

う促した(4)。過去10年間に、ガーナやルワンダといった低所得国においても、低コストで国民皆保険を実現するための保険制度が導入されはじめている。(5-7)

国民皆保険の定義についてはまだ議論のあるところだが、一般的には、全国民が支払い可能な範囲の費用で健康増進、予防、治療、リハビリテーションなどの主要な保健介入サービスを利用できることとされている。財政的リスクから保護することを原則とし、医療サービスへの支払いによって国民が財政的に破綻することのないようにするものでなくてはならない(4, 8, 9)。社会保険制度を用いることで、それぞれの保険者ごとに被保険者間での連帯に基づき、徐々に被保険者の対象範囲を広げていくことができる(9)。日本は1961年に国民皆保険を実現したが、その時点で実質的に全国民が社会保険制度の対象になっていた(10)。

しかし、国民皆保険の実現は最終目的ではなく、新たな課題の始まりである。日本において国民皆保険制度は1961年の達成以降、常に修正変更が加えられてきた。患者自己負担率の変更、財源への税金投入のあり方、異なる複数の保険間での拠出金による相互補填など、さまざまな面で変化してきている(10)。わが国の国民皆保険制度がこのように徐々に変化してきたことは、国民皆保険制度に関する政策論争が多くの国で各国固有の文脈で行われているのと同じである。今日、日本の国民皆保険制度は、人口構造、経済、政治の各要因によってその財政的持続可能性が脅かされている。

しかし、低い経済成長と不安定な政治状況が、国民皆保険の諸問題への対応と構造改革を著しく困難にしている。さらに、2011

年3月11日のマグニチュード9.0の東日本大震災に起因する自然災害と原発問題という一連の危機的状況は、第二次大戦後に作られた日本の社会制度全体を揺るがしている(パネル1)(11)。これらの災害によって、日本の保健システムがこれまで長きに渡って根底に抱えてきた、構造的問題が露呈された。

日本語の「危機」は、危険と機会を意味する2つの漢字でできている。『ランセット』日本特集号(17)を始めるに際し、筆者らは、現在の日本の政治・経済・社会状況は、国民皆保険導入から50年経った保健医療システムを超党派で改革する機会であると考えた。また、人間の安全保障というわが国の考え方が、保健医療政策における国内外のさまざまな難題に対処するための鍵となる価値観になれば、と願った(10, 17-20)。日本特集号ではこれまで、我が国の健康水準、国民皆保険、医療費とサービスの質の問題、高齢化と介護、グローバルヘルスなど、日本の主要な保健医療のテーマを総合的に分析した結果を報告してきた。本稿では、日本の保健システムの主な成果をまとめ、将来に向けた課題を検討し、改革案を提言する。

B. 研究方法

検索方法と選定基準

PubMed, Medline, Embase, Jamas, Jstorの各データベース、政府の報告書、国内情報源の未発表文献を調査対象とした。情報源を特定したときは、本調査戦略を踏まえつつ、入手した報告の参考文献リストを調査することなどにより、その情報源を用い

て追加資料を作成した。本論文の第1部は、国民皆保険制度の導入から50年を経た日本における保健医療および関連要因の評価を行った『ランセット』の本特集号のこれまでの報告に基づいている。東日本大震災および地震後に発生した福島第一原子力発電所の事故の影響を検討するため、上記の方法により特定・検索した報告書、並びに国際原子力機関（IAEA）、日本政府および国内メディアなどを含む他の情報源から発行された文書を参照した。

C. 研究結果

優れた健康水準を低コストで公平に実現

日本の保健医療分野における過去50年間の最大の成果は、国民間での公平性を高めながら低コストで良好な健康水準を実現したことである。1985年の低コストで良好な健康水準の実現をテーマにした、中国、コスタリカ、スリランカ、インド・ケララ州の保健システムに関する画期的研究（8）が現在、国際研究者グループによって再検討されている（21）。著者らは日本の経験、特に、低コストで良好な健康状態を追求する一方で平等原則の追求にも成功した体験から、他国においても良好な健康水準を実現するための重要な教訓が得られると考えている。

1961年の日本の国民皆保険導入は世界でもかなり早いものだったが、特に当時1人当たり国民所得が英国の半分であったことを考えればなおさらである（10）。今日、雇用先や居住地により3500の保険者に分かれ、実質的にほぼすべての日本国民が医療社会保険に加入している。日本ではさらに、高齢者・児童以外の自己負担率を一律にす

るとともに、高齢者加入比率が異なる保険制度間の調整のために拠出金による相互補填を義務づけることで、異なる保険制度間の不平等を減らしてきた。これらの取り組みは、ほぼすべての日本国民に医療社会保険での平等な待遇を保証する平等原則の実現に寄与してきた。しかし、保険料の対所得比に関しては不平等が存在し、保険未加入のパートタイム労働者が増加していることが問題となっている（10, 22）。

国民皆保険をめぐる懸念は、医療費を持続可能な方法でどのように抑制するかということである（23）。日本は基本政策として、診療報酬により支払条件を供給側で厳格に管理する一方、サービスの提供方法については自由放任主義的アプローチを取ってきた（17）。医療の質の構造・プロセス面は、特に高血圧症などの慢性疾患において不十分であるように思われる。こうした医療の質の問題は、主として医師・病院の発展の歴史的経緯と専門家組織の不十分なガバナンスによるものであって、必ずしも医療費抑制策によるものではない。手術死亡率などの専門医による急性期治療のアウトカムは他国と同じぐらい良好である。しかし、保健医療資源のニーズと供給の間にミスマッチがあり、医療の質に対する情報開示が欠如している。

日本では、急速に進行する高齢化に対処するための革新的な政策が導入されている。65歳以上の人口は1990年では12%であったが2010年には23%になっており、過去20年間でほぼ倍増している。1970年代後半から、高齢者医療費は政策上の主な問題であった。本特集号の高齢化に関する論文にもあるとおり（20）、日本は高齢化社会の課

題に対応し医療費を抑制するため、2000年に公的介護保険制度を導入した。介護保険制度は社会保険の原則に基づいて運営され、所得や家族の状況に関係なくサービスが給付される。保険範囲と給付の面で、この保険制度は非常に寛大なものになっている。過去10年間にサービスの利用と支出が倍増したことに示されるとおり、この政策は広く受け入れられているが、当該期間の医療費増加率はわずか15%にすぎない。介護保険制度が被保険者とその介護者に与えている影響については、今後包括的な評価を行う必要があるものの、この政策は労働市場への女性の参加を促進し、世帯の財政負担を減少させることに成功している。しかし、制度の財政的持続可能性、施設介護への過度の依存、家族介護者のニーズに対するサービスの不足といった問題は依然未解決である(20)。

