

る。一方医療サービスへのアクセスについては、過去1カ月について、外来・入院の区別なく、また医療機関か、鍼灸などのサービス化についても明確な区別なく、サービス利用の有無を尋ねている。多くは外来と思われるが、正確には、Equitap のプロトコールに沿って、外来・入院・歯科・予防サービス別のアクセス評価は不可能である。また外来については、一般医と専門医の区別がプロトコールには求められているが、現状の日本では両者の区分が制度的にも曖昧であるため、この点もプロトコールに遵守した形での検討は困難である。

3) 患者調査

患者調査は世帯面調査ではないが、上記のように全国消費実態調査・国民生活基礎調査ともに、サービス種別（入院・外来・歯科など）の需給状況に関する情報を持っていないことから、患者調査と国勢調査のデータを組み合わせて用いることで、年齢層・地域（ないし都道府県）別にサービス利用確率を計算し、それをもって外挿することを試みることは価値があるかもしれない。ただし Benefit Incidence Analysis ではさらに公的補助（結核法ほか法律に基づく公費負担、ならびに特定疾患などの措置、生活保護の医療給付など）が外来・入院・歯科にそれぞれどの程度費やされているのかについてのデータが必要となる。残念ながら、公的に入手可能なデータとして、福祉・高額療養費・公費補助などがそれぞれのサービスに費やされているのかを示すデータが存在しないため、現時点では BIA については、プロトコールに遵守した推計値を求めることは不可能である。

【D. 考察】

医療サービスへの公平なアクセス、支払い能力に応じた公平な負担、さらに医療による破たん的家計負担を防止することこそ、公的医療制度による社会保障が目指すところである。アジア諸国を比較することで、これまで Equitap は、公平な医療制度の構築に必要な要素や、その導入ステップについて明らかにしてきている。さらに 2001 年時点の Equitap I に続き、現在 Equitap II プロジェクトを実施中で、この間の制度変更による公平性実現への影響評価を行うこととしている。Equitap II では、新たに 10 数カ国が参加する見込みとなっているが、そのほとんどは中～低所得国である。日本との比較が可能な高所得国としては、香港、マレーシア、韓国、台湾などが含まれているが、特に韓国・台湾は、わが国の医療制度を参照しつつ設計されてきたことから、比較可能性は極めて高い。これらの国との比較に加え、すでに EU で推進されてきた公平性検証プロジェクトとの比較と併せることで、どのような制度設計がアクセス・負担の公平性に寄与するのかを明らかにできると期待される。医療費負担増を前に、財源論に陥りがちなわが国の医療制度改革論議に、公平性の観点を再度取り上げ、これまでわが国の制度が果たしてきた役割と限界を明らかにすることで、社会連帯に基づく制度設計をより確かなものにするためには、こうした比較研究は極めて重要な意義を持つことになるであろう。

一方、今回の検討から明らかになったことは、現状で入手可能な、代表性の高い公的統計個票を利用しても、十分な比較可能性を持った検証が一部困難であるという問

題である。全国消費実態調査や国民生活基礎調査という世帯面大規模調査の設計にあたり、サンプリング、聴取項目などを一部見直すことが早急に求められる。

【E. 結論】

医療の公平性を国際比較研究している **Equitap** ならびに世界銀行の先行研究チームの活動に取材し、わが国における医療の負担やアクセス、公費配分の公平性の評価の可能性と、必要なデータ要件を検討したところ、既存の公的統計では項目が不足していることが明らかとなった。社会問題化しつつある、医療サービスの公平性と社会格差の問題を、正確に捉え、政策的対応を検討するうえで、医療の公平性をモニターできるように、既存の公的統計項目を見直す必要があると考えられた。

【F. 研究発表】

平成 23 年 3 月現在未発表

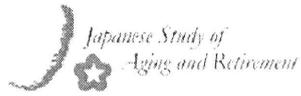
【G. 知的所有権の取得状況】

該当なし

- O' Donnell, Owen, Eddy van Doorslaer, Adam Wagstaff, and Magnus Lindelow. 2008. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation, WBI Learning Resources Series. Washington, D.C., USA: World Bank
- van Doorslaer, E., Koolman, X., & Jones, A. M. (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in europe. Health Economics, 13(7), 629-647.
- Van Doorslaer E, Masseria C. (2-4) Income related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. OECD health working paper series No14. OECD publishing.
- WHO. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. World Health Assembly Resolution 58.33. May, 2005.
http://www.who.int/health_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/index.html.

