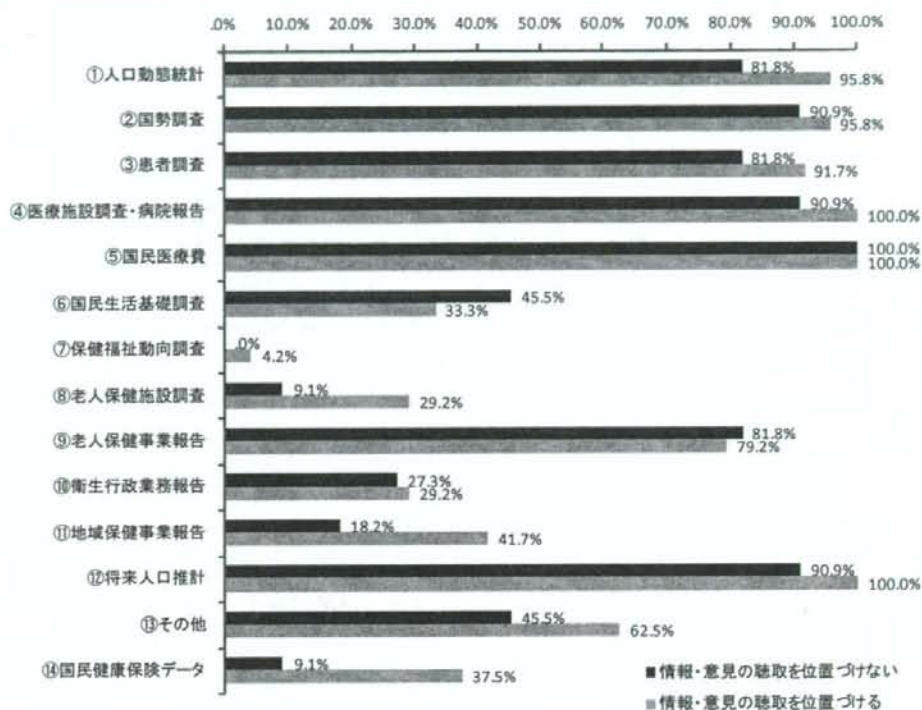


図 1 委員会・協議会の位置づけと各統計データの利用の関係 (N=39)



第2章：Pay for Performance Summit 参加記録

はじめに

米国内における先駆的かつ大規模な医療の質に基づく支払い（pay for performance: PFP）プログラムの1つに Integrated Healthcare Association（IHA）による PFP プログラムがある。IHA は 8 つのヘルスプラン、228 の臨床医グループに所属する 4 万人の臨床医のほか、ヘルスケアシステム関係者、研究者、消費者、購入者が参加する PFP プログラム運営において全米最大の組織である（2007 年現在）。

IHA は the National Pay For Performance Summit を 2006 年から毎年開催し、PFP プログラムをめぐる様々な問題点の整理、関係者間の情報交換の場を提供している。

2009 年 3 月 9 日から 3 月 11 日に米国カリフォルニア州サンフランシスコのハイアットリージェンシーサンフランシスコにて開催された第 4 回 the National Pay For Performance Summit では、講演形式のプレゼンテーションの他、パネルディスカッションにより、先駆的な研究者や政策策定者、PFP 運営者による情報提供、ケーススタディなどが紹介された。以下に筆者の参加したセッションを中心に、会議の概要を示す。

第 4 回 the National Pay For Performance Summit の概要

期 日：2009 年 3 月 9 日（月）～3 月 11 日（水）

場 所：米国カリフォルニア州サンフランシスコ（ハイアットリージェンシーサンフランシスコ）

参加者：約 600 名（研究機関のほか、連邦政府、州政府、民間保険者、医療機関、保健医療情報システム企業等）

スケジュール：

	3 月 9 日	3 月 10 日	3 月 11 日
午前	Preconference Symposia I～IV	Keynote Panel: Pay for Performance and Payment Reform Keynote Address: Medicare's Transformation Towards Value-Based Purchasing Keynote Address: Medicare's Transformation Towards Value-Based Purchasing I～IV Keynote Address: Medicare's Transformation Towards Value-Based Purchasing	Closing Plenary Session: Pay for Performance, Transparency and Value-Driven Healthcare Keynote Address: Prescription for Real Change: Beyond Pay-for-Performance and "Magic HIT Pixie Dust" Keynote Panel: Hospital P4P and What the 111th Congress Means for Hospital Performance Measurement and Payments Keynote Panel: Aligning Payment, Accountability and Opportunity in Specialty Care
		Mini Summit I～IV	Mini Summit V～VIII

