

本論文は

# 世界経済評論 2023年9/10月号

(2023年9月発行)

掲載の記事です



## 世界経済評論 定期購読のご案内

年間購読料

1,320円×6冊=7,920円

6,600円

税込

17%

送料無料  
OFF

富士山マガジンサービス限定特典

※通巻682号以降

定期購読  
期間中

### デジタル版バックナンバー読み放題!!



世界経済評論 定期購読



☎0120-223-223

[24時間・年中無休]

お支払い方法

Webでお申込みの場合はクレジットカード・銀行振込・コンビニ払いからお選びいただけます。  
お電話でお申込みの場合は銀行振込・コンビニ払いのみとなります。

Fujisan.co.jp  
雑誌のオンライン書店

# ASEAN における ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ の達成に向けて

東アジア・アセアン経済研究センター（ERIA）  
クリス・ハーディステイ＋加藤拓馬

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）とは、すべての社会の構成員が経済的困難に陥ることなく、必要な時に必要なヘルスケアサービスを受けられることである。例えば日本では、国民皆保険制度により、所得や年齢に応じた一定の負担において、医療機関で一定の質が確保された医療サービスを受けることができる。加えて、様々な制度に基づき、予防接種などの公衆衛生サービスや定期的な健康診断をうけられる仕組みが設けられている。このように、UHC は、単なる疾病の治療に限らず、疾病の予防から治療、加えてリハビリテーションや緩和ケアなど、ライフコースを通じた必要かつ質の高いヘルスケアサービスが提供されることが求められる。加えて、UHC は制度の持続可能性にも考慮する必要がある。UHC を達成および維持するために、どのように必要な資金を調達し、管理し、使っていくかということを常に検討していく必要がある。

## I ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ の達成とは

人々が大きな経済負担なしにヘルスケアサービスにアクセスできることは、単なる社会全体の健康を増進させることに留まらず、人々の健康維持に関して一定の保障を提供することで、社会の成長を支えることにつながっていく。このUHCの達成は、2015年に採択された「持続可能な開発目標（SDGs）」のSDGs 3「すべての人に健康と福祉を（英：Good Health and Well-Being）」に該当しており、世界的な優先事項とされている。世界保健機関（WHO）を中心に、UHC2030、P4H ネットワーク、UHC パートナーシップなど、2030年の期限までにこのビジョンを達成するための様々なイニシアチブ

が設立されている。しかしながら、未だに医療費は家計において大きな負担となっているケースは世界で散見されており、世界では毎年約9,000万人が医療費を原因として困窮状態に陥っていると推定されている。この状況は、COVID-19の世界的流行（パンデミック）によってさらに悪化していると考えられている。

各国の医療制度が多様であることからわかるように、UHCを達成するためのいわゆる「テンプレート」のようなものは存在しない。WHOは、母子の健康、感染症、非感染性疾患、医療従事者の数など、様々な医療サービスの提供能力とこれらのサービスにアクセスするための仕組みについて、4つのカテゴリーにおける16の必須項目を暫定的な指標として設定した。SDGsの文脈にそったこのような指標は、質の高いヘルスケアサービスへのアクセスと、その



Chris L. Hardesty ユニバシティ・カレッジ・ロンドン・グローバル・ビジネススクール・フォー・ヘルス客員講師。1986年生まれ。世界経済フォーラムの持続可能な医療財政タスクフォースの一員として、UHC2.0のコンセプトを提唱。アフリカや東南アジアのUHC制度に関する調査や政府への政策提言を多数行う。



かとう たくま 東アジア・アセアン経済研究センター 医療介護政策担当ディレクター。1982年生まれ。山口大学医学科卒業、Imperial College London, MSc Science Communication, MSc International Health Management。九州大学病院、厚生労働省、環境省などを経て現職。著書に『衛生行政大要改訂第24版』（共著）など。

ために必要な家計支出に着目したもので、参考となるものではあるが、最終的には各国の医療、保健制度はその多様な文化的、歴史的背景を反映していずれも独特なものであることから、UHCの実践はそれぞれに背景や制度に合わせる必要がある、ということが共通認識となっている。

