比率をパンデミック以前の 3%から 6%～10%へと安定的に増加させていることが報告されました。これは、健康への投資が、人的資本、生産性、社会の安定に貢献する不可欠な戦略的経済投資として明確に位置づけられた結果です。
- **相互学習（ピアラーニング）の推進：**ADB が設立した相互学習ネットワーク UHC PEERS（UHC 実務者・専門家知見共有・リソース・ネットワーク）は、加盟国が同様の課題を抱える他の国々の経験から学び、成功モデルの適応と共通の課題（保健財政、デジタルヘルス、強靱なインフラなど）の回避を可能にすることを目的としています。このネットワークは、日本の長年の経験や市民社会の声をアジア太平洋地域に共有するための重要なプラットフォームとなります。
- **非財政的障壁の解消の重要性：**費用負担の障壁だけでなく、複雑な行政手続き、あるいは住所がないなど社会的に孤立した人々が公的サービスを受けられないといった非財政的な障壁が、特に脆弱な人々を医療から遠ざけている実態が指摘されまし

た。UHC の理念を実現するためには、医療へのアクセスを妨げるあらゆる障壁を包括的に解消する必要があります。

2. 財政的リスク保護のモデルとしての日本：高額療養費制度の深刻な課題

日本の高額療養費制度は、国民皆保険制度における強力なセーフティネットとして機能してきましたが、将来的な財政の持続可能性と、制度の公平性に関する深刻な課題が指摘されました。

- **マクロ構造的課題と「全体最適」の必要性：**日本の社会保障制度は経済協力開発機構（OECD: Organization for Economic Co-operation and Development）諸国の中で「中福祉・低負担」に位置づけられています。しかし、急速な高齢化により、高齢者 1 人を支える現役世代の人数は 2030 年には 1.65 人にまで減少すると見込まれるなど、財政逼迫は避けられない構造的課題となっています。この課題に直面する中で、議論では、給付の抑制と国民負担の引き上げという両輪の改革が不可欠である一方、個別の制度見直し（部分最適）にとどまらず、「高福祉・高負担」への道筋などを含め、財政の持続可能性に配慮しつつ、「全体目標」（望ましい給付と負担のレベル）を見据えた体系的な議論へと移行すべきであると指摘されました。
- **重症患者の負担増大を回避するための政策代替案：**医療費削減策として高額療養費制度の自己負担上限額の引き上げが議論されていますが、これは低所得者層や重篤な疾患を持つ人々にとって「破滅的医療支出」を招くリスクがあります。そのため、議論では、重症患者への負担増を避けるための具体的な政策代替案が提示されました。これには、軽症患者のケア（OTC 類似薬の保険収載、外来診療の包括払い方式の拡大など）に関する給付の適正化や、高齢者の一部処方薬の負担見直しなど、他の医療費削減の代替案を「全体最適」の視点から組み合わせる政策介入が不可欠であると強調されました。
- **長期療養者の切実な声と「年額上限」の提言：**参加した患者団体からは、慢性骨髄性白血病（CML: Chronic Myeloid Leukemia）などのように生涯にわたる継続服薬を前提とする治療が増加しており、高額療養費制度は患者の生活と「生きることに直結する命綱」であるという切実な声が訴えられました。現行制度でも、医療費などの金銭的な負担が薬の副作用を上回る最大の困りごと（56%）³であることがデータで示されています。さらに、現行の月単位の上限は、毎月の治療が不規則な患者や、

3 出典：社会保障審議会（医療保険部会 高額療養費制度の在り方に関する専門委員会）第 2 回「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」参考人提出資料 1（p.8）

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_59240.html

年間の累計額が多い患者にとって意図せぬ財政的ギャップを生む制度の弱点であり、自己負担の増加は経済的に治療を断念せざるを得ない「静かな自殺」につながりかねないとの強い警告が発せられました。この問題を解決し、長期療養者への公平性を担保するため、ドイツの制度なども参考に医療費の「年額上限」を導入することが強く提言されました。

3. 公平性を担保する社会参画の必要性

本セクションでは、UHC の基盤を強固にするために、政策決定プロセスにおける市民社会とコミュニティの実質的な参画（Social Participation）が不可欠であることが、国際的な政策教訓と現場の視点から議論されました。

- **自己負担増大の政策的・倫理的な影響：**国際的な政策教訓から、保健医療のセーフティネットに対する自己負担費用の増加は、国民を UHC から遠ざける「失敗」であることが強く警鐘されました。医療の資金調達は技術的な問題に留まらず、政府がどのような社会を望むかという政治的選択を反映しており、この選択が人々の命と経済的安定に直結します。高額な医療費は、子どもや家族に「治療継続か生活必需品の支払いか」という困難な選択を強いる人間的な影響を及ぼします。
- **実質的な参画の重要性と成功事例：**効果的で公平な保健医療システムを構築するためには、政策決定者がセーフティネットに関する重要な決定を患者の実質的なインプットなしで行うことを避ける必要があります。過去の公衆衛生対策（例：1980 年代のオーストラリアにおける HIV 予防）の成功事例が示すように、地域の組織がキャンペーンや教育活動に参画したこと、すなわちコミュニティの積極的な参加が、政策の有効性と公平性を高めるための不可欠な要素となります。
- **現場の経験の反映：**治療断念のリスクを避けるためにも、医療政策の策定における市民社会の実質的な参加を国際的なコミットメントに沿って強化し、患者の声や実際の経験を政策設計に組み込む必要性が強く訴えられました。

■総括

議論を通じて、国際的な UHC 推進の動きと日本の具体的な政策議論を結びつけるための、以下の 3 つの具体的な提言が合意されました。

1. **長期療養者への強力な財政的保護の確立**：日本の高額療養費制度に対し、公平性と治療継続の観点から、医療費の「年額上限」の導入を最優先で検討する。現行の月単位の上限が長期療養者にとって不公平な財政的ギャップを生むという問題を解決し、UHC の核である「負担が不可能な経済的負担なき保健医療」の実現に近づける。
2. **UHC 推進のための「全体最適」議論への移行**：日本の財政構造の厳しさを認識した上で、個別の制度変更にとどまらず、望ましい「給付と負担」のバランスという全体目標を見据えた体系的な改革議論を行う。重症患者への負担増大を避けるため、軽症者対策などを含む多角的な政策代替案を積極的に検討・実行し、国民の健康の公平性を守る。
3. **国際連携と市民社会のエンゲージメントの強化**：ADB の UHC PEERS ネットワークや UHC ナレッジハブ、そして UHC ハイレベルフォーラムのような場を積極的に活用し、日本の財政的保護に関する市民社会主導の提言や教訓をアジア太平洋地域全体に共有する。また、政策策定における市民社会の実質的な参加を強化し、すべての政策が現場の経験を反映した公平なものとなるよう努める。

閉会の挨拶では、本ラウンドテーブルの議論を単なる討議に留めることなく、国際的な議論を各国の具体的な改革へと結び付けていくことの重要性が改めて強調され、参加者一人ひとりの継続的なコミットメントが求められました。



寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいただきません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがあります。それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。

著作権・引用について

本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示－非営利－継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。



- ・表示：出典（著者／発行年／タイトル／URL）を明確にしてください
- ・非営利：営利目的での使用はできません
- ・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示－非営利－継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です

詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。<https://hgpi.org/copyright.html>

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階 Global Business Hub Tokyo

Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378 E-mail: info@hgpi.org