	3月9日	3月10日	3月11日
午後前半	Welcome and Introductions Keynote Address: The Post-Election Health Care Landscape Keynote Address: Performance Measurement: A National View Keynote Address: The Results of England's National Pay for Performance Program	TRACK I: CONCURRENT SESSIONS 1.01~1.08 TRACK II: CONCURRENT SESSIONS 2.01~2.09	/
午後後半	Keynote Panel: National Pay for Performance Survey Results Keynote Panel: The Next Generation in Pay for Performance: The Use of Incentives to Improve Quality and Efficiency	TRACK III: CONCURRENT SESSIONS 3.01~3.09	

内 容 :

《3月9日》

PRE- CONFERENCE IV

Not Just Your Grandmother's Administrative Data Anymore: Recent Science and Practice to Merge the Best of Administrative and Clinical Data for Public Reporting and Payment

Sponsored By Agency for Healthcare Research and Quality

AHRQ (米国医療研究・品質調査機構) によるプレゼンテーション

【AHRQによるデータ収集に関して】

- ・ AHRQ では HCUP (Healthcare Cost & Utilization Project)、Quality Indicators、MEPS (The Medical Expenditure Panel Survey)、CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)、Quality and Disparities Report などのデータ収集事業を行っている。
- ・ HCUP は全米各州における入院患者に関するデータベースであり、The State Inpatient Databases (SID)、The State Ambulatory Surgery Databases (SASD)、The State Emergency Department Databases (SEDD)、The Nationwide Inpatient Sample (NIS)、The Kids' Inpatient Database (KID) の各データベースからのデータが収集されている。
- ・ HCUP の特徴として、退院データであること、すべての支払者を含むこと、オンラインや報告書・ローデータといった多様な方法で利用が可能なこと、外来・薬局・検査の各データを含まないことなどが挙げられる。即時性の確保、コストなどの市場レベルデータや外来患者データの補完といった事項は今後の改善点である。
- ・ HCUP のデータを用いて、全米の各郡別に入院率が低下した場合のコスト低減に関する

推計などが行われており、この結果は web で入手可能である。(GIS を用いて視覚的に確認することができる。)

- ・ HCUP の詳細は <http://www.hcup-us.ahrq.gov/>に掲載されている。

【Michael Pine 氏によるプレゼンテーション】

- ・ Pine 氏はヘルスケア領域のコンサルティングファームである Michael Pine and Associates, Inc. のプレジデント。リスク調整をした病院間のパフォーマンス比較に関する共同研究などを AHRQ と行っている。
- ・ 診療報酬明細書 (レセプト) は貴重なデータソースであるが、臨床像の把握の際には不十分。
- ・ そこでレセプト情報の拡大が検討される。例えば Present-on-Admission (POA) Coding, Numerical Laboratory Data, AHRQ's New Hybrid Database Demonstrations などである。
- ・ 標準的なレセプトデータに、POA, Numerical Laboratory Data を加えたものを Hybrid Data と呼んでいる。※POA については <http://www.presentonadmission.com/>を参照。
- ・ Hybrid Data は、ペンシルベニア、ニューヨークの各州の幾つかのデータを用いて試行されている。

【Minnesota, Virginia, Florida での試行結果の報告】

- ・ AHRQ が行った、レセプトと検査データの突合に関する試行プロジェクトについての紹介。
- ・ 参加病院の募集、データ収集方法とデータフォーマット・LOINC を用いたデータ標準化手順の検討、POA に関する教育とデータフィードバックの提供、データ収集の開始、参加病院間の情報共有の機会提供、といった手順でプロジェクトは行われた。※LOINC については <http://loinc.org/>を参照。

【California での試行結果】

- ・ 州内の各医療機関は OSHPD (Office of Statewide Health Planning and Development) に退院患者に関するデータ (DPC の様式 1 に類するデータ) を提出している。
- ・ 上記データと検査データの突合を試行した。結果、LOINC を用いているのは 6% でしかなく、患者のヴァイタルサインに関するデータはほとんど紙ベースの情報であることがわかった。
- ・ 検査データ保持に関して、さらなる標準化が必要といえる。

