

JICA グローバル・アジェンダ No.6

保健医療

クラスター事業戦略 「医療保障制度の強化クラスター」 ～公平に医療費負担を分かち合い貧困層も健康を守れる社会を～ 概要



独立行政法人国際協力機構（JICA）は持続可能な開発目標（SDGs）を支援しています。

2026.1

1. クラスターの目的と概要

1.1 クラスターの目的

本クラスターは、JGA「保健医療」で目指す「公衆衛生上の危機下においても、すべての人々が必要なサービスを経済的困難を伴うことなく受けられるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の達成に資するものである。UHC達成に向けた「保健医療サービスの提供・拡充」と「医療保障制度の整備・改善」のうち後者を対象として、貧困層・脆弱層を含むすべての人々が、保健医療サービス利用による経済的困難を被らなくなる(過大な自己負担なく保健医療サービスを利用できるようになる)ことを目指し、保健システムの強化を通じたUHCの達成に貢献する。本クラスターの取り組みは、誰もが恐怖や欠乏から解放され尊厳を持って生きられる社会を目指す人間の安全保障に直結するものである。

1.2 クラスターの概要

途上国では医療保障制度が不十分なために医療費の大半を自己負担する必要があり、特に貧困層・脆弱層が医療サービスを利用することで困窮化したり、サービスの利用を控える等の課題が生じている。保健財政制度が過度に断片化され非効率であったり、サービスを提供する医療機関が費用を抑制したりといった問題もある。これらに対応するため、支援アプローチとして国際的に広く使われている「保健財政の3大機能」の枠組みに沿って、(1)医療サービス提供に必要な資金を集める「財源確保」、(2)適切な規模でその資金をまとめる財源の「プーリング」、(3)保健医療サービスの「購入」の各機能と、それらを横断的に支えるガバナンスの強化を通じて直接目標及び中間目標を達成するシナリオを設定する。

2. 開発課題の現状と開発協力のアプローチ

<開発課題の現状>

2025年12月に公開された「2025 UHC グローバルモニタリングレポート」¹では、2000年以降、UHCはサービス利用と経済的保護の両面で進展したが、SDGs期以降進展は鈍化している。2023年時点で46億人が必須サービスを利用できず、2022年

¹ WHO・世界銀行. (2025). Tracking Universal Health Coverage: 2025 Global monitoring report. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240117815>

時点で 21 億人が医療費自己負担による経済的困難に直面していることが報告されており、UHC 達成に向けた新たな取り組みの必要性が浮き彫りとなっている。世界の経済的困難に直面する人口割合は、2000 年の 34%(2000 年)から 2022 年の 26%(2022 年)に減少したが、一方で最貧困層のうち経済低困難に直面する人口割合は、64%(2000 年)から 74%(2022 年)に増加し、状況が悪化している。また、世界的な高齢化の進展及び非感染性疾患の急増は多くの国に財政負担増をもたらしており、予防や健康増進を含めたサービス提供体制や費用抑制対策を含めた医療保障制度の需要が増大している。

<開発協力のアプローチ>

2005 年に世界保健総会でユニバーサル・カバレッジ(UC)の概念が提唱され、経済的リスクからの保護が重要性であるし、WHO の 2010 年版「世界保健報告書」²では、保健財政を主題として UC に加え UHC という表現もされ、保健財政の重要性及び経済的障壁の撤廃の必要性を強調し、現在の世界的な UHC に向けた取り組みの直接的な契機となった。その後持続可能な開発目標(SDGs)において、ゴール 3(健康と福祉)下のターゲット 3.8 として UHC の達成が設定された。日本政府は、2013 年に策定した「国際保健外交戦略」で UHC の主流化を具体的施策の柱に盛り込んだ他、近年では日本政府が 2022 年に策定した「グローバルヘルス戦略」の政策目標の一つに、ポスト・コロナの新たな時代に求められる、より強靱、より公平、かつより持続可能な UHC の達成が掲げられた。JICA では、「UHC フォーラム 2017」を日本政府や国際機関等と共に東京で共催した他、TICAD V以降、2030 年までの UHC 達成に向けた具体策の議論を促進するサイドイベントを継続実施している。

3. クラスターのシナリオと根拠

3.1 シナリオ

本クラスターでは、「貧困層・脆弱層を含むすべての人々が、保健医療サービス利用による経済的困難を被らなくなる」状態を目指し、「財源確保」→「プーリング」→「購入」の 3 段階それぞれの改善と、それらを横断的に支えるガバナンスの強化を通じて達成すべき変化をシナリオとする(別添函参照)。

・「財源確保」:実現可能な保健財源確保計画を策定し、提供すべき保健医療サービスや必

² World Health Organization. (2010). The world health report 2010: Health Systems Financing - The Path to Universal Coverage.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>

要額を積算して経済成長や徴税能力の見通しを立て、サービス提供にかかる費用と確保できる財源とのすり合わせを行う。同計画に基づき政府は支払い能力に応じた税や健康保険料の徴収を行い、保健予算増にむけた内外へのアドボカシーに努め、保健財源を確保する。