このように、各国のUHCの達成度やその背景は様々であり、いわゆるモデルとなる国は存在しないが、それが故にいかなる状況の国であっても、互いに学ぶ機会は大いにあったと考えられる。日本は1961年の社会保険制度を導入して以来、UHCに注力し、優れた成果を上げていた。この取組みは何十年もの時間をかけて行われたものであり、今もなお改善が続けられている。当初は被用者保険として、雇用主が労働者の健康を保障する考えから生まれた日本の健康保険制度は、地域ベースの医療保険制度と組み合わせることで、最終的に国民全てをカバーするに至った。この道のりは非常に長いものであったが、重要なこととしては、日本がUHCの概念が世界的に広まる前から、一貫してその達成に向けて安定した制度の構築と改革を、経済発展の計画と合わせて進めてきたこと

が挙げられる。実際、政府が国民の健康に対して投資を行うことは、富への投資と同義であり、日本のUHC達成と経済の成長が一致したのは偶然ではないと考えることもできる。

## II ASEANにおけるUHC達成の道のり

ASEANの成長速度とその規模は世界の他の地域を凌駕している。ASEANを構成する10カ国を合計すると、その人口は世界の約10%を占めており、また2050年には世界第4位の経済規模になると予測されている。しかし、同時にこの地域は、人口動態および保健衛生上、様々な課題を抱えていることも示唆されている。具体的には、ASEAN加盟国は今後数十年のうちに高齢化社会となり、同時に非感染性慢性疾患により毎年約900万人が命を失うと共に世界の患者の約27%を占めることになると予想される。

ASEAN加盟国の公的医療費は常に増加傾向にはあるが、各国政府において一貫した健康政策が示されていることは少なく、平均寿命やUHC指数のスコアといった成果指標の伸びは

表 1 ASEAN 加盟国及びその他の国々の保健医療統計

国名	保健医療費 (対 GDP 比)	平均寿命 年	自己負担額 (総医療費に占める割合)
インドネシア	2.90	72	34.76
マレーシア	3.83	76	34.57
フィリピン	4.08	71	48.56
シンガポール	4.08	84	30.15
タイ	3.79	77	8.67
ベトナム	5.25	75	42.95
ドイツ	11.70	81	12.82
日本	10.74	85	12.91
イギリス	10.15	81	17.07

GDP = 国内総生産。

出典：Humphry et. al., 2020

必ずしも公的医療費の増加と比例していない。一般的に予防接種率は低く、予防医療への予算が不十分であることや、公的医療制度においても、コスト削減に重点を置き、イノベーションに対する評価が不十分な傾向がある（例えば、インドネシアの公的医療制度では、原則として先発薬はカバーされていない）。また、絶対額は増加傾向にはあるものの、ASEAN 各国の公的医療費は GDP 比で約 5% であり、これは世界平均の約半分である。そのほかにも、必要な医療従事者が約 500 万人不足していること、税収が目標（GDP 比 15%）を大きく下回っていること、インフォーマル経済の規模が大きいことなど、社会インフラ面でも解決すべき課題が多い。こうした現状から、医療費の自己負担額は概ね 30% を越えており（表 1）、経済規模に対して十分な社会保障制度が整っているとは言いがたく、したがって UHC 達成までの道のりも長いものと考えられる。

他方で、近年 ASEAN 加盟国は、これらの課題に取り組むため、協調して取り組みを進めている。2015 年には SDGs に沿った「社会保護強化に関する ASEAN 宣言」が策定され、さらに 2025 年までに生活の質を向上させることを

目標にした地域枠組み・行動計画が策定された。これを引き継ぐ形で、ASEAN 事務局は 2021 年には「ASEAN ポスト 2015 年健康開発アジェンダ（2021-2025）」を示し、その中では特に UHC の基本概念である保健システムの強化と医療へのアクセスの改善を目標としている。そのほかにも、リプロダクティブ・ヘルス、移民の健康、医薬品開発、人材育成、資金調達、そしてデジタルヘルスが重点分野として挙げられている。