国民の健康水準の面で日本が果たした成果は目を見張るものがある。女性の平均寿命は86歳で、1986年以来世界一である。死亡率低下に関する成果については、本特集号の最初の国民の健康状態に関する論文で検討したように、2つの時期に分けることができる(19)。第1期は、第二次世界大戦終了直後から1960年代中頃までで、この間に5歳未満の感染症による死亡率と結核による成人死亡率は顕著に低下した。第2期は、1960年代から現在(国民皆保険導入後)までで、主として脳血管疾患と虚血性心疾患による成人および高齢者の死亡率の低下が著しかった。

第1期における死亡率の低下は、国としては貧しいながらも、感染症に対する公衆衛生的対策と結核の無料治療を施したこと

に、ある程度起因している。第2期では、塩分摂取量の低減などの健康リスク管理を展開したことと降圧剤の普及が主な要因と考えられる。保健医療システムは、全国民に医療サービスを受ける機会を保証するとともに、価格を規制して患者の自己負担額を低く抑えたことにより、相乗効果を生み出した。低コストで良好な健康水準を実現した日本の経験から得られる教訓は、国家の保健医療政策においてはまず医療サービスへのアクセスを改善し、医療費支払いによる世帯の貧困化を予防することをまず優先課題とすべきであり、その後に医療サービスの効率性と質を追求すべきであるということである(17)。ただし、医療サービスが普及する以前の1950年代において、感染症および脳血管疾患以外の原因による死亡率はすでに低水準にあったということからすれば、日本人の長寿傾向については遺伝的、あるいは生活習慣的要因も寄与していたとすることができるだろう。

過去20年の間、経済状況が悪化し、1983年以降大多数の被保険者に対する自己負担率が引き上げられ、さらには1990年代以降、所得格差が広がり失業率も上昇したにもかかわらず、平均寿命は延長し続けている。しかし、日本が本当に健康的な社会を実現したのかどうかについては疑問が残る。入手可能なデータによれば、1990年代以降、健康寿命の伸び率が鈍化している。(24)さらに、他国と比べれば日本における健康の社会経済的格差は依然小さいものであるとはいえ、社会経済的状况による死亡率格差は次第にはっきりとしつつあり、特に男性労働者における自殺率の上昇が顕著である(19)。これらの健康問題は、急速な高齢化

に加え停滞する経済と増加し続ける債務残高に直面する、今日の日本において解決されるべき、より広範な制度的課題を象徴しているのかもしれない(25)。果たしてわが国は国民全体の、そして国民一人一人の健康を低コストのままで追い求めていくことができるのだろうか。

日本の今後の課題

低コストで良好な健康水準を公平に実現してきた日本の制度には、財政的な持続可能性・政治ガバナンス・消費者の期待への対応という3つの主な課題があると本特集号では述べてきた(10, 17-20)。

まず、日本にとって最大の課題は、国家の財政状況と保健医療の財源調達をいかに図るかである。医療費の多くは社会保険料によって賄われているが、医療費の4分の1は政府の一般財源からも捻出されており、政府予算の10%を占めている(26)。高齢化社会の進展と医療技術の進歩に伴い医療費が年々増えていくにつれてこの金額も増加していくため、政府は総医療費を管理して総予算を抑制しなければならない。1991年に日本のバブル経済が崩壊して以来、予算の制約が厳しくなっており、日本の債務残高は国内総生産の2倍にまで累積している(27)。医療費の抑制がますます困難になる一方、政府には財源を増やす余力がない。さらに、地震・津波・原発事故という3つの災害に見舞われた地域の緊急復興や補償のために、政府に対する財政圧力はさらに増していくことになる(図1)。

次に、『エコノミスト』誌によれば、わが国は「政治制度が機能不全に陥り意気消沈している国」である(28)。最近の原発危機

に対する政府の対応の混乱ぶりは、より強力な政治のリーダーシップと意思決定の透明性を高めることの必要性を示している。2011年3月11日の災害発生後、政府は公的対策本部を数多く設置したが、結果的に政府の非効率な対応につながった。放射線リスクと原発の被害規模に関する情報公開のタイミングのまずさと矛盾する内容が一般国民の混乱と大規模なパニックを生み出し、政府への不信感を高める一因になった(29)。政府委員会の委員であった学者も、実効性に欠け、リスク評価が不適切で、一般向けのメッセージが不明瞭であると批判を受けたが、それはコミュニケーション能力の拙劣さに加えて、政府と原子力業界との間の利益相反のためであった。災害に対する政府の対応は、異なる省庁間の対立や競合、原子力エネルギー政策に見られたような特定分野における産学官の癒着などを特徴とする、日本の政策決定の制度的仕組みがもはや時代遅れであることを浮き彫りにした。混乱した政府の対応は、民主党政権下での官僚と政治家の相互不信によってさらに悪化している。今回の災害はまた、数十年に及ぶ自由民主党政権のもとで進められていた原子力業界規制が、実効性を伴わないものであったことをも露呈した(30)。

最後に、今日の情報化が進みネットワーク化される社会にあって、時々刻々と変化していく国民の健康に対する期待や、良質なサービスに対する需要の高まりに、日本の保健システムが十分対応できていないことがある。こうした状況は、いくつかの医療問題についてすでに国民的議論を生み出している。たとえば、医薬品による健康被害が報告された後、相次いで訴訟が起り、

それが医薬品および医薬機器の許認可制度の見直しにつながった (31, 32)。しかし、新しい医薬品や医療機器、ワクチンの承認が遅いため、医師や患者を落胆させることにもなっている (パネル 2)。これらの動向は、日本の保健システムにおける医療関係者と患者、マスメディアとの間の緊張と対立が高まっていることを示している。

日本政府は 2009 年、高齢化社会において、経済成長・科学技術の発展・生活の質の向上を一体的に実現するために「ライフ・イノベーション」が戦略的に重要であると認識するに至った (40)。この政策は 2009 年に内閣で承認されたが、生命科学・情報科学・ゲノミクスの科学研究を促進して、高齢化社会に影響を及ぼす各種疾患の診断・治療を向上させるイノベーションを目指すものである (41)。筆者らは、保健医療を主要な経済活動の一環とみなす、技術主導型・成長志向型のこのアプローチを歓迎している (42, 43)。