Welcome and Introductions

Keynote Address: The Post-Election Health Care Landscape

- ・ Health Affairs 誌編集部担当者によるオバマ大統領が示した医療改革 8 原則の紹介。
- ・ オバマ大統領は 2009 年 2 月の一般教書と予算教書を発表し、その中で内政上の公約のひとつに医療改革による医療保険未加入者の減少を示した。
- ・ 予算教書の中で、以下の 8 原則に基づき医療改革を進めるとしている。すなわち、(1)

医療のために国民や雇用主が支払う保険料その他のコストの増加の抑制、(2)高い管理費用、不必要な検査やサービスといった非効率の削減、(3)すべての国民に医療保険を提供する道筋の提示、(4)医療保険のポータビリティの提供、(5)国民が医療保険や医師を選択する権限の確保、(6)疾病予防へのアクセスの保障と生活習慣を改善する公衆衛生活動への投資、(7)医療 IT を活用した医療の質に関するデータの蓄積、(8)長期にわたる財政的持続性の確保。

Keynote Address: Performance Measurement: A National View

- ・ Janet M. Corrigan 氏 (The National Quality Forum の CEO) によるプレゼンテーション。
- ・ National Quality Forum のミッションなどの紹介のほか、NQF が関与している The National Priorities Partnership (NPP) も紹介。
- ・ NPP には多くの関係諸機関団体がパートナーとして参加しており、Patient and Family Engagement, Population Health, Safety, Care Coordination, Palliative and End-of-Life Care、Overuse といった優先課題について取り組んでいる。
- ・ パフォーマンス測定の将来の方向性として、組織が一緒に取り組むためのインセンティブの創出、患者とそのケアをしている家族への engage、サポートを含めた支払い、アウトカムに対する焦点、などが挙げられた。

Keynote Address: The Results of England's National Pay for Performance Program

- ・ Chris Ham 氏 (University of Birmingham の教授) によるプレゼンテーション。英国の PFP を紹介。
- ・ 英国における PFP はプライマリケアを対象としている。Quality and Outcome Framework (QOF) が用いられている。GP の収入の 25% はパフォーマンスによっている。146 の臨床指標が用いられている。
- ・ インセンティブの幅はパフォーマンスの幅をつくる。一方、インセンティブのインパクトを予測することは困難である。
- ・ インセンティブは質向上のひとつの要素でしかない。QOF 導入の以前からプライマリケアの質は向上していたし、ガイドライン、audit、フィードバックや専門家によるリーダーシップなどのすべてがそれらに貢献していた。

Keynote Panel: National Pay for Performance Survey Results

- ・ Leah Binder 氏 (The Leapfrog Group の CEO) によるプレゼンテーション。4 回目の PFP に関する全国調査結果を報告。
- ・ 全国調査では 60 のヘルスプランから回答があった。

- ・ PFP を継続する要因として、臨床上の成果、患者安全、患者による支払い、市場における differentiate が挙げられた。
- ・ PFP は金額面でも医師数の面でも拡大している。
- ・ パフォーマンス測定対象として、IT に焦点をあてるところが増えており、臨床医や病院における EMR の採用が測定の対象となっている。
- ・ 70%のヘルスプランは測定の継続と拡大を続けると回答し、48%のヘルスプランはドメインを選択し、重み付けを進めるとした。
- ・ 参考 URL : <http://www.medvantage.com/Pdf/leapfrogMarch09.doc>

《3月10日》

Keynote Panel: Pay for Performance and Payment Reform

- ・ Robert S. Galvin 氏 (GE のディレクター、Center for Payment Reform の Founder) によるプレゼンテーション。
- ・ CMS はより良い方向に向かっているが、それでも民間における経験が活かされている面は少ない。
- ・ ミネアポリスではいくつかの PFP プログラムが行われているが、リーダーシップをとる組織がなく、カオスとなっている。
- ・ Payment Reform に向けては、地方から中央に向けての統合された大きな「声」が必要である。その例として CPR (Center for Payment Reform : <http://www.centerforpaymentreform.org/>) の活動が挙げられた。CPR は消費者、労働者、購入者、提供者、政策策定者によって構成される。
- ・ また、近年は慢性疾患への支出が大きな検討課題となっている。慢性疾患へのケアにおいては、アンダーユースが問題となる。こうした問題への検討が必要となっている。