こうした取組みの成果や力強い経済成長を背景に、ASEAN 各国では貧困の減少、中間層の増加、公的医療費支出の増加といった成果も得られてはいる。特に、インドネシア、ベトナム、フィリピンでは、医療分野へ対する公的投資が 2 桁の大幅な増加を認めている。これらの国々は人口規模が比較的大きく、前述した高齢化や生活習慣予防など非感染症領域の保健課題の影響が大きいと、将来に向けた保健システムの重点的な強化が必要となっている。こうした新興国の間では、20% 以上あった患者負担割合を 8% 以下に抑えることに成功したタイの保健制度が参考にされることが多い。インドネシア、ベトナム、フィリピンの 3 カ国に関して

表2 ASEANにおけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの取組状況

国名	人口 (百万, 2018)	一人当たり GNI (\$, 2018)	UHC Service Coverage Index (2015, 最高 100点)	公的医療制度の 適用範囲 (総人口に対する 割合, 2019)	UHC コミットメントの概要
ブルネイ・ダルサラーム	0.4	31,020	>80	100.0	国民の福祉としての医療提供制度を構築
カンボジア	16.1	1,380	55	37.5	UHC 達成に向けたコミットメントあり
インドネシア	267.7	3,840	49	84.0	2014年に新たな公的医療制度がスタート
ラオス	7.1	2,460	48	94.0	2020年までのコミットメントあり
マレーシア	31.5	10,460	70	100.0	1980年代以降、政府予算を使用した全国的な医療サービスの提供制度を構築
ミャンマー	53.7	1,310	59	2.0	保健システム強化へのコミットメントあり
フィリピン	106.7	3,830	58	78.0	国・地方自治体による国民健康保険の拡大のためPhilHealthを構築
シンガポール	5.6	58,770	>80	93.0	1980年代からMediSave, MediShield, MediFundの国家プログラムがあったが、UHC
タイ	69.4	6,610	75	100.0	2002年からUHC
ベトナム	94.7	2,590	73	89.9	UHCに向けたベトナム共産党中央委員会の決議あり。社会医療保険は2015年までに95%を目指す。

GNI = 国民総所得

出典：ASEAN Secretariat (2019)

は、いずれも現時点では依然として患者負担割合が30%を越えているが、UHC達成に向けた医療制度改革が少しずつ進められている。

しかしながら、こうした一部の国々を除いた、他のASEAN加盟国のUHC達成率は、依然として低いままである(表2)。UHCの普及状況の目安を示す、UHC Coverage Indexは多くの国が50%程度に留まっている(表2)。そうした状況ではあるが、「ミャンマー・ヘルスビジョン2030」のような、UHC達成に向けた議論自体は多くの国々で始まっている。こうした各国の取組みを後押しすべく、ASEAN事務局では、これまでのASEAN地域のUHCに関

する好事例を取りまとめ、医療施設の整備(特に農村部)、医療従事者のスキルアップやチーム医療の推進、患者中心の責任ある医療を提供するための戦略といった、実用的な事例を各国で紹介している。

今回、ASEAN地域で積極的にUHCの取組みを推進している官民の関係者にインタビューを実施した。以下にその中から得られた、ASEAN地域でUHCを推進していく上での課題をいくつか示したい。

(i) 保健システムを支え、また発展させていく上での基本的なインフラが未だ不十分である。例えば、インターネットへのアクセスや、

台頭する中間層に適応した近代的な支払いシステム（医療費を適正に計算，提示するためのシステム，キャッシュレス決済など）などの整備不足が挙げられる。

(ii) 医薬品，医療機器の償還や供給，さらには医療従事者の給与に至るまで，様々な側面で資金調達が重要なテーマとなっている。多くの関係者からは，より持続可能で効率的な資金調達モデルを構築すべきとの指摘があった。これは，教育分野への投資と同様，医療資源を最大限に活用するために必要な投資と考えられる。加えて，国民負担の増加とその配分に対する説明責任の観点からも，こうした資金調達，支払いの仕組みに関して，国民への十分な説明と理解が不可欠である。

(iii) COVID-19 の流行に伴ってヘルスケア分野への意識が向上したこの機会を捕まえ，政府全体で社会保障，福祉分野への取組みを大きく拡大させるべきである。特に医療アクセスにおける不公平を是正することは最も重要なこと考えられる。都心部の高所得者層だけが質の高い医療へアクセスできる状況は望ましいものではなく，農村部や低所得者層を含めた全ての人々が一定の質の確保された医療へ容易にアクセスできるような仕組みが求められる。