医師数が継続的に増加しているにもかかわらず、一部の専門分野、特に産科・小児科・外科では医師が不足している (44, 45)。一部の専門分野の医師不足は、数の問題だけではなく、患者がより高い医療の質を求めたり、医療以外の要因、すなわち、患者個人の尊重や患者中心的な診療を求めるなど、要求水準が変化してきていることもあって複雑な問題となっている (46)。医療の質や医師に関する患者の理解はより洗練されたものになってきているのに対して (47)、医師側はこれらの変化に追いついていない。リスクの低い手術でさえ、今日の患者の多くは高次病院の専門医による治療を求めている。救急医療に関しては、親も総合医も、

そして救急救命医も、子どもの診察は当直担当の内科医ではなく、あくまで小児科専門医が行うべきだと思っている (48)。このように要求水準が高まっているにも関わらず、医療サービスの機能分化が不十分で専門医の配分もニーズに合っていないために、特に救急医療の領域では、大規模医療センターで問題が噴出している。患者の期待する医療が変化してきており、プライマリ・ケアを行う医師と専門医の役割およびそのバランスを調整しなおす必要があるのだ。

日本の現行制度は国民を他国の水準よりも健康にしているのかもしれないが、高まる国民の期待には対応できていないようである。日本は、高齢化の進展、不確実性の増大、そしてグローバリゼーションという今日の文脈のもとで、「健康」の意味を考え直す必要に直面している。特に、国民が健康に対して抱いている価値観に寄りそって、グローバルヘルスにおける世界のリーダーとして整合性のある健康ビジョンを策定する必要がある。これらの課題に対処するためには、日本は保健システムの大規模な改革を実行しなければならないと筆者らは考える。

D. 考察

課題と改革に向けた提案

未来に向けた改革

今日の日本では、他の多くの分野と同様に、医療制度の改革が必要であることについては幅広いコンセンサスが存在している。しかし何をすべきか、いかに改革すべきかについてはさまざまな意見がある。我が国は、一部の利害関係者に不利になるが社会全体のためには必要な、難しい社会的決断

を下す能力を失ったようだ。過去 50 年間を通じて日本の保健医療が育んできたものを、この先も持続可能にし、かつ公平性を確保するために、筆者らは 4 つの改革案を提言する（パネル 3）。

第 1 は、人間の安全保障という価値観に基づく改革を実行することである。日本の保健システムのもと国民医療費は増加し続けている。今の日本で、保険料や税金の引き上げなどにより、医療費の財源を増やす必要があることは間違いない。しかし、より本質的問題は、新しい医療費の財源を確保する際に、いかにして負担の公平性を確保していくか、ということである。負担の公平性を確保できるかどうかは、正しい情報開示に基づく日本国民の判断にかかっている（21）。

そもそも、構造改革は国が実現しようとする価値感を反映したものになる。欧州諸国は、それぞれの価値観および政治的・歴史的事情に基づいて今日ある形の保健システムを築き上げてきた。日本の場合は、他の非西洋諸国と同様に、官僚と政治家が既存の保健システムを輸入し自国の事情に適合させてきた。いろいろな制度のいいとこ取りをした寄せ集めで、必ずしも政策的一貫性が確保されていたわけではなかったため、その質を保持し高めるための構造が欠如しているのである。

グローバルヘルスに関する論文にもあるとおり（18）、日本は人間の安全保障を外交政策の礎にしたが、それは日本が政治・経済・社会の発展の相互依存性を理解していたからである。これまで機能してきたわが国の保健システムは破綻し始めており、最近の震災でも明らかのように、現在では国

内の人間の安全保障をも脅かし始めている。日本が直面している課題に対応するためには、人間の安全保障—すべての人々を危機的かつ蔓延する脅威から守り、生存・暮らし・尊厳のための糧を与えること（49）—がこれまで以上に重要である。そのひとつが国民皆保険制度なのである。この目的を達成するには、このコンセプトをもっと積極的に国内政策に応用することが必要であると筆者らは考える。健康とは、われわれが共有している人道上の根源的な共通目標である。だからこそ健康は、自国民の人間の安全保障を追求する日本の取り組みにおいて、主要な役割を果たす、特別の意味を持っているのである。

日本は、保健医療システムを通じて実現すべき共通の価値観をはっきりさせることから改革を始めなくてはならない。そして、常にその価値観に沿って改革を進める必要がある。筆者らは、人間の安全保障における平等こそ、日本の保健医療政策の中核的価値観であると信じている。一方、それを実現するにはすべての利害関係者が改めてそれぞれの立場から尽力する必要があるだろう。強制加入による社会保険制度は堅持されるべきであるが、その一方で、保険制度の統合および公正な保険料の設定による構造改革は平等性を高めるために必要なステップとなる。

戦後日本の政策決定システムの時代は終わりを告げつつある。政策決定過程をより透明にして国民の価値観をより反映させる必要がある。2010 年の調査によれば、日本の保健システムに対する不満の大きな要因は、医療の質や利用機会、費用に関する問題ではなく、政策決定における公正性と国

民参加の欠如である（図2）（50）。この公正性および政策決定への国民参加の欠如の背景には、政策決定過程において適切なエビデンスの活用が欠落しているという事実がある。地方レベルであれ、国家レベルであれ、世界レベルであれ、政策決定過程は常に政治的なものである。しかし、主要な政策オプション、特に全体の状況を加味した政策を選択するには、質の高い科学的知見やエビデンスに基づくことが必要なのである。

構造改革の必要性についてはおおむね社会的合意があるものの、政治的リスクを冒してまで惰性を打破し保健システムを変革しようとする者がいない。制度の非効率さは高度経済成長期には許容されえたが、経済が停滞している今日ではもはや寛容できない。さまざまな政党および立場の利害関係者が個々のグループの既得権益を超えて大胆に連携することが、日本の保健システムの構造改革を促進するために必要であると筆者らは考える。

第2に、政府および地方自治体のそれぞれの役割を見直すことである。人間の安全保障という考え方は、トップダウンとボトムアップという両方のアプローチによる保健システム改革を必要とする。トップダウンに関しては、まず政府において、権限・責任が省庁別の縦割りになっている状況を打破し、国民中心型の保健医療を重視し相互連携を深めることが必要である。改革の最大の障害は、時代遅れで凝り固まった日本の保健医療政策の政策決定メカニズムであり、これまで国内外の保健医療専門家が互いに関与する機会はほとんど与えられなかった。国内外の保健医療政策に関して中