Keynote Address: Medicare's Transformation Towards Value-Based Purchasing

- ・ CMS による VBP に関するプレゼンテーション。VBP では病院毎にパフォーマンススコアを計算し、その結果が診療報酬に反映される。
- ・ パフォーマンスは、ケアプロセス、患者満足度調査、生存率等の領域別スコアをまず算出し、それらをもとに総スコア (VBP Total Performance Score) を算出する。パフォーマンスは達成あるいは改善の視点から測定され、結果のスコアは一般にも公開される。

Mini Summit IV: Payment Reform

“From Volume to Value: Addressing the Key Challenges in Transforming Health Care Payment and Delivery Systems”

- ・ Harold D. Miller 氏 (Network for Regional Healthcare Improvement の CEO) によるプレゼンテーション

- ・今日のボリュームに駆り立てられた分断されたケア（出来高払い）から、価値に基づくコーディネートされたケア（重症度を調整した症例ベースの支払い、あるいは包括的な支払い）に支払いのシステムを持っていくには、まずアウトカムのインセンティブと結びつけられた出来高払いを拡大する必要がある。
- ・予防可能な入院の減少や、患者満足度の改善などといったアウトカムに焦点を当てるべきで、NCQA スタンドガードをどのように組織化しようか考えている医療提供者のガイダンスとして用いることが考えられる。
- ・出来高払いから重症度を調整した症例ベースの支払い、あるいは包括的な支払いへと、支払いの方法のみ考えていては失敗する。提供システム（今日のボリュームに駆り立てられた分断されたケアから価値に基づくコーディネートされたケア）の改革を同時に考慮することが必要である。

“Creating a Competitive Marketplace for Healthcare Delivery: The Patient Choice Health Care Model and Its Impacts”

- ・ Ann Robinow 氏（Robinow Consulting のプレジデント）によるプレゼンテーション
- ・ 真のヘルスケア市場を形成するためには、提供者に対して管理コストと質の改善による競争を促進すること、よりよいパフォーマンスを発揮している提供者に利用者が移動するようなインセンティブを設けること、が求められる。

“Designing and Implementing a Multi-Payer Payment Reform Project: The Minnesota DIAMOND Initiative”

- ・ Gary Oftedahl 氏（Institute for Clinical Systems Improvement の CKO）によるプレゼンテーション
- ・ DIAMOND は Depression Improvement Across Minnesota, Offering A New Direction の略であり、プライマリケアにおける、うつ患者に対処する groundbreaking なアプローチである。
- ・ 科学的根拠に基づくケアの提供、必要な医療的ケアを妨げる経済的なバリアを取り除く、ケアのプロセスではなく、確実な結果に基づく支払いの実施、多くの支払者と提供者が参加している、といった特徴がある。
- ・ この新しいケアモデルのコンポーネントは、終始一貫したアセスメントの方法、効果的な患者追跡のための登録システム、科学的根拠に基づくガイドラインを用いた段階的なケアの提供、再発を予防するプランの策定などである。
- ・ このモデルに基づくケアの提供に対する報酬が、アウトカムに応じて包括払いされている。

TRACK I: CONCURRENT SESSIONS

“Efficiency in P4P: Guiding Principles for Implementing a Successful Physician Efficiency

Profiling Program”

- ・ Jonathan M. Niloff 氏 (MedVentive, Inc の CEO) によるプレゼンテーション。
- ・ プロファイリングをする際には、その目的を明確にすることが何よりも重要である。また信頼性の確保を目標として位置付けることも必要。
- ・ 判断されたアウトカムとは何か、そこに立ち返ることが求められる。また、臨床医に対する教育も重要である。
- ・ 成功への鍵となる視点は、変革のために何が必要かと検討すること、方法論と透明性を確保することである。

《3月11日》

Keynote Panel: Hospital P4P and What the 111th Congress Means for Hospital Performance Measurement and Payments

- ・ Richard A. Norling 氏 (Premier, Inc の CEO) によるプレゼンテーション。
- ・ PRIMIER/CMS PFP PROJECT を通じて、財政的インセンティブが医療の質向上に貢献することが明らかとなった。
- ・ 現在病院を対象としたベンチマークプログラムが試行されている。
- ・ PRIMIER Performance Pays Study により、EBM に基づく医療の提供により、質が向上し、医療費が下がったことが明らかとなっている。
- ・ PFP の次世代として、QUEST プロジェクトが行われている。参加病院における医療の質を死亡率として測定している。
- ・ Obama's FY2010Budget では、病院への支払いの改革により医療費を適正化することが示されている。特に再入院に伴う支払いを減らすことが目指されている。Rep. Altmire VBP bill Quality first act 9/25/08 を参照。