参考文献

- Lu JR, Leung GM, Kwon S, et al. Horizontal equity in health care utilization - evidence from three high income Asian economies. Social Science and Medicine 2007; 64; 199-212.
- O' Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Akkazieva B, et al. Who pays for health care in Asia? J Health Econ. 2008 Mar;27(2):460-75.



「くらしと健康の調査」の概要

橋本英樹 (東京大学大学院公共健康医学専攻教授)
市村英彦 (東京大学大学院経済学研究科教授・RIETIフェイカルティフェロー)
清水谷諭 (世界平和研究所主任研究員・RIETIコンサルティングフェロー)

Ageing; a research agenda

- Aged N.E. fragile
- Aged N.E. needy
- Aged N.E. inactive

- Ageing process has a diversity
 - A single policy for "elderly" is irrelevant
 - Detailed information on the variety of elderly lives is essential

Ageing; research agenda

- Decision of retirement
- Health, labor and social participation
- Saving for late lives and pension design
- Income disparity and health
- Family transfer (monetary and non-monetary)
- Inheritance incentives and informal care

Ageing and policy making

- Health and Retirement Study (US)
 - Since 1989 by Michigan ISR funded by NIA
 - Representative panel data of >20,000
 - Comprehensive measurement of health, economics, employment, socialization.
 - virtually NO policy allowed until empirically proven with HRS data in the U.S.
 - Micro data prepared, open and available!

Global harmonization

- Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE)
 - Since 2004, including 17 countries
- England Longitudinal Survey of Ageing (ELSA)
 - Since 2004
- Both are partly supported by NIA fund
 - Designed compatible HRS
 - Comparative studies already available

Extended harmonization

- Korean Longitudinal Survey of Ageing (KLoSA)
- Sister surveys planned in China, Thailand, and Indian
- And Japan

Japanese Study on Ageing and Retirement (JSTAR)

- Since 2005
- A family member of HRS/ELSA/SHARE and Asian sisters.
- 1st wave in 2007 (5 municipals, N=4,200) followed for 2nd wave in 2009 (FU 75%)
- Additional 2 municipals since 2009
- Funded by Hitotsubashi Univ. and Research Institute of Economics, Trade, and Industry (PI; Prof. Ichimura and Takayama with Dr. Shimizutani)

Japanese Study on Ageing and Retirement (JSTAR)

- Design = Probabilistic sampling of community residents (aged 50-74) in practically sampled municipals
 - Not necessarily "representative of Japan"
 - Municipals as the locus of local and national policies for the elderly
 - Allows comparison and treatment of fixed effect of unspecified regional differences.

Japanese Study on Ageing and Retirement (JSTAR)

- Interview survey by trained interviewers with computer assisted program instrument
 - 1.5 to 2 hours for each respondent
 - Comprehensive contents including family, health, income and consumption, assets and loans, labor participation and history, social participation, cognitive function, medical and long-term care use, informal care and monetary/non-monetary transfer, inheritance, and more!!

JSTARの質問内容
(平均面接時間1.5時間)

- A. 本人・家族関係
 - B. 記憶・認知力
 - C. 就業・就業歴
 - D. 健康
 - E. 消費・所得
 - F. 握力測定
 - G. 資産・住宅・遺産
 - H. 医療・介護サービス
- 2nd wave では身長・座高・血圧・腹囲も一部測定
- 国保加入者については
承諾が得られた場合
給付データを参照
(2009より特定健診も)

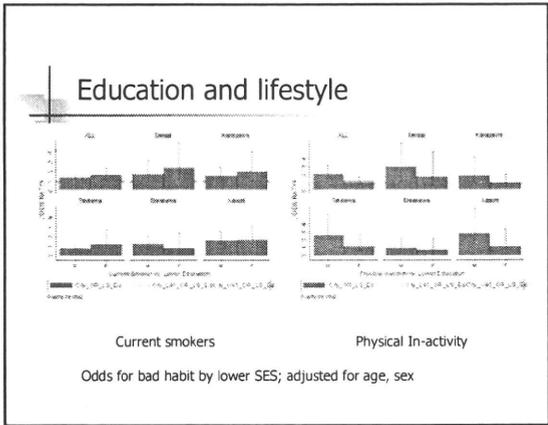
Japanese Study on Ageing and Retirement (JSTAR)