立的で確かな分析を行うためには、米国の疾病対策予防センター（CDC）や国立衛生研究所（NIH）、医学研究所（IOM）、英国の国立医療技術評価機構（NICE）のような機関を日本においても設立する必要がある。同時に、ボトムアップに関しては、地方自治体の政策企画部門に権限を委譲し、地域の政策的自律性を拡大すべきである。これらの改革を設計し実行するためには、医師会・政府組織・民間企業・市民団体といったこれまで協働したことのなかった諸団体間の新たな対話と意思決定が必要になるだろう。

現在の日本の保健医療政策は、政府が一律に決定し、地方自治体にはほとんど裁量権がない。しかし、地方レベルでは、市民が保健医療政策の立案と実行に参加できるよう、都道府県が中核的組織となるべきである。そのための第一歩は、市民が選挙を通じて、地域保健医療システムの管理・維持を公約とする政治家を選ぶことだろう。さらに都道府県レベルで社会保険制度を統合すれば、各保険者間での費用分担の公平性が改善されるだけでなく、都道府県知事の権限も高まるだろう。都道府県知事の権限の強化によって、医療提供体制がより厳格に管理され、地域における保健医療資源の配分効率および機能が改善されるだろう。医療機関の診療実績をオープンにモニタリングすることで質を高めるとともに、病院および診療所を統合して効率を高めるべきだろう。

東北地方が現在直面している地震、津波、原発事故という三重の災害は日本にとって、第二次世界大戦以来最悪の人道危機である。津波に襲われた沿岸部の辺鄙な村は、日本で最も急速に高齢化が進んでいる地域

の1つである。生存者の間では高血圧症・糖尿病の罹患率が高く、保健人材が慢性的に不足し、質の高い医療へのアクセスが限られている(51)。これらの地域では、日本の保健システムそのものが抱える大きな問題、すなわち、人口の高齢化、生活習慣病の増大、質の高い医療サービスへのアクセスの欠如、そして保健人材の不足、が震災以降増大している。これは、日本全体の未来を予兆するシナリオを示している。東北地方における保健システムの復興は、我が国の保健システムの将来的な改革の試金石になる。東北地方の保健医療制度を立て直すことは、日本の保健医療制度を人間の安全保障という考え方に基づいて積極的な改革を行う機会になると筆者らは考えている。

第3は、保健医療の質を改善することである。医療の質を高めるための制度設計とインセンティブが日本には欠けている(52)。専門医認定制度はまだ成熟しきっておらず、制度的には依然として医師は自分が望む専門分野を自由に標榜し診療することができる。医療ニーズに基づいて国レベルで専門医の必要養成数を定めたり、専門医として要求される経験水準を満たすために必要な人的・物的資源も十分確保されていない

(17)。各専門医認定学会は日本専門医制評価・認定機構に所属しているが(53)、同機構には、割当人数を設定したり認定要件を標準化したりする権限はない。すべての専門医認定学会はまず、日本胸部外科学会やいくつかの他の専門学会のように、専門医の必要数を設定し質を評価するための臨床データベースを構築することから始めるべきである(54)。

割当人数が設定されていないため、あま

りにも多くの専門医が養成される事態に至っている。しかし、専門医としてのキャリアを継続し選択する医師はわずかであり、残りの医師は家庭医としての正式な研修を受けないまま総合診療に従事している。日本では、プライマリ・ケア科や総合診療科がある大学医学部がほとんどないため、総合診療は専門分野として確立していない。それこそが、日本の保健システムにおいてプライマリ・ケアの継続性と総合性が不十分なままであることの根本的理由となっている(11)。このような医師の養成と診療のミスマッチに対応するためには、大学医学部における教育制度を長期的視野に立って見直す必要がある。たとえば専門医向けの総合診療再研修プログラムを、卒後研修教育制度に取り入れることなどが求められるだろう(55, 56)。そうしたプログラムでは、患者とのコミュニケーションスキル、チーム医療のマネジメント技術、そして地域の保健アウトカムに対して明確な責任を果たせるように地域医療資源を調整する技能などを重視すべきである。

専門医やその他必要な医療資源を効果的に配分するためには、医療従事者、地方自治体、市民で構成される地域医療計画策定委員会を設置すべきである。また、医療機関の診療の質をモニターするためには、国の病院情報システムから、病院からの提出が義務付けられている情報を自動的にダウンロードできるようにして活用すべきである。そうしたモニタリングによって、医療機関の間で医療の質を高める競争が誘発されるだろう。診断群別支払い制度に参加している病院ではそうした報告制度が存在し、効果的な病院のモニタリング制度を創設す

るための基盤を提供している (57)。主として慢性期診療を行う小規模病院に対しては、介護施設への転換をもっと推進すべきである。

専門家団体と病院団体は、医療の質の改善に取り組んでいることを一般国民に示し、自らの取り組みを透明化する用意があることを示せば、より有利な立場で保健医療資源の増加を要求することができるだろう。そうした要求は国レベルでも都道府県レベルでも問題となるだろう。

第4は、グローバルヘルスへの積極的参加である。日本にとって鍵となる戦略課題は、高齢化社会におけるグローバルヘルスの意味を再検討することと、日本が他国よりも多くの専門知識を有している領域を特定することである。『ランセット』の日本特集号では、日本が過去50年間に国民の健康と幸福の向上を追求する過程で蓄積してきた、特に国民皆保険に関連する健康および保健システムについての豊富な知見と専門的知識を紹介してきた。健康関連のミレニアム開発目標 (MDGs) を達成するための保健介入の規模をさらに拡大していくにあたり、日本の経験と専門的知識がきわめて重要なのである。さらに、健康保険と介護制度に関する日本の経験と知見は (10, 17, 20)、高齢化社会における国民皆保険と介護制度の構築が次の課題となる、MDG後のグローバルヘルスの流れにとって大きな知的財産になるだろう (2, 18)。日本の財政的・実質的な取り組みを海外開発援助を通じて拡大し深化させていくことで、これらの財産を活用すべきである。すなわち、震災後の喫緊の復興需要があるとはいえ、こうした活動を削減してはならない。