Keynote Panel: Aligning Payment, Accountability and Opportunity in Specialty Care

- ・ 心疾患に関する患者登録システムの紹介。
- ・ アメリカ心臓病学会 (ACC : American College of Cardiology) は NCDR (National Cardiovascular Data Registry) を運営している。
- ・ NCDR は循環器疾患に焦点を当てた質改善プログラムであり、知識とツールの提供、研究のサポートなどを行っている。
- ・ 登録データは、質改善、臨床研究、意志決定、pay for reporting、pay for performance などに活用されている。
- ・ 外来患者のデータが不十分であり、今後の検討課題である。

第3章：医療財源負担の公平性に関する実証研究

1. 目的

現在、社会の高齢化に伴って、医療制度を維持するための財源について様々な議論が行われている。しかし、財源に関しては十分性の観点から論じたものは多いが、公平性の観点から論じたものは少ない。本研究の目的は、World Health Organization (WHO) が開発した公正財源 (FFC: Fairness in Financial Contribution) の概念を用いて、日本の医療財源負担の公平性を年齢階級別に評価し、高齢社会における医療財源負担のあり方を公平性の観点から論ずることにある。

医療財源負担の公平性に関しては、2000年にWHOが作成した『世界保健報告2000』)の中で、「公正財源 (Fairness in Financial Contribution, 以下FFC)」の考え方が示されている。同報告書では、世界各国の保健医療システムを包括的に数値で評価を行い、各国間で比較できるような手法を提示する試みが行われている。FFCの考え方は、こうしたWHO新評価の一つの柱であり、保健医療システムを支える財源が国民に公平に分担されているか否かを計る手法である。2000年の推計結果の公表以来、数度に渡って計算方法が変更されてきているが、原理は簡潔で、世帯を単位とし世帯の支払能力のうち保健医療分野に支払われた割合を産出して「保健医療に対する分担 (Health Financial Contribution, 以下HFC)」とし、各世帯のHFCと全国平均値との差を比較することにより全体のばらつきを測定しようとするものである。

本研究は、『全国消費実態調査』を用いてこのFFCを、1989、1994、1999、2004年で比較し、この間に行われた医療制度改革が財源負担の公平性にどのような影響を及ぼしたかを測定することを目的とした。

また、この研究とは別に、経済発展と医療費の関係を調べるため、近年、経済成長著しいタイ及びベトナムにおいてヒアリング調査を行った。特に、タイにおいては、いわゆる30パーツ・スキームによって国民の医療へのアクセスが2001年から保障されるようになり、新興工業国のモデル・ケースとなる可能性を秘めている。これら二か国の行政担当者にはヒアリング調査をし、新興工業国の視点からも経済成長と医療費の動向を考察する。

2. 方法

まず、HFCを以下のように定義する。

$$HFC_h = \frac{\text{家計の医療支出}}{\text{家計の支払い能力}} = \frac{\text{税を通じた負担} + \text{社会保険料} + \text{私的医療保険料} + \text{自己負担}}{\text{家計の支払い能力}}$$

分子の家計の医療支出は、まず前払い負担 (prepayment) と自己負担 (out of pocket payment) に分けられる。前者は、租税という形で政府に徴収されて保健医療セクターに使われる分の負担、社会保険料の徴収という形の負担、私的保険料という形の負担に分けられる。

租税を通じた負担は、公的医療保険を除いた政府総支出に同じく公的医療保険を除いた保健医療分野への支出が占める割合を計算し、その割合に政府収入を掛け合わせて求められる。即ち、以下の式が計算式となる。

$$GHE_h = \left(\frac{GHE}{GC} \right)_N * ((INCTAX + VAT + Excise + other)_h * Scalar(X))$$