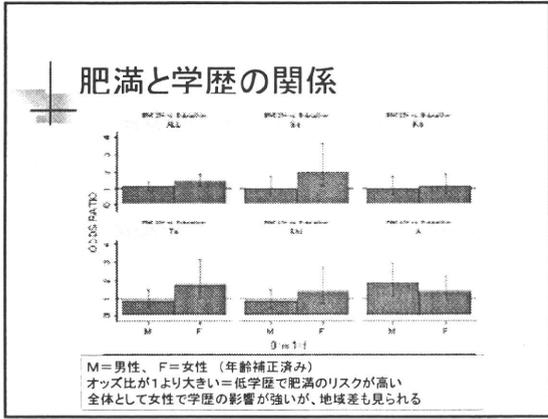
- Supplemental leave-behind questionnaire
 - Life style, time schedule, tax, marriage satisfaction
 - Sasaki's Brief Dietary Habit Questionnaire (BDHQ)
- Medical and long-term care utilization
 - Claim data provided from municipal insurers, with written permission from the respondent
 - Only for those under "Kokumin Kenko Hoken" (Regional health insurance)

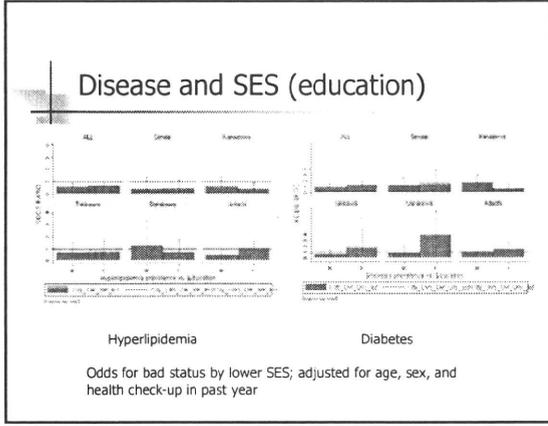
Site	Interview	Leave behind	Diet	Bill claim	Agree to f/u	Resp rate
Adachi	889	896	858	489	782	50.1%
Sendai	908	927	905	424	768	53.3%
Takiakwa	570	562	491	389	518	60.6%
Shirakawa	805	809	768	517	776	87.8%
Kanazawa	1,011	991	849	650	911	57.8%
Total	4,163	4,185	3,871	2,469	3,755	59.1%

【欠票理由】

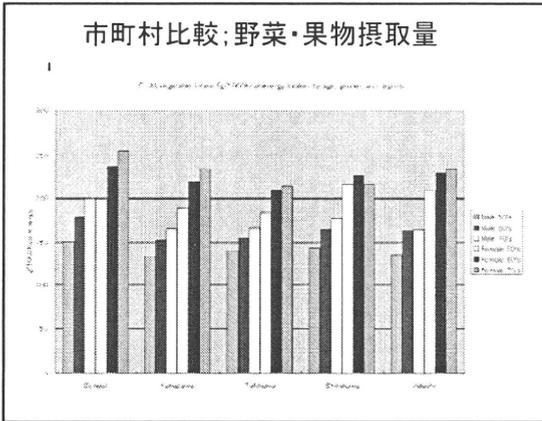
Site	Total attack	Respond	Reason for non-response							Total
			Move-out	Long-term leave	Not available	Refusal	Address unspecified	Exclusion	Other	
Adachi	2,067	869	48	29	169	865	20	8	59	1,198
Sendai	2,099	908	40	41	232	797	15	16	49	1,190
Takiakwa	1,070	570	38	19	57	371	3	2	10	500
Shirakawa	1,027	805	9	8	58	112	2	3	31	223
Kanazawa	1,989	1,011	31	49	115	739	26	4	14	978
Total	8,252	4,163	166	146	631	2864	66	33	163	4,089