E. 結論

これら4つの改革案はすべて実行可能なのだろうか。日本はそれを実行しなければならぬし、その能力があると筆者らは考えている。これら4つの改革案はそれぞれ独立したものではない。実際、これらは同時に実行しなければならないものである。人間の安全保障が、政府と地方自治体の構造を改革するための統一的テーマになるだろう。政府と地方政府の責任がより明確になり、医療従事者の説明責任がより明確に果たされるようになれば、一般国民は保健医療に資源を追加配分することにもっと意欲的になるだろう。このような変革を可能にするため、筆者らは、保険料をより直接的に医療提供制度と連動させることができるよう、医療社会保険制度を都道府県レベルで統合することを主張してきた (10)。さらに、最初の3つの改革が達成されれば、日本はさらに有利な立場でグローバルヘルスへの取り組みを拡充できるようになるだろう。

2011年3月の大震災が発生してからは、変革がいつそう急を要するものになっている。筆者らの提言は直ちに採用され、3~5年のうちに実行されるべきものである。今は改革だけでなく再生の時でもあるのだ。これらの課題の重要性の大きさから見て、これまでの日本の政策決定の特徴となってきた、「段階的改革」に頼ることはもはやできない。日本ではこれまで、災難の後にしばしば大規模な変革が起こってきたことに留意すべきである (28)。1923年の関東大震災後、日本は軍国主義に転換した。第二次世界大戦で敗戦し米国に原爆を落とされ

た後には、1947年に平和憲法を採択し、平和的な経済成長路線を採用したのである。1995年の阪神淡路（神戸）大震災後はきわめて内向きになった。今回の大災害も国家の未来に大きな影響を及ぼすだろう（28）。これらの変化の力を建設的な方向へ導いてやる必要があると筆者らは考える。

明るい兆しはすでにある。日本では、危機的状况に対応して、災害に打ちひしがれた人々を助けようと熱心に取り組む若者が増えている。彼らは、革新的なソーシャルメディアを駆使して情報を集めては広め、プロジェクトの支持をとりつけ、大規模な寄付運動を開始している（58）。革新的変化のリーダーに率いられた日本版の新しい公共運動が進行しており、中央集権的な政策決定システムから、より分権化された国民中心のアプローチへと体制を移行させることを望んでいる。また、この危機によって、日本ではまだ社会的団結・信頼・互恵の感覚が強く共有されていることも明らかになった。災害救済と全国民への保健医療提供という、人間の安全保障のアプローチは、21世紀の日本および世界の礎となりうるのである。

日本は、この困難な時期にあって、世界中から寛大な支援を受けてきた。今は日本が国際社会に恩返しをする時である。日本は新たな保健医療の制度と新技術の研究開発の場とならなくてはならない。人間の安全保障、人道的見地に基づく災害対応、放射線被曝の健康影響などの状況のなかで、国民皆保険制度・公平性、健康と長寿についての教訓を世界中から集約するべきであると、筆者らは提案する。『ランセット』日本特集号が様々な障害を克服する新しい時

代を切り開き、日本の過去50年間の成功と課題からより広範な教訓を世界にむけて発信するきっかけになると、筆者らは信じている。

引用文献

- 1 Reich MR, Ikegami N, Shibuya K, Takemi K. Fifty years of pursuing a healthy society in Japan: achievements and challenges. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60274-2.
- 2 Latko B, Temporão JG, Frenk J, et al. The growing movement for universal health coverage. *Lancet* 2011; **377**: 2161–63.
- 3 Garrett L, Chowdhury AMR, Pablos-Méndez A. All for universal health coverage. *Lancet* 2009; **374**: 1294–99.
- 4 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 (accessed July 20, 2011).
- 5 McIntyre D, Garshong B, Mtei G, et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ* 2008; **86**: 871–76.
- 6 Agyepong IA, Adjei S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. *Health Policy Plan* 2008; **23**: 150–60.

- 7 Twahirwa A. Sharing the burden of sickness: mutual health insurance in Rwanda. *Bull World Health Organ* 2008; **86**: 823–24.
- 8 Halstead SB, Walsh JA, Warren KS, eds. Good health at low cost. New York, NY: Rockefeller Foundation, 1985.
- 9 Carrin G, Mathauer I, Xu K, Evans DB. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bull World Health Organ* 2008; **86**: 857–63.
- 10 Ikegami N, Yoo B-K, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3.
- 11 The Lancet. Japan: health after the earthquake. *Lancet* 2011; **377**: 968.
- 12 Ide S, Baltay A, Beroza GC. Shallow dynamic overshoot and energetic deep rupture in the 2011 Mw 9.0 Tohoku-Oki Earthquake. *Science* 2011; **332**: 1426–29.
- 13 警察庁「東日本大震災について」2011年発表, 警察庁ウェブサイト (<http://www.npa.go.jp/archive/keibi/biki/index.htm>) (2011年5月29日アクセス).
- 14 東京電力「原子力発電所の影響と現在の状況」2011年発表, 東京電力ウェブサイト (<http://www.tepco.co.jp/nu/fukushima-np/index-j.html#anchor02>) (2011年5月29日アクセス).
- 15 McCurry J. Japan: the aftermath. *Lancet* 2011; **377**: 1061–62.
- 16 Fukukawa K, Arai H. Earthquake in Japan. *Lancet* 2011; **377**: 1652.
- 17 Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *Lancet* 2011; published online Sep 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2.
- 18 Llano R, Kanamori S, Kunii O, et al. Re-invigorating Japan's commitment to global health: challenges and opportunities. *Lancet* 2011.
- 19 Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6.
- 20 Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61176-8.
- 21 London School of Hygiene and Tropical Medicine. 'Good health at low cost' 25 years on. What makes a successful health system? London: London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2011. <http://healthsystems.lshtm.ac.uk/ghlcmontreuxflyer.pdf> (accessed July 23, 2011).
- 22 厚生労働省「平成15年就業形態の多様化に関する総合実態調査結果の概況」2004年7月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/keitai/03/index.html>) (2011年5月29日アクセス).
- 23 Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. London: Oxford University Press, 2004.