GHE_h : ある家計 h の租税を通じた負担額。

GHE_N : 政府の保健医療分野への支出 (公表データから計算)。

GC_N : 政府総支出 (公表データから計算)。

$INCTAX_h$: ある家計 h の所得税支払額。

VAT_h : ある家計 h の消費税支払額。

$Excise_h$: ある家計 h の物品税支払額。

$other_h$: ある家計 h のその他の税支払額

ここで、右辺の後半部分は政府収入を示しており、 $Scalar(X)$ は以下の式にて与えられる。

$$scalar(x) = \frac{(GC / GDP)_N * GDP_s}{\sum w_h (INCTAX + VAT + Excise + other)_h}$$

GC_N : 政府収入額 (公表データから計算)。

GDP_N : GDP 額 (公表データから計算)。

GDP_s : サンプル・データから得られる GDP。サンプル・データの家計支出を合計し、国の GDP に占める消費支出の割合で除したもの。

w_h : データのウェイト。ここでは1とする。

次に社会保険料を通じた負担であるが、これは以下の式で表わされる。

$$SSH_h = SSHo_h * Scalar(Y)$$

$$\text{ただし、 } Scalar(Y) = \frac{GDP_s * (SSH / GDP)_N}{\sum w_h SSHo_h}$$

$SSHo_h$: ある家計 h の公的医療保険料支払い。

SSH_N : 公的医療保険料の総額 (公表データから計算)。

これら前払い負担に、保健医療分野の自己負担 (病院・診療所における支払いだけでなく、売薬や健康器具も含めたもの) を足したものが家計の医療支出として $HFCh$ の分子となる。

今度は、分母、即ち家計の支払い能力であるが、これは二通りの場合わけを行い、以下のような式で与えられる。

①ある家計の食糧消費よりも SE_h が小さい場合

$$CTP_h = Exp_h - SE_h + GHE_h - indtax_h * (GHE / GC)_N + SSH_h$$

②ある家計の食糧消費よりも SE_h が大きい場合

$$CTP_h = Exp_h - Food_h + GHE_h - indtax_h * (GHE / GC)_N + SSH_h$$

CTP_h : ある家計 h の支払い能力。

Exp_h : ある家計 h の総支出。

SE_h : 生存支出。1日1ドルを基準として、購買力平価を用いた各国通貨で表わす。

$indtax_h$: ある家計 h の間接税支払額。

このようにして、各家計において HFC_h を求め、それを基準として以下の式に代入し、 FFC を求める。

$$FFC = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{h=1}^n w_h |HFC_h - HFC_o|^3}{\sum w_h}}$$

$$\text{ただし、 } HFC_o = \frac{\sum w_h HE_h}{\sum w_h CTP_h}$$

この FFC に加えて、保健医療セクターに対する支払すべてではなく、自己負担のみに着目した自己負担 FFC ($OFFC$ とする) を計算する。自己負担 FFC ($OFFC$ とする) は、以下の式で表すことができる。

$$\text{自己負担 } FFC = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{h=1}^n w_h |oopctp_h - \overline{oopctp}|^3}{\sum w_h}}$$

$oopctp_h$: ある世帯 h の支払い能力に占める保健医療サービスへの自己負担額の割合。

$$oopctp_h = \frac{\text{保健医療サービスへの自己負担額}}{CTP_h}$$

\overline{oopctp} : 母集団全体の $oopctp$ の平均値。

FFC は0から1までの間を取り、1に近ければ近いほどより公平性が高いということになる。

さらに、 $oopctp$ が0.4を超える世帯を破滅的医療費 (catastrophic health expenditure) 世帯と定義して、各年齢階級および全年齢階級の世帯数に占める割合を $cata\ ratio$ とする。これは、医療費の支払いによって困窮している家計の割合を示す指標となる。

3. 結果

表1は、各種の指標をまとめたものである。家計の医療支出の割合を表すHFCと自己負担の割合を示すoopctpは、1989年以降一貫して上昇している。特に1999年からの上昇は著しい。FFCは1999年にやや上昇した後（すなわち公平性が高くなった後）、2004年には大きく低下している。また、破滅的支払世帯の割合を示すcata ratioはHFCやoopctp同様に1999年以降大きく上昇している。

表1：世帯の財産負担に関する諸指標

	1989	1994	1999	2004
HFC	12.18%	12.61%	13.93%	14.62%
自己負担の支払い能力に占める割合 oopctp	3.38%	3.45%	4.07%	4.85%
破滅的医療費家計の割合 cata ratio	0.37%	0.34%	0.58%	0.67%
FFC	0.890	0.890	0.894	0.872
自己負担FFC OFFC	0.910	0.909	0.903	0.883