(iv) UHC を達成した国々を見てみると，達成に向けた長期的なビジョンを示し，それを段階的かつ着実に実現させていくことが重要だとわかる。ASEAN 加盟国はしばしば政治的に不安定な状況に直面しており，一貫性を持った長期プロジェクトの実現には不利なことも多い。それ故に，UHC を実現させるためには，時々のリーダーが政治動向にとらわれずに，10 年単位の長期的な視点をもって UHC の重要性を理解し，その達成にコミットし続けることが必要

不可欠である。

(v) 民間セクターは ASEAN 各国政府の UHC 達成を支援したいと考えている。多くの事例を見ると，UHC は官民が連携して実現に向けて努力することが重要である。持続可能な UHC を達成するためには，医療現場に財政面を含めて過度な負担をかけることなく，手頃な価格でサービスが提供される必要がある。民間セクターがこうしたサービスを提供できるようにするためには，保健システムの設計時より，継続して官民が対話を続けていく必要がある。こうした取組みを含めて医療制度の透明性を確保し，将来の予見性を示していくことで，民間セクターでは長期的に利益を確保する仕組みを検討することができ，それが価格の抑制につながっていく。

### III 日 ASEAN の UHC 達成に向けた政策提言

これまで示したように，ASEAN 各国では様々な課題はあれども，UHC の達成に向けて意欲的に前進をつづけており，官民の関係者はいずれも協力の意思を見せている。また，ASEAN は UHC の達成に向けて一定の成果を示す ASEAN 以外の地域から積極的に様々な情報や知識を得る努力をしている。その中でも日本は，医療への GDP 配分が約 11%，患者支出が約 13%，UHC カバー指数スコアが 100 点満点中 83 点，平均寿命が約 85 歳と，理想としやすい UHC モデルである。

日本と ASEAN は，2023 年に友好協力 50 周年を迎え，活力ある健康な社会づくりを目指して策定された「日 ASEAN 保健イニシアティブ」などを通じ，協力を続けている。2014 年に開催

された第17回日ASEAN首脳会議では、健康増進、病気の予防及び医療水準の向上を目的とし、5年間で8,000人の人材育成を目指すことが示され、2015年には「日ASEAN統合基金」を活用した「日ASEAN健康イニシアチブフォーラム（生活習慣病）」が開催された。このフォーラムは、日本の健康政策やASEAN諸国で進められている生活習慣病対策の協力プロジェクト等の知見と経験を共有することを目的としたものである。こうした取組みに加え、高齢化社会は日本とASEANが共通して抱えている課題の一つである。日本の高齢化が24年かかったのに対し、ASEANはわずか15年で高齢化社会になろうとしていることを考えると、この分野でも日ASEANの協力は重要なものと考えられる。

2017年に開催されたUHCに関する日本ASEAN保健大臣会合では、日本とASEANが2030年のUHC目標を達成するための「日ASEAN UHC イニシアティブ」が採択された。同会合では国連の「健康な高齢化の10年」の枠組みに関連し、神奈川県のリフイノベーションセンターへの視察、高齢化社会がもたらす様々な影響や、医療における患者支出の削減に必要な資金源を多様化するための戦略などがアジェンダとなった。さらに直近では、日本はCOVID-19パンデミックへの取組みに関連し、ASEAN Centre for Public Health Emergency and Emerging Diseases (ACPHEED, ASEAN感染症センター)の設立に5,000万ドルを拠出した。

ASEAN各国がUHCへの取組みを進めるために必要な政策について、今般の官民インタビュー<sup>1)</sup>を踏まえて、関係者からは以下の表3および表4のような提案を得ることができ

た。これらを簡潔に取りまとめると、下記の5つに分類することができるであろう。

(i) 公的医療制度について、将来的に全国民への加入義務を課すことを目指しつつ、まずはそのカバー率を向上させる。また、そのための税金、保険料等を効率的に徴収、活用できるような行政の効率化を図る。