- 24 Hashimoto S, Kawado M, Seko R, et al. Trends in disability-free life expectancy in Japan, 1995–2004. *J Epidemiol* 2010; **20**: 308–12.
- 25 Ikegami N, Campbell JC. Japan's health care system: containing costs and attempting reform. *Health Aff (Millwood)* 2004; **23**: 26–36.
- 26 財務省主計局『平成21年度 一般会計予算書』独立行政法人国立印刷局, 2009年.
- 27 OECD. Economic Outlook 2010. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011.
- 28 The Economist. The fallout. March 17, 2011.
<http://www.economist.com/node/1839598>
1 (accessed July 23, 2011).
- 29 Onishi N, Fackler M. In nuclear crisis, crippling mistrust.
http://www.nytimes.com/2011/06/13/world/asia/13japan.html?pagewanted=1&_r=1&sq=fukushima&st=cse&scp=3 (accessed July 1, 2011).
- 30 本田宏「日本の原子力政治過程(2) 連合形成と紛争管理」『北大法学論集』54巻2号205-262頁, 2003年.
- 31 Ablin RJ. Japanese HIV-blood trial. *Lancet* 2002; **359**: 446.
- 32 Yasunaga H. Risk of authoritarianism: fibrinogen-transmitted hepatitis C in Japan. *Lancet* 2007; **370**: 2063–67.
- 33 Association of the British Pharmaceutical Industry: Pharmaceutical Industry Competitiveness Task Force. Competitiveness and performance indicators 2005. 2006.
www.advisorybodies.doh.gov.uk/pictf/2005indicators.pdf (accessed May 25, 2011).
- 34 Danzon PM, Wang YR, Wang L. The impact of price regulation on the launch delay of new drugs—evidence from twenty-five major markets in the 1990s. *Health Econ* 2005; **14**: 269–92.
- 35 Hirai Y, Kinoshita H, Kusama M, Yasuda K, Sugiyama Y, Ono S. Delays in new drug applications in Japan and industrial R&D strategies. *Clin Pharmacol Ther* 2010; **87**: 212–18.
- 36 Kyo S, Takamoto S. Ventricular assist device. *Kyobu Geka* 2009; **62** (8 suppl): 704–11.
- 37 Murashige N, Matsumura T, Kami M. Disseminating Japan's immunisation policy to the world. *Lancet* 2011; **377**: 299.
- 38 厚生労働省予防接種部会 ワクチン評価に関する小委員会 ポリオワクチン作業チーム『ポリオワクチン作業チーム報告書』2011年3月発表, 厚生労働省ウェブサイト
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000014wdd-att/2r98520000016rr8.pdf>)
(2011年5月29日アクセス).
- 39 厚生労働省厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会『ワクチン評価に関する小委員会 報告書』2011年3月発表, 厚生労働省ウェブサイト
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000014w74-att/2r98520000014w9e.pdf>)
(2011年5月29日アクセス).
- 40 Cyranoski D. A healthier Japan. *Nature*

- 2011; **474**: 136.
- 41 Government of Japan. Life innovation: a society of health and longevity. Highlighting Japan. Tokyo: Public Relations Office, Government of Japan, 2010.
- 42 宮沢健一『医療と福祉の産業連関』東洋経済新報社, 1992年.
- 43 宮沢健一『平成15年度 厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業 医療と福祉の産業連関に関する分析研究報告書』財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 IHEP 医療経済研究機構, 2003年.
- 44 Ide H, Yasunaga H, Kodama T, Koike S, Taketani Y, Imamura T. The dynamics of obstetricians and gynaecologists in Japan: a retrospective cohort model using the nationwide survey of physicians data. *J Obstet Gynaecol Res* 2009; **35**: 761–66.
- 45 Ide H, Yasunaga H, Koike S, Kodama T, Igarashi T, Imamura T. Shortage of pediatricians in Japan: a longitudinal analysis using physicians' survey data. *Pediatr Int* 2009; **51**: 645–49.
- 46 WHO. The World Health Report 2000. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000: 1–215.
- 47 厚生労働省『平成20年 受療行動調査』厚生統計協会出版, 2010年.
- 48 Ding H, Koinuma N, Ito M, Nakamura T. Strategies for improving pediatric services in Japan. *Tohoku J Exp Med* 2005; **206**: 195–202.
- 49 Commission on Human Security. Human security now. In: Ogaka S, Sen A, eds. Commission on Human Security: New York, NY, 2003.
- 50 Health and Global Policy Institute, Japan. Summary of the 2010 public survey on healthcare in Japan. 2010 http://www.hgpi.org/handout/2010-02-15_25_787459.pdf (accessed May 25, 2011).
- 51 『避難所生活の人工透析患者, 2人死亡』読売新聞, 2011年4月2日発表, YOMIURI ONLINE ウェブサイト (<http://www.yomiuri.co.jp/national/news/20110402-OYT1T00309.htm>) (2011年5月29日アクセス).
- 52 Henke N, Kadonaga S, Kanzler L. Improving Japan's health care system. http://www.mckinseyquarterly.com/Improving_Japans_health_care_system_2311 (accessed July 23, 2011).
- 53 日本専門医師評価認定機構ウェブサイト (<http://www.japan-senmon-i.jp/>) (2011年5月29日現在) .
- 54 一般社団法人 National Clinical Database (<http://www.ncd.or.jp/index.html>) (2011年7月20日アクセス).
- 55 Chen FM, Burstin H, Huntington J. The importance of clinical outcomes in medical education research. *Med Educ* 2005; **39**: 350–51.
- 56 Chen FM, Phillips RL Jr, Schneeweiss R, et al. Accounting for graduate medical education funding in family practice training. *Fam Med* 2002; **34**: 663–68.
- 57 独立行政法人 国立病院機構 『国立病院機構 臨床評価指標2009』 (<http://www.hosp.go.jp/resources/conten>

- t/7015/ci2009.pdf) (2011年7月20日アクセス) .
- 58 Sato N, Yamazaki M. How generation next is rebuilding Japan. http://blogs.hbr.org/cs/2011/05/how_generation_next_is_rebuild.html (accessed May 28, 2011). *Harvard Business Review*, 2011.
- 59
- 60 Yamada M, Hagihara A, Nobutomo K. Coping strategies, care manager support, and mental health outcome among Japanese family caregivers. *Health Soc Care Community* 2008; 16: 400-09.
- G. 研究発表
1. 論文発表
1. Reich MR, Ikegami N, Shibuya K, Takemi K. 50 years of pursuing a healthy society in Japan. *Lancet* . 2011; 378(9796): 1051-1053.
2. Shibuya K, et al. Future of Japan's system of good health at low cost with equity: beyond universal coverage. *Lancet*. 2011 Oct 1;378(9798):1265-73.
3. Llano R, et al. Re-invigorating Japan's commitment to global health: challenges and opportunities. *Lancet*. 2011 Oct ;378(9798):1255-64.
4. Tamiya N, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *Lancet*. 2011 Sep 24;378(9797):1183-92.
5. Hashimoto H, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *Lancet*. 2011 Sep 24;378(9797):1174-82.
6. Ikegami N, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet*. 2011 Sep 17;378(9796):1106-15.
7. Ikeda N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet*. 2011 Sep 17;378(9796):1094-105.
2. 学会発表
- 国際シンポジウム「医療構造改革の課題と展望－3月11日の大災害を超えて21世紀型の新たな皆保険制度－日本の保健システムを再考する」(2011. 9. 1) にて本研究の概要を発表し、ランセット編集部や国際諮問員の専門家と今後の研究方針について意見交換を行った。
- H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他