次にこの諸指標を、それぞれの世帯主の年齢で分けて分析したものが図1～5である。10歳年齢階級別に20歳階級から80歳階級まで7つの階級に分け、それぞれの指標を4時点で算出している。この5つの図を見ると、以下の傾向が読み取れる。まずHFCは各年齢階級で上昇傾向にあるが、特に高年齢階級で上昇が激しい。oopctpは1999年、2004年と2時点で大きく上昇している。やはり高年齢階級で上昇が大きい。cata ratioもこれと同じ傾向にあり、1999年以降、80歳階級では著しく上昇している。FFCは、2004年に全年齢階級で低下しており、特に高年齢階級での低下は著しい。OFFCも、2004年に全年齢階級で低下しており、50歳代、80歳代での低下が目立っている。

図1：世帯主10歳年齢階級別HFC

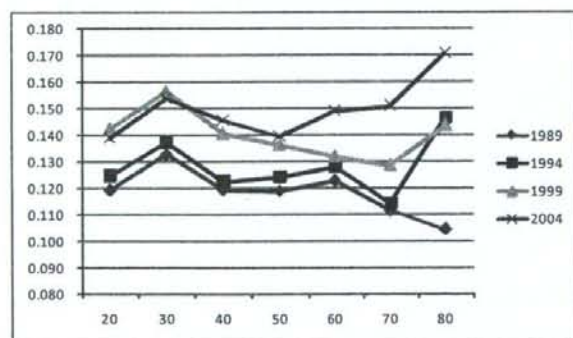


図 2 : 世帯主 10 歳年齢階級別 oopctp

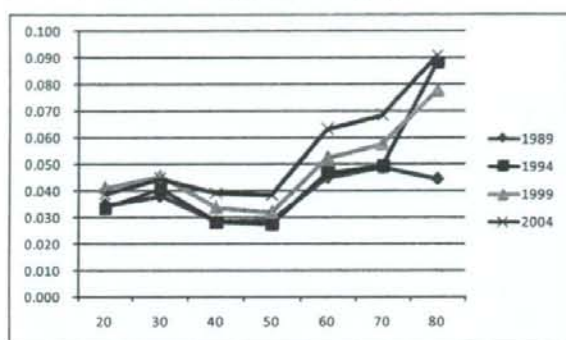


図 3 : 世帯主 10 歳年齢階級別 cata ratio

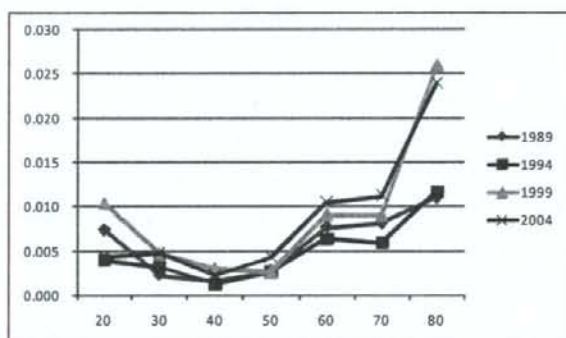


図 4 : 世帯主 10 歳年齢階級別 FFC

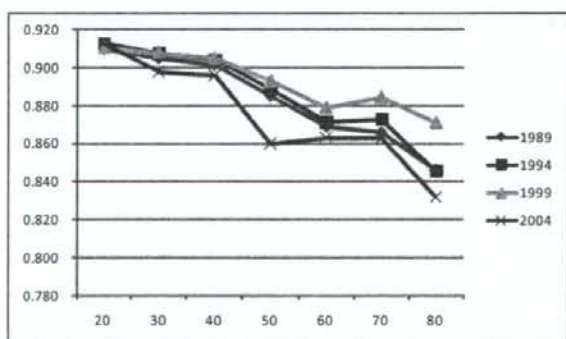
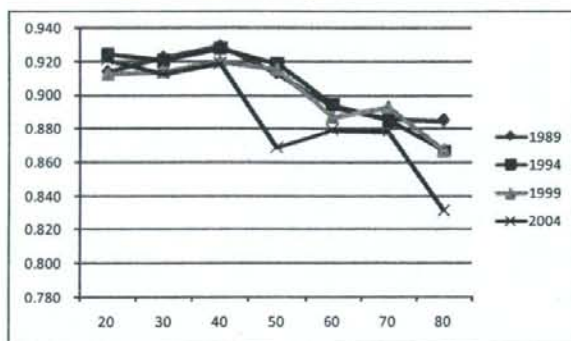