(ii) 海外での実務訓練を含めた医療従事者の育成を強化すると共に、医療機関におけるデジタル化の推進を長期的に進める。

(iii) 海外や他領域の好事例（民間投資等も含む）を収集、参考にしつつ、ASEANの人々ための持続可能な資金調達手段を模索する。

(iv) ASEAN全体で統一的なヘルスケアデータを構築し、産官学の関係者が非伝染性疾患や感染症に代表される保健衛生上の課題に協力して取り組むことができるようにする。

(v) 上記の実現に向けて、官民が協力して低所得者層だけでなく増加する中間層にも利用される仕組みを構築する。

このほか、ASEANにおけるUHC達成のためには、様々な関係者が継続的によりよい制度のための研究を続けていく必要がある。WHO健康開発総合研究センター（WHO神戸センター）が主導したASEANにおけるUHCの研究公募課題では、新しいサービス提供モデル、資金調達のあり方、ヘルシーエイジング、タスクシフト等の医療人材の有効活用、イノベーションの評価技術などの分野が取り上げられた。この研究は、2030年のUHC実現に向け、日本とASEANの産官学が連携した取組みである。

加えて、日本やASEAN地域の現状を踏まえると、このUHC分野での協力をさらに深めていくためには、ヘルスデータが重要な役割を

表3 インタビューで聴取した UHC に関する政府への提言

	政策提言	詳細
1	現代の人口動態や保健衛生上のニーズに合わせて、公的医療制度を進化させるべき。例えば、日本では社会経済的に不利な立場にある人々の保険料を低く抑えつつ、被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療制度と、段階的に複合的なアプローチを用いた。このためには継続的に収集された受給資格、保険料データを用いて、長期的かつきめ細やかな視点で制度を改善することが重要であった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既存の公的医療制度を複合的に進化させるべき。</li> <li>・インフォーマルセクターやプライマリー／外来診療を含め、公的医療制度の適用範囲を拡大するべき。</li> <li>・事務の効率化をめざすべき。</li> <li>・公的医療制度への加入義務化を進めるべき。</li> </ul>
2	IT 技術（例：クラウド技術）などを活用して負担軽減を図りつつ、量と質の双方において、医療従事者の増強に力を入れるべき。ASEAN 各国において、地域により医療水準に大きな差があり、これは医療従事者の不足が原因となっていることも多い。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域レベル（日本・ASEAN など）の人材育成、教育プログラムを推進すべき。</li> <li>・モバイルネットワークやそれを活用したキャッシュレス決済など、新たな IT インフラ技術を UHC モデルの構築に活用すべき。</li> <li>・クラウド、電子カルテ、ヘルスケアアプリ（遠隔診療、患者教育、ソーシャルメディアなど）等を活用して医療現場のデジタル化を推進すべき。</li> <li>・ベトナムでは、VssID モバイルアプリを通じて 9700 万件の社会保障番号を発行し、ヘルスケアデータを収集しており、他国においても、データ収集および政策立案等への利活用を推進すべき。</li> </ul>
3	経済発展に伴い ASEAN でニーズが高まっている生活習慣病や慢性疾患への対応を強化すべき。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育機関において、より多くの教員を配置し、質の高い医療従事者を増やす方法を検討すべき。</li> <li>・プライマリケアにおいて、より専門的なケアを受けられるようにすべき。例えば、日本では糖尿病患者に対する、患者教育や、ウェアラブル端末を活用した指導にインセンティブがある。</li> <li>・希少疾患、希少がんなど、患者数が少ない領域では、国境を越えて専門医同士のネットワークを構築すべき。</li> </ul>
4	ASEAN 各国の課題である感染症への取組を強化すべき。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予防接種プログラムについて、対象の拡大とアクセスを向上させるべき。保健省と教育省が共同でワクチン接種率向上プログラムを実施すること等が考えられる。</li> <li>・ワクチン接種記録を長期的にデジタル保存し、将来のアウトブレイクシナリオを検討できるようにすべき。</li> </ul>
5	UHC を達成するために、官民の連携、対話を促進すべき。例えば日本では、政府が小規模病院などの民間プライマリケア事業者と連携してシステムを作り上げてきた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サプライチェーンやロジスティクスを含め、官民連携の好事例を世界的に集めて検討すべき。</li> <li>・民間資本を活用しつつ、増加する中間層が利用したくなるような、質の高い公的医療サービスのモデルを検討すべき。</li> <li>・民間セクターからの税収、雇用、投資による経済活性化効果を踏まえ、民間セクターがイノベーションの源泉となり、長期的に財政貢献ができるような支援をすべき。</li> <li>・ASEAN がその枠を超えて自らの教訓を世界に共有し、また次世代の専門家を育成するために、例えば国立予防医療センターといった新たな組織を検討すべき。</li> </ul>