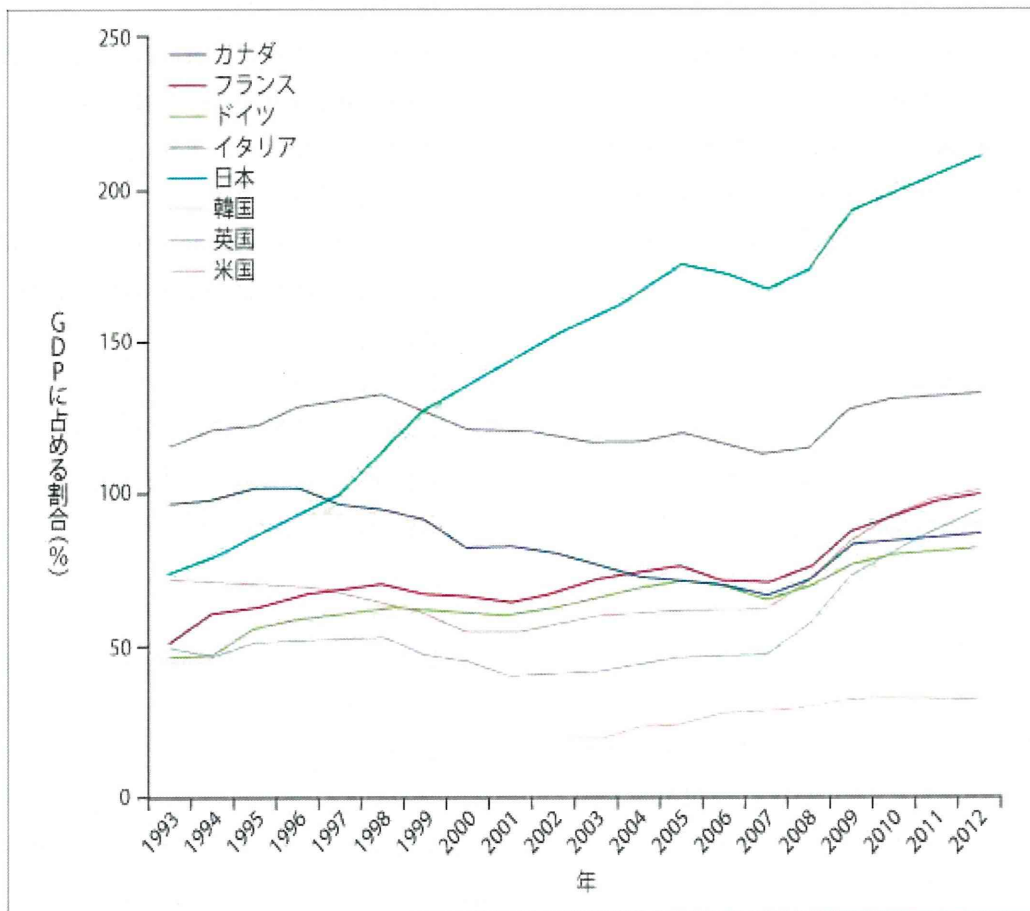


図1:国債の対GDP比

データは「経済協力開発機構(OECD)」²⁷⁾による。

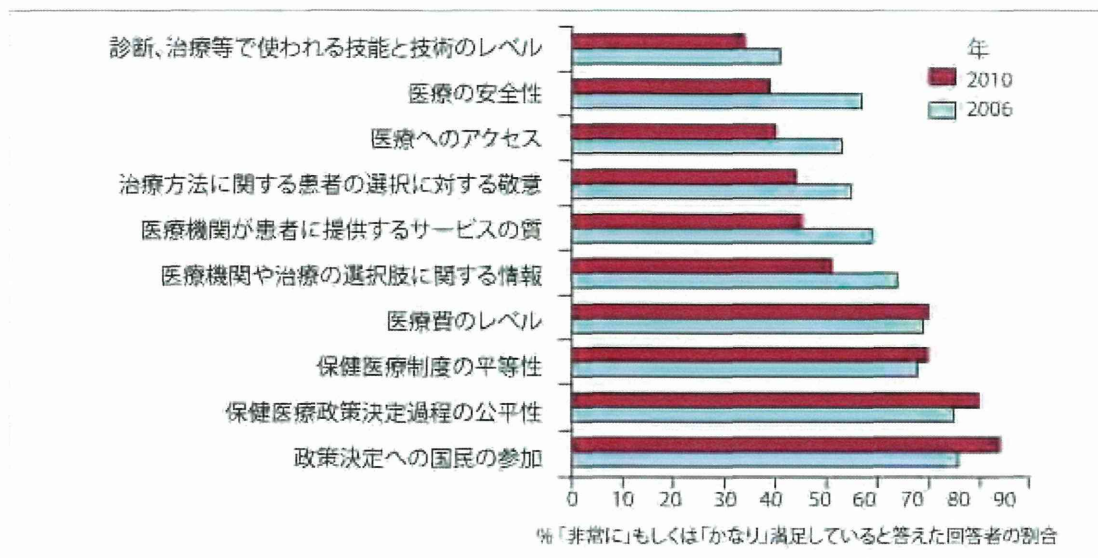


図2:保健医療制度に対する日本国民の不満の主な理由

2010年1月、日本の専門家により保健医療政策に関する世論調査が行われた。(50)1650人(20歳以上)を対象とする2段階クラスターサンプリングにより、保健医療政策のさまざまな側面に関する世論情報を収集した。全体の回答率は62%であった。同じ質問で構成された2006年の調査と比較すると、直近の調査によれば、過去数年の間に保健医療制度の政策決定プロセスに対する一般国民の不満が高まっている一方、医療サービス・治療に対する満足度は上昇している。