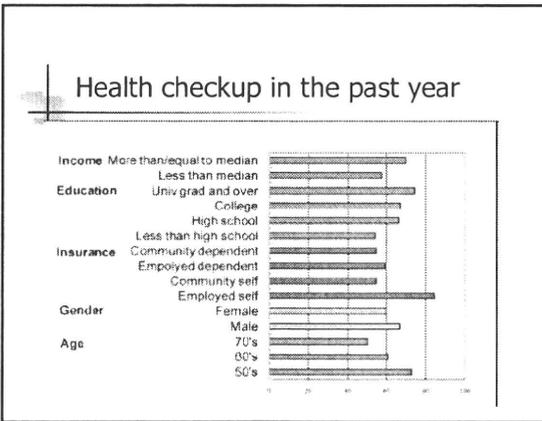




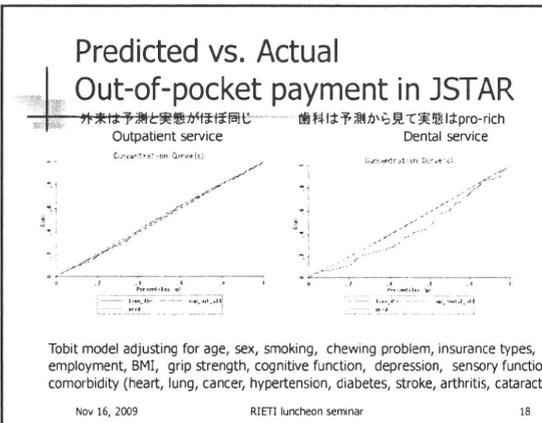
市町村比較:野菜・果物摂取量



Health checkup in the past year



Predicted vs. Actual Out-of-pocket payment in JSTAR



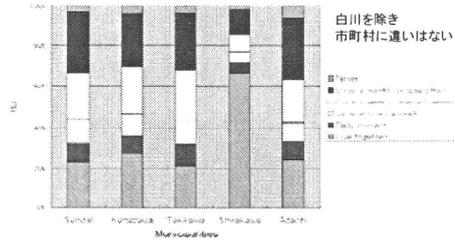
Tobit model adjusting for age, sex, smoking, chewing problem, insurance types, employment, BMI, grip strength, cognitive function, depression, sensory function, comorbidity (heart, lung, cancer, hypertension, diabetes, stroke, arthritis, cataract)

Nov 16, 2009

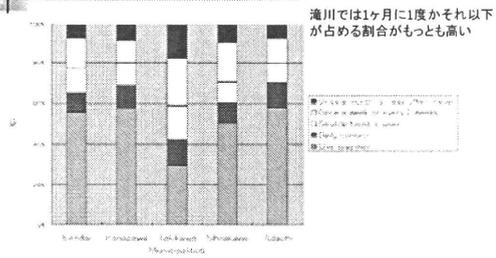
RIETI luncheon seminar

18

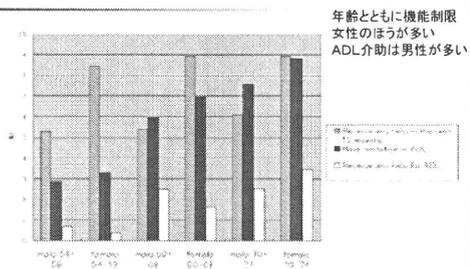
老親との連絡頻度



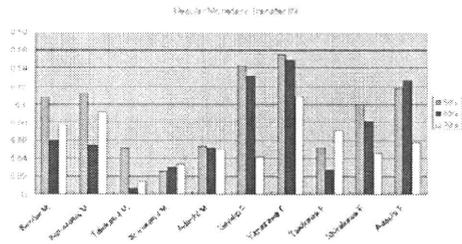
子供との連絡頻度



機能制限とケアの受領

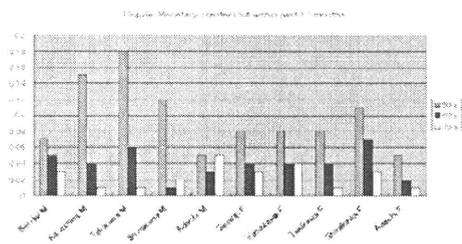


金銭の授受(1)



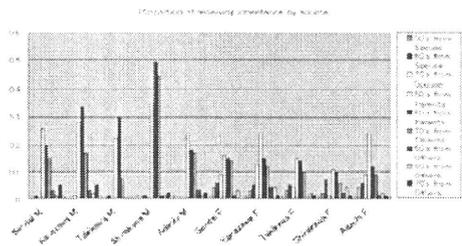
仙台・金沢、特に女性は世帯外からの仕送り・援助を受けている

金銭の授受(2)