表4 インタビューで聴取したUHCに関する民間セクターと学術界への提言

	政策提言	詳細
1	UHC達成に向けてASEAN各国の政府が直面している最も大きな課題が資金調達であることを踏まえ、その解決に向けた研究、協力を進めるべき。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要な医療が公的に提供されることを前提とした上で、経済保障の観点から民間保険を併用する仕組みを検討すべき。</li> <li>・ソーシャル・インパクト・ボンド(Sib)を検討すべき。例えば広島県では、Sibを活用して大腸がん検診の受診率を高め、医療費削減や投資家への還元を達成した。</li> </ul>
2	医療分野のみに注力するのではなく、社会経済全体の発展に寄与するような投資を促進すべき。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研究、生産、雇用活動の現地化を可能な限り追求すべき。</li> <li>・国際協力・開発を行う機関のみならず、UHC達成に貢献したいと考える民間企業、特に全く新規参入の企業であっても提携を模索すべき。</li> <li>・COVID-19パンデミック時に培われた官民の信頼関係を、サプライチェーン構築などでも活用する。</li> <li>・より質の高いヘルスケアシステムを求める新興中間層に対する3ビジネスモデルを展開すべき。</li> </ul>
3	UHC達成という目標に沿った取組み、医療システムの改革を進めるべき。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ヘルスケアリテラシーの向上、健康的な生活習慣の普及啓発、セルフケアなどのヘルスプロモーションを進めるべき。</li> <li>・モバイルネットワーク、インターネット環境、クラウド技術や患者記録のデジタル化といった医療インフラの分野での技術開発を促進すべき。</li> <li>・医療システムの規模を拡大させるため、日本における年1回の健康診断などを参考に、従業員の健康作りを支援すべき。</li> </ul>
4	ASEANにおける共通のヘルスケアデータのあり方を検討し、UHC達成に向けた医療制度改革と併せて医療情報のデータベース化、共有、利活用を進めるべき。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・デジタル化の推進にむけて、医療政策の評価、立案に活用するためのデータ利活用等に関する好事例を収集、検討すべき。</li> <li>・その他にも、予防接種記録、新生児スクリーニング、ウェアラブル技術を活用した疾病リスクの評価などを検討すべき。</li> </ul>
5	医療現場の労働力不足に対応するため、医療システムの効率化してリソースを最大限に活用すべき。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・IT技術なども活用しながら、税金や保険料等の徴収、管理、支払い等の事務作業を効率化すべき。</li> <li>・支払側と医療サービスの提供側が相互に連携すべき。これは、過剰治療や再入院を防止できるだけでなく、両者の連携により患者のライフステージに応じたきめ細やかなサービスを提供することが可能になる。</li> <li>・医療制度改革の状況を随時評価し、公的機関と連携しながらシステム、制度の改善を継続する。</li> </ul>

果たすと考えられる。ヘルスデータには、診療データ、支払いデータなど様々なものが含まれ、これらを統一的に収集し、かつ利活用可能な状態にすることは困難な課題ではあるが、こうしたヘルスデータが長期的に収集され、個人

のプライバシーには十分に配慮した上で、産官学に幅広く共有されることは政策立案、イノベーションの創造等、保健衛生上の課題を解決する上で極めて重要と考えられる。こうしたヘルスデータの中には、医薬品や医療機器の研究

開発に役立つものも多いと考えられており、人々の健康と経済活性化の両面で役立つ可能性がある。ERIA は日本政府および ASEAN 各国と協力しながら、こうしたヘルスデータ収集・共有活動を支援する方法を模索したい。