・「プーリング」:集められた財源を、徴収元の構成要員の属性が単一化したプールより多様化したプールへ、断片化された小規模の多数プールではなく大規模でごく少数のプールでの管理へと統合を進める。

・「購入」:確保・プーリングされた財源を使って、①財源でどの医療サービスや医薬品を買うのか、②どの医療サービス提供機関から購入するのか、③医療機関にどのように支払うのか、という観点で、医療保障の給付内容を財源の範囲内でニーズや費用対効果に基づき決定し、医療サービス提供機関が良質なサービスを効率的・持続的に提供するようにする。

3.2 シナリオの根拠・エビデンス

「保健財政の3大機能」及び各機能の下での取り組みは、上述のWHOの2010年版「世界保健報告書」で整理・提言され、2013年にWHO Bulletin誌に掲載されたKutzin氏の論文で具体的に示されて以後、国際的に活用されている。

4. クラスタ展開の基本方針

4.1 シナリオ展開の基本方針

本クラスターは医療保障制度の改善を主眼とするが、支援対象国の選定にあたっては、UHC達成に必要な保健医療サービス提供についても一定程度配慮する。上述の保健財政の3大機能がいずれも制度として存在しない国は殆どないが、3大機能のうち「財源確保」が他の2つの前提となる根源的に必要なものであり、既往の制度の運用改善も含めた適切な保健財政計画の策定とその実行及び国内資源動員が重要である。従って、保健財政計画の策定・実行や制度運用改善に対する技術協力と、国内資源動員を促すような資金協力を組み合わせる可能性を検討する。その際、関連政策・施策の改革・実行を支援するレバレッジとして資金協力の活用を検討し、国内資源動員のレバレッジがより働くよう他開発パートナーとの連携を模索する。その前提として、JICAの技術協力や他開発パートナーによる技術的支援を通じて必要な側面のキャパシティビルディングを図ることが重要であり、例えば、国内資源動員を促したり、断片化されているプーリングの統合を

図ったり、費用対効果や優先度に応じ医療保障制度が給付する対象を決定する仕組みを構築すること等を検討する。

医療保障分野における JICA の協力経験が 10 年間程度と歴史が浅く、これまでは、タイ、カンボジア、ベトナム、フィリピン、ケニア、セネガル、スーダン、南アフリカ共和国、コートジボワール、エジプト、モロッコを対象国として、信頼関係を構築しつつ協力を行ってきた。低所得国、低中所得国に加えて、高中所得国でも、国民皆保険を 60 年以上維持してきた日本の経験とノウハウへのニーズが存在する。今後、これまで実施した以外の国で協力を展開する場合、政策的コミットメントを確認し、これまでの JICA の保健分野(サービス提供)の協力に一定のアセットがあることを確認しつつ、医療保障制度に関して信頼を構築すべく政策対話型の技術協力から始め、当該国の医療保障制度の進展度合いを見極めて具体的な協力を検討する。この際、各国の保健医療サービス提供と医療保障の両面を概観して進展度合いを見極める必要がある。経済の発展段階と医療保障制度の進展度合いは比例する訳ではなく、経済レベルにより対象国を決定するものではないが、目安として以下に所得水準別の概観を示す。

国の所得水準 (世界銀行分類 ³)	保健医療 サービス提供	医療保障制度	協力メニュー
低所得国 (一人あたり GNI: 1,135ドル以下) ※スーダン等	母子保健や感染症対策など基本的サービスの提供体制が整っていない。非感染性疾患の影響やアクセスも大きな課題。	人口のほとんどがカバーされていない。家計支出に占める医療費支出は小さいが、医療費支出が招く貧困化の影響は大きい。	【財源確保】保健財政計画策定・アドボカシー、医療保障制度の試行(技術協力)。税財源の確保、貧困層・脆弱層向けの医療保障財源への財政支援(有償)。 【プーリング】(貧困層・脆弱層向け)医療保障制度の財源プールの創設・運用改善(技術協力、有償) 【購入】基本的保健医療サービスの優先的提供。医療保障制度 ICT システム整備(技術協力、有償)。
低中所得国 (一人あたり GNI: 1,336 ドル ~ 4,495ドル) ※カンボジア、ベトナム、フィリピン、ケニア、セネガル、コートジボワール、エジプト、モロッコ	基本的サービスの提供体制が整いつつあるものの国内格差が存在。非感染性疾患対策を含むより広範囲なサービス提供	フォーマルセクターや最貧困層はカバーされているものの、非貧困インフォーマルセクターのカバレッジが少ない。家計支出に占め	【財源確保】保健財政計画策定・アドボカシー(技術協力)、医療保障制度の対象者把握・拡大(技術協力、有償)、財源の拡充・財政支援(有償)。 【プーリング】財源プール統合の促進(技術協力、有償)。 【購入】医療技術評価導入