滝川・金沢の男性50代は仕送りをするものの比率が高い(主に子供への仕送り)

遺産相続(生前相続含む)



相続は主に男性、50~60代(白川は特に男女差が大きい)

JSTARにおける所得・消費・資産

- 所得(総所得・可処分所得):面接、留置き(時源泉徴収票を見て書き込み)で把握。両者のかい離は大きくない。
- 消費:食費・外食費・耐久財を除く消費、耐久財購入についてそれぞれ質問。
- 資産:金融資産(預金・債券・株式それぞれ)と不動産(時価)、借入(住宅ローン、それ以外)。
- 3つの尺度で同時に評価可能。UNFOLDING BRACKETの利用で「わからない」を減らす工夫。

JSTARにおける所得・資産格差



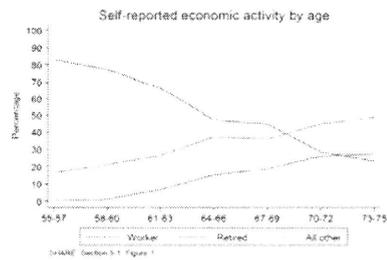
JSTARにおける所得・資産格差

- 「資産のジニ係数>所得のジニ係数>消費のジニ係数」はヨーロッパ(SHARE)と同じパターン。
- SHAREとの定義の違いなどを十分踏まえる必要があるが、ラフに言えば(1)所得・消費は中欧並み、(2)資産は北欧並み。

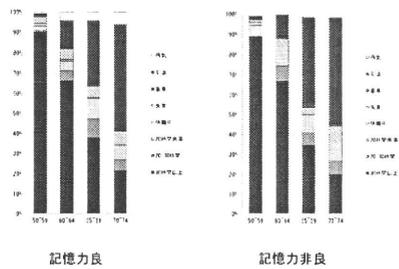
遺産の有無別ジニ係数

	定職1				定職2					
	遺産なし		遺産あり・両期死亡		遺産なし		遺産あり・両期死亡			
	下限	上限	下限	上限	下限	上限	下限	上限		
等価家計所得	0.43	0.37	0.39	0.35	0.44	0.37	0.34	0.44	0.37	
等価家計消費	0.34	0.29	0.32	0.29	0.34	0.3	0.32	0.24	0.33	0.29
等価金融資産	0.73	0.69	0.69	0.65	0.74	0.7	0.7	0.66	0.73	0.69
等価純資産	0.63	0.56	0.62	0.53	0.63	0.56	0.61	0.53	0.61	0.55

年齢別にみた就業状態の推移



記憶力と労働供給(男性)



2nd wave survey

- 4298名中3835人該当
- 死亡42名
- 健康(本人・家族)理由による拒否87名
- 転居・不明214名
- 拒否481名
- 回答3011名 (78.5%)
- 不明241名について生存状況を人口動態統計個票利用申請によりキャッチ(予定)

変数	Coef.	Std. Err.	p
Intercept	0.492	0.162	0.002
Age65-69	0.067	0.076	0.000
Age70	0.077	0.061	0.008
Sex_Male	0.117	0.189	0.518
Depress_Q1	0.099	0.052	0.059
Depress_Q2	0.037	0.051	0.480
Depress_Q3	0.000	0.050	0.984
Depress_Q4	-0.030	0.051	0.483
Income_Q1	0.130	0.071	0.000
Income_Q2	0.233	0.041	0.000
Income_Q3	0.290	0.038	0.000
Income_Q4	0.480	0.005	0.000
Wealth_Q1	-0.087	0.018	0.000
Wealth_Q2	-0.092	0.018	0.000
Wealth_Q3	0.300	0.035	0.000
Wealth_Q4	0.291	0.022	0.000
Private_Health	0.351	0.070	0.000
SACI_1m	0.097	0.030	0.000
MCQ10_1m	-0.027	0.039	0.953
Marital_Status	0.071	0.008	0.000
Private_Health	0.247	0.039	0.000
BMI	-0.003	0.002	0.007
Private_Health	0.248	0.037	0.000
Necessity	0.040	0.013	0.000
Constant	1.811	0.050	0.000