図5：世帯主10歳年齢階級別OFFC



4. 考察

医療保険制度は、1961年に国民皆保険が達成され1973年の老人福祉法改正によって老人医療費が無料化されたが、1980年代からは、高度経済成長終焉以降の長期にわたる低成長と高齢者人口割合の増加により、一転して負担増につながる制度改正が実施されてきている。1996年には、それまで1割だった被用者保険の自己負担額が2割に引き上げられ、1997年には高齢者の自己負担額が、1か月定額制から受診回数に応じた支払に変わった。また、2001年には高齢者の自己負担額が、原則1割負担となり、2003年には被用者保険の自己負担額が3割に引き上げられた。また、1989年には3%の消費税が導入され、1997年には5%に引き上げられている。

このような一連の医療制度改革の中で、世帯の医療負担は増大してきた。また、高齢者にも負担を求めるような政策がとられたため年齢階級間の医療負担の差は縮小するように働いてきたことがわかる。しかし、改革は自己負担額の割合を上昇させることを中心に行われてきたため、貧困層、特に高齢階級の貧困層にとっては負担が過重になってきたと考えられる。この中で、分析結果は年代階級内の不平等が特に2004年には悪化したことを示している。

医療制度改革は、国民皆保険の原則を守るためにも十分な財源の確保を求めていかななくてはならない。しかし、昨今言われるように現役世代に一層の負担を求めるのは、世代間の公平性を欠くことにつながり、また社会の高齢化によって労働人口の相対的な低下が進む中では高齢者層の負担も一層増加せざるを得ない。しかしその場合、高齢者の中でも弱者に配慮した負担を考えなければならないだろう。すなわち、世代間の公平性のみならず、世代内の公平性にも配慮した改革が必要であるといえる。医療財源の負担は本来、所得の再分配を目的としたものではないが、少なくとも所得分配に中立的であるか、あるいは所得再分配政策が同時に実施される必要がある。破滅的医療費世帯の増加など医療へのアクセスの公平性自体に影響を与えかねない問題にはより慎重に対応しなければならないであろう。

5. 結論

1984年以降の医療保険制度改革は、世代間の公平性を高めることには寄与したが世代内の公平性を悪化させてきた。社会の高齢化に伴って医療費が増加する中で、国民皆保険維持のためには一層の負担増はやむをえないが、その場合は世代間の公平性だけでなく世代内の公平性も考慮すべきである。

参考文献

- ・ 照山博司, 伊藤隆敏, みせかけの不平等と真の不平等—重複世代モデルによるシミュレーション分析, 日本の所得と富の分配 (石川経夫編), 東京大学出版会 (東京), 279-320, 1994
- ・ 松本邦愛, 長谷川敏彦, 長谷川友紀, 医療制度改革と医療財源負担の公平性, 病院管理, 43(4), 17-29, 2006
- ・ Murray C., Xu K., Klavus J. et al, Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application, Health system Performance Assessment: Debate, Methods and Empiricism (Christopher J. L. Murray and David B. Evans ed.), WHO, Geneva, Switzerland, 513-531, 2003
- ・ World Health Organization, The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance, Geneva, Switzerland, WHO, 2000
- ・ Xu K., Klavus J., Kawabata K. et al, Household health system contributions and capacity to pay: definitional, empirical, and technical challenges, Health system Performance Assessment: Debate, Methods and Empiricism (Christopher J. L. Murray and David B. Evans ed.), WHO, Geneva, Switzerland, 533-542, 2003
- ・ Xu K., Klavus J., Mylena A., et al, Summary measures of the distribution of household financial contributions to health, Health system Performance Assessment: Debate, Methods and Empiricism (Christopher J. L. Murray and David B. Evans ed.), WHO, Geneva, Switzerland, 543-556, 2003
- ・ Xu K., Evans DB., Kawabata K., Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis, Lancet 362(9378), 111-117, 2003
- ・ Xu K., Distribution of health payments and catastrophic expenditures: Methodology, discussion paper Number 2-2005, World Health Organization, Geneva, 2005, URL: http://www.who.int/about/iag2005/distribution_of_health_pay_dp_05_2.pdf#