³ 世界銀行所得水準は 2024 年の 1 人あたり GNI に基づく 2026 年度の分類を使用。

等	が必要	る医療費支出は大きい が、医療費支出が招く貧困化の影響は減少。	(技術協力)、診療報酬・支払い方法改善(技術協力、有償)、医療機関認証制度(技術協力、有償)、医療保障制度 ICTシステム整備(技術協力、有償)。
高中所得国 (一人あたり GNI: 4,496 ドル ~ 13,935ドル) ※タイ、南アフリカ等	基本的サービスはほぼ全国で提供され、より高度なサービスの提供が必要	人口の多くがカバーされているが経済的リスクからの保護、持続性が不十分。	【財源確保】【プーリング】【購入】医療保障制度の拡充・改善(介護、コスト管理等)(技術協力、有償)。南南協力の推進(技術協力)。

医療保障の質と効率性の向上のため、医療保障における DX の取り組みを積極的に推進する。具体的には、国民 ID システムに基づく医療保障制度の対象者の把握や、所得や資産に応じた税や健康保険料の徴収、保険請求の電子化など、医療保障制度の管理のためのデータベースの導入・運用を行うことで、透明性・迅速性の向上と、データ分析を通じて医療保障制度の改善や政策決定に役立つ洞察を得ることを目指す。また、医療保障の効率性の向上と、持続可能性を担保するため、グローバル・アジェンダ「公共財政・金融システム」の「国家財政の基盤強化」クラスターとの連携を推進する。

4.2 インパクトの最大化・最終アウトカム発現に向けた取り組み

4.1 において、JICA による政策・制度面、運用面、技術面での支援について述べたが、単独で達成可能な範囲は限定的であるため、相手国の保健省・財務省・国税庁・内務省等の関係省庁、WB・ADB・IDB・AfDB 等の開発金融機関、WHO 等の専門機関、国内外の研究機関など多様な外部アクターとの協働により、開発インパクトの最大化を目指す。

5. クラスターの目標とモニタリング枠組

5.1 クラスターの成果目標と指標

本クラスターの評価対象は、医療保障制度の整備・改善を目的とした技術協力および有償資金協力(DPL、RBL)を実施した国とする。目標・指標は階層的に整理し、最終・中間目標は相手国や外部アクターとの協働で達成を目指す成果目標とし、制度全体の改善状況

を共通指標で評価する。直接目標及び補助指標は JICA の介入成果を実施案件に応じて該当する指標で評価する。指標による定量的評価を基本とするが、取り組みや成果に係るナラティブによる定性的評価も行う。

<p>最終目標 2030年)</p>	<p>「すべての人々が保健医療サービスを利用したことにより経済的困難を被らない。」 【指標】 1. 医療費の自己負担によって経済的困難に直面した人口の割合【SDG 指標 3.8.2】</p>
<p>中間目標 2030年)</p>	<p>「医療保障制度が機能する。」 1. 保健医療支出に占める自己負担割合が低下する 2. 医療保障制度でカバーされる人口が増加する 3. 医療保障制度でカバーされるサービスが増加する 【指標】 1-1. 一人当たり政府保健支出額 1-2. 保健医療支出に占める自己負担割合 2-1. 医療保障制度の対象人口割合・対象人数 2-2. 医療保障制度の対象人口のうち貧困・脆弱層²⁰の対象人数 3. UHC サービスカバレッジ指数【SDG 指標 3.8.1】</p>
<p>直接目標</p>	<p>《財源確保》 1. 公的保健予算が安定的に確保される 2. 所得や資産に応じて保険料が徴収される 【指標】 1-1. 保健財政の中長期計画書(保健財政計画、財源分析ペーパー)が策定された国の数 1-2. 医療保障予算の執行・配賦が改善された国の数 2. 保険料徴収システムが運用された国の数 【補助指標】 ・GDP に占める政府保健支出の割合 ・政府支出に占める政府保健支出の割合 ・健康保険料の徴収額(政府による保険料補助金を含む)</p> <p>《プーリング》 1. リスク再分配機能のために財源プールが統合・拡大される 【指標】 1-1. 財源プールが統合・拡大した国の数 1-2. 医療保障制度の対象者把握や加入を強化した国の数 【補助指標】 ・医療保障制度への加入人数のうち JICA が直接加入を支援した人数</p> <p>《購入》 1. 質の高いサービスを効率的に提供する制度が運用される 2. 戦略的な診療報酬制度が運用される 【指標】</p>

	<p>1-1. 医療保障制度の対象となる医療機関に対する質認証制度が運用された国の数</p> <p>1-2. 医療技術評価に基づいた給付デザインが策定された国の数</p> <p>2-1. 診療報酬の請求・支払制度が強化された国の数</p> <p>2-2. 戦略的購入を活用した診療報酬設定が制度化された国の数</p> <p>【補助指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・質認証を受けた医療機関数 ・診療報酬の請求・支払金額 <p>《ガバナンス》</p> <p>1. 医療保障制度の基盤が整備される</p> <p>【指標】</p> <p>1-1. 医療保障制度の政策策定(UHC ロードマップ、医療保障政策)が策定された国の数</p> <p>1-2. 医療保障制度の実施体制(組織・人材)が整備された国の数</p>
--	--

「医療保障制度の強化」クラスター シナリオ概念図