Prediction model of retirement in wave 2

- Depression
- IADL limitation
- New onset of disease (stroke, cancer, heart disease)
- Income
- Wealth

まとめ

- 「高齢化亡国論」→全体一律の給付抑制は非建設的
- “高齢者”とひとくりにするのは危険
 - 健康状態の個人差は大きい(所得・資産・家族関係・就業状態も)さらに、社会経済的要因と密接に関連
- 個人の行動様式を吟味し、インセンティブを働かせ、効率化することは可能。国際比較可能なマイクロデータを使って、その知恵を絞ることが、高齢化についての日本の最大の貢献
- 現在追跡調査データをあわせて、(1)因果関係の検証、(2)政策効果の検証を進行中

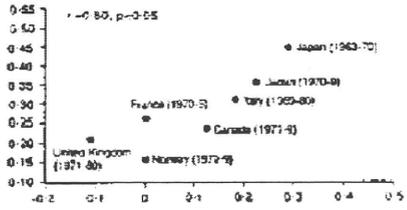
More about JSTAR

- 下記に1st wave report (downloadable)

<http://www.rieti.go.jp/en/publications/summary/09090002.html>

Or search "JSTAR" on RIETI homepage.

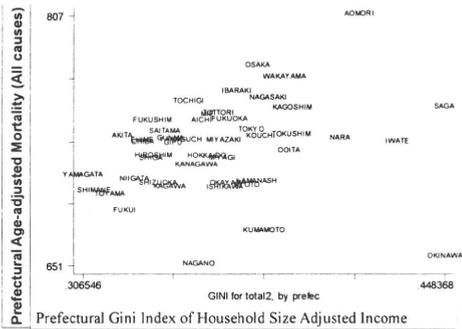
平均寿命の年次変化(年)



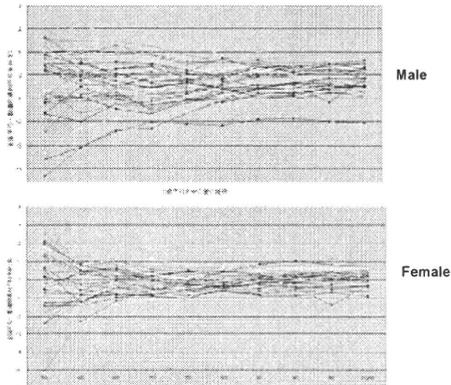
総人口のうち貧しい60%の人たちの収入が国民の総収入において占める割合の年次変化(高いほど格差が少なくなっている)

Wilkinson, G. Income Distribution and life Expectancy. British Medical Journal 304:163-168, 1992. Figure4 より改変。

Income inequality and all-cause mortality by 47 prefectures in 1995



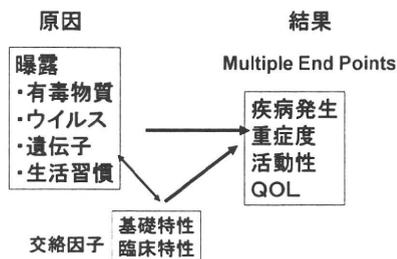
Prefectural life expectancy, difference from the national mean 1950-2000

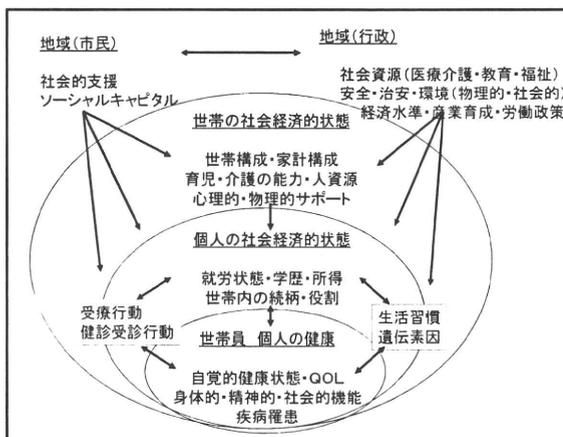


社会経済的健康要因

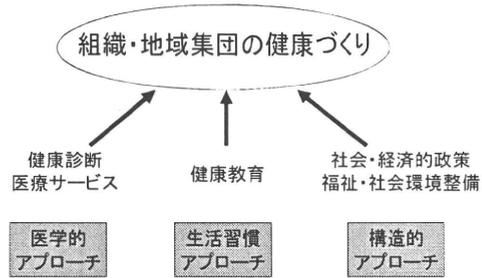
- 所得・教育・職階(いわゆる社会経済的地位)と健康
- 社会関係(network、social capital)と健康
- 性的役割や年齢・人種差別などの影響
- 生活環境、特にliving segregationなどdeprived areaの健康影響
- 文化習慣・社会規範と健康