なお、日 ASEAN のヘルスケア分野での協力は、UHC に加え、高齢化対策、薬剤耐性菌 (Antimicrobial Resistance, AMR) 問題、ACPHEED が主な柱となっている。高齢化については、日本は課題先進国であり、すでに様々な取組みが行われている。ERIA にとっても高齢化はヘルスケア分野の中心テーマであり、アジア健康長寿イノベーション賞 (Healthy Ageing Prize for Asian Innovation, HAPI) を主催してアジアの好事例を収集・紹介している。また、今後 OECD と共同で ASEAN 地域の Active Ageing に関する新たな研究プロジェクトを計画している。ACPHEED に関しては、現時点 (2023 年 6 月) で実際の運用が開始されているわけではないが、ERIA としても ASEAN 事務局や各国政府と協力しながら支援していきたい。

いずれにしても、こうした日 ASEAN に共通する保健衛生上の課題を解決するためには、官と民の連携構築が必要である。例えば、高齢化に関しても、多くの人に介護サービスを提供するためには、民間の力を活用する必要があるであろう。また、AMR 問題に対応するためには新たな抗菌薬の研究開発を支援する必要がある。危機管理の観点からは医療機器や医薬品のサプライチェーン確保も重要なテーマと考えられる。ERIA はこうした官民の連携に加えて学术界を含めた、産官学連携を促進させるための取組みも支援していきたい。

\*本稿は東アジア・アセアン経済研究センター (ERIA) からの依頼に基づき、Chris L. Hardesty が作成した原稿を加藤拓馬が翻訳、加筆・修正を行ったものである。

[注]

- 1) ASEAN 事務局、国際機関、ASEAN 加盟国の公的機関、民間セクター (病院、ヘルスケア産業等) など合計 13 人に対して直接またはオンラインでインタビューを実施した。

[参考文献]

“Universal Health Coverage”. *World Health Organization*: Apr 2021.

“Universal Health Coverage”. *The World Bank*: Oct 2022.

Tediosi, Fabrizio et al. “Build Back Stronger Universal Health Coverage Systems After the COVID-19 Pandemic: The Need for Better Governance and Linkage with Universal Social Protection”. *BMJ Global Health*: Oct 2020.

Shimazaki, Kenji. “The Path to Universal Health Coverage: Experiences and Lessons from Japan for Policy Actions”. *Japan International Cooperation Agency*: Jun 2013.

Hardesty, Chris et al. “Sustainable Healthcare Investment as an Economic Driver: The Time for ASEAN to Act Is Now”. *EU-ASEAN Business Council*: Mar 2020.

“ASEAN Declaration on Strengthening Social Protection”. *ASEAN Secretariat*: Oct 2013.

“Regional Framework and Action Plan to Implement the ASEAN Declaration on Strengthening Social Protection”. *ASEAN Secretariat*: Nov 2015.

“ASEAN Post-2015 Health Development Agenda (2021-2025)”. *ASEAN Secretariat*: Oct 2021.

Cui, Xiaobo et al. “Identifying Opportunities Within ASEAN’s Universal Healthcare Programmes”. *Ipsos*: Jul 2017.

“Strengthening Health Systems and Access to Care: Best Practices in ASEAN”. *ASEAN Secretariat*: Dec 2019.

Hardesty, Chris et al. “UHC 2.0: Charting a Course to Sustainable Healthcare and Finance in the Asia Pacific”. *World Economic Forum*: Oct 2021.

“Overview of ASEAN-Japan Dialogue Relations”. *ASEAN Secretariat*: Sep 2022.

“Cooperation Between Japan and ASEAN in the Healthcare Sector”. *Mission of Japan to ASEAN*: Jan 2016.

“ASEAN-Japan Health Ministers’ Meeting: Universal Health Coverage and Population Ageing Closing Remarks”. *Japan Ministry of Health, Labour, and Welfare*.

“ASEAN-Japan Research Initiative UHC and Ageing”. *World Health Organisation*: Jul 2017.

“Promoting Health and Well-being at Work: Policy and Practices”. *OECD*: Nov 2022.

“Progressive Realization Towards Universal Health Coverage: ASEAN Member States”. *ASEAN Health Bulletin Issue 14*: Dec 2019.

“Overcoming Barriers to Cloud Adoption in Public Healthcare in Asia Pacific”. *ACCESS Health International*: Feb 2022.