従来の前提： 医学・疫学モデル





集団健康の規定因子(Roseを参考)



7

集団の特性と個人の健康

- 格差問題(所得や教育格差)
- 地域の信頼感(ソーシャルキャピタル)
- 治安・安全
- 健康増進的環境(歩きやすさ)

収入格差(集団)がなぜ健康(個人)に影響するのか?

- 唯物論的解釈
 - 低所得層への資源配分が不平等
 - 高所得層では影響しない
- 心理社会的解釈
 - 相対的貧困によるストレス
 - 高所得層でも影響する(上には上がある)
- 社会連帯による解釈
 - 相互信頼関係を持つ集団の影響

では喫煙にどう取り組むか？

- 生活習慣的アプローチ

- 社会的健康決定要因的アプローチ

社会的健康決定因子と政策

- 英国 Acheson report
- WHO Commission for Social Determinants of Health (CSDH)
- EU Health Impact Assessment

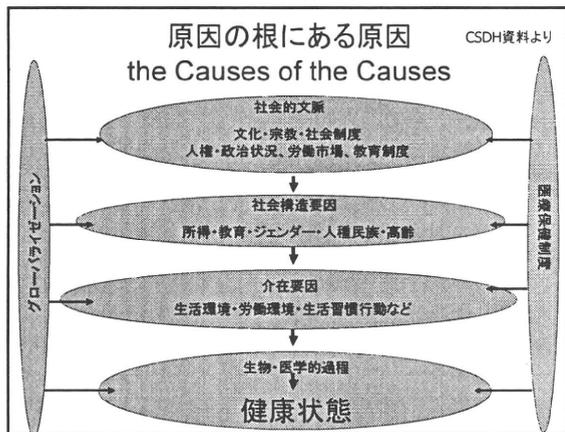
医療保健政策だけでなく、財政、経済、教育などあらゆる政策を統合的に駆使する

Acheson report

- 住居
- 公共交通機関
- 食品へのアクセス
- 就労と失業対策
- 教育
- 医療保険
 - 高度医療技術の開発とか高次機能病院とかは含まれていない！！

COMMISSION ON
SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH
2005.3~2008.1

- 保健・医療だけでなく、社会・経済・政治的状況が人の生活・厚生・健康に影響を及ぼす。つまりすべての政策は健康に通ずる
- 分けても社会格差による健康格差は政府が取り組むべき課題である
- 健康を左右する要因を変えるには、健康セクターだけでなく政府の全部門が協調して当たることが求められる
- 健康を左右する要因を変えていくには、科学的根拠に基づいた対策が必要である



Sir Michael Marmotの
インタビューより

- ほとんどの国の健康省の担当者は、もっと広い「健康の社会的決定要因」に関心を払っていない。それはうちの担当じゃない、うちは財務省じゃない、交通省じゃない、教育担当じゃないといって。

しかし我々は、これら健康担当省のひとたちに、省庁の壁を越え健康につながる政策をまとめ行動するためのアドボケーターになって欲しいのだ

• http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

 東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

「生命・健康」講座
地域医療と保険制度をどう守るか

2010年12月18日 @福井ライフ・アカデミー
 橋本 英樹
 医学系研究科 公共健康医学専攻
 臨床疫学経済学 教授

本セッションのメッセージ

 東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

- 病気を治すには、正しい診断、有効な治療
 選択肢、そして治療目標(ニーズ)にあった
 選択が必要
- 医療・保険制度など政策についても同じこと
- 正しい情報による正しい診断と、明確な政策
 選択肢の提示を国・政策担当が行う、
 それを選ぶのは国ではなくて国民
- 両者の信頼とコミュニケーションが重要

本セッションの構成

 東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

- I. 診断;直面する地域医療の問題
 - ・ 「医師不足による医療崩壊」など例に
- II. 治療選択;保険制度の進みうる方向
 - ・ 医療保険制度の現状と選択肢
- III. まとめ