高齢者窓口負担の受診率および健康に与える影響

研究分担者 橋本英樹（東京大学大学院公共健康医学専攻 教授）

研究協力者 重岡 仁（コロンビア大学経済学部博士課程）

研究要旨

本研究は、日本における、高齢者窓口負担が受診率および健康に与える影響を明らかにすることを目的とした。具体的には、患者調査（昭和 59 年～平成 20 年）および人口動態統計（死亡票、昭和 46 年～平成 20 年）を用いて、70 歳での窓口負担の変化が、外来受診率、入院率、死亡率等に与える影響を regression discontinuity design により推計した。各年齢における医療費用額は、社会医療診療行為別調査（昭和 50 年～平成 20 年）より求めた。さらに国民生活基礎調査（昭和 61 年～平成 20 年）を用いて、死亡率以外の健康指標を調べた。その結果、70 歳の窓口負担の減少により外来および入院の利用率が大幅に上昇することがわかった。価格弾力性は、外来および入院ともにマイナス 0.2 ほどであった。ただし、死亡率やその他の健康指標には影響が見られなかった。以上において、日本において、高齢者の窓口負担軽減が不必要な医療サービスを誘発している可能性が示唆された。今後、疾病ごとに個別に分析し、この結論が説得的であるかさらなる検討が必要である。

A. 研究目的

わが国の高齢者は、高齢者以外に比べて、約 5 倍もの医療サービスを利用している。高齢化が進む日本においては更なる医療費の増加が予測される。昭和 48 年に 70 歳以上の高齢者の医療費は原則無料化されたが、昭和 58 年以降は、高齢者の窓口負担は暫時引き上げられてきた。しかし、窓口負担の増加によって、不必要な医療サービスの利用（モラルハザード）に減少が見られたか、もしくは、逆に必要な医療サービスを受けられなくなったか、といった窓口負担が医療サービスの利用率に与えた分析は少ない。特に患者単位のマイクロレベルデータを用いた分析は数少ない。さらにそれが死亡率や健康状態に与えた影響についての解析は皆無と言える。

窓口負担が保険医療サービス利用率や健康に与える影響に関する先行研究では、アメリカにおいて RAND Health Experiment が有名である。この実験においては、窓口負担を患者にランダムに割り振ることにより、利用率やその後の健康に与える影響を分析した。しかし、この実験に

は 62 歳以上が含まれておらず、例えば、高齢者の方が、より金銭状況が厳しいとすれば、この実験から得られた窓口負担に対する利用率の弾力性は過大評価されている可能性が高い。一方で、高齢者に関しては、高齢者向けの公的保険であるアメリカのメディケアーに関する研究が多くなされているが、これは無保険者が新たに保険によってカバーされる効果の測定であり、皆保険が実施されている日本における窓口負担の影響の分析とは、状況が異なる。

そこで、本研究では、患者調査を用いて、70 歳前後での医療サービスの利用率の違いを、さらに人口動態死亡票、国民生活基礎調査を用いて、それが健康に与える影響について調べることを目的とする。統計手法としては、70 歳という閾値を利用して、regression discontinuity design という手法を用いて解析を行った。日本の場合は、アメリカの場合と違い皆保険が達成されているため、70 歳前後を比較することで純粋に窓口負担の違いが、医療サービスの利用率に与える影響だけを観察することが出来る。また、アメリカにおいては保険者や医

療の供給者側が医療サービスの値段設定に関与するために、需要側の窓口負担の影響だけを分離するのが難しいのに対し、日本の場合、供給者側には同一の点数表が適用されるため、窓口負担が需要側のみに与える影響を測定できるというメリットもある。また、**regression discontinuity design** では、これまでの手法と比べて、所得や教育などの医療サービス利用率に与える他の要因の影響を完全に除去できるため、より正確な医療利用率の測定が期待できる。

B. 方法

(1) データ

分析に用いるデータは、患者調査（昭和59年～平成20年）、人口動態統計（死亡票、昭和46年～平成20年）、国民生活基礎調査（昭和61年～平成20年）である。また、医療施設調査を患者調査に突合し、医療施設別の利用率の変化を調べるのに利用した。これらは、全て、厚生労働省に利用申請を行い、利用許可を得たものである（厚生労働省発統0817第6号）。

患者調査は、外来受診率、入院率の測定に用いた。人口動態統計は、医療サービスの利用が死亡率に与える影響の測定に用いた。国民生活基礎調査、特に健康票は、死亡率以外の健康状態に与える影響の分析に用いた。各年齢における医療費用額は、社会医療診療行為別調査（昭和50年～平成20年）より求めた。

70歳前後の値を比較するため、70歳の前後5歳または10歳のデータを切り出して用いた。

(2) 統計的手法

70歳という閾値を利用して、**regression discontinuity design** という手法を用いて解析を行った。説明変数は、年齢、及び70歳以上の場合は1を採るダミー変数である。被説明変数は、外来利用率、入院率、死亡者数や、その他の健康指標である。患者数から外来利用率や入院率への変換には、公表されている国勢調査の値を用いた。

C. 結果

70歳の窓口負担の減少により、外来および入院の利用率が大幅に上昇することがわ

かった。図1は、70歳前後での外来利用率の違いを示したものである。70歳後でおおよそ10%外来利用率が増えることがわかった。図2は同様の分析を入院率で行ったものである。70歳後でおおよそ8%入院率が上昇することが分かった。この結果を、社会医療診療行為別調査により求めた医療費用額を用いて価格弾力性に変換すると、外来および入院ともにおおよそマイナス0.2であった。

図3は、人口動態の死亡票を用い、70歳前後の主要な死因による死亡率を比較したものである。70歳後に死亡率の減少は見られなかった。また、国民生活基礎調査における自己申告の健康状態にも変化が見られなかった。さらに、それぞれについて、性別別、病因別、医療機関別の分析等も行った。

D. 考察ならびにE. 結論

日本において、高齢者の窓口負担軽減が医療の消費に大きく影響を与えるという結果が得られた。ただし、死亡率やその他の健康指標には影響が見られなかった。以上において、日本において、高齢者の窓口負担軽減が不必要な医療サービスを誘発している可能性が示唆された。今後、疾病ごとに個別に分析し、この結論が説得的であるかさらなる検討が必要である。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

該当せず。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

該当せず。

図 1 : 70 歳前後での外来利用率の違い (患者調査 : 入院外来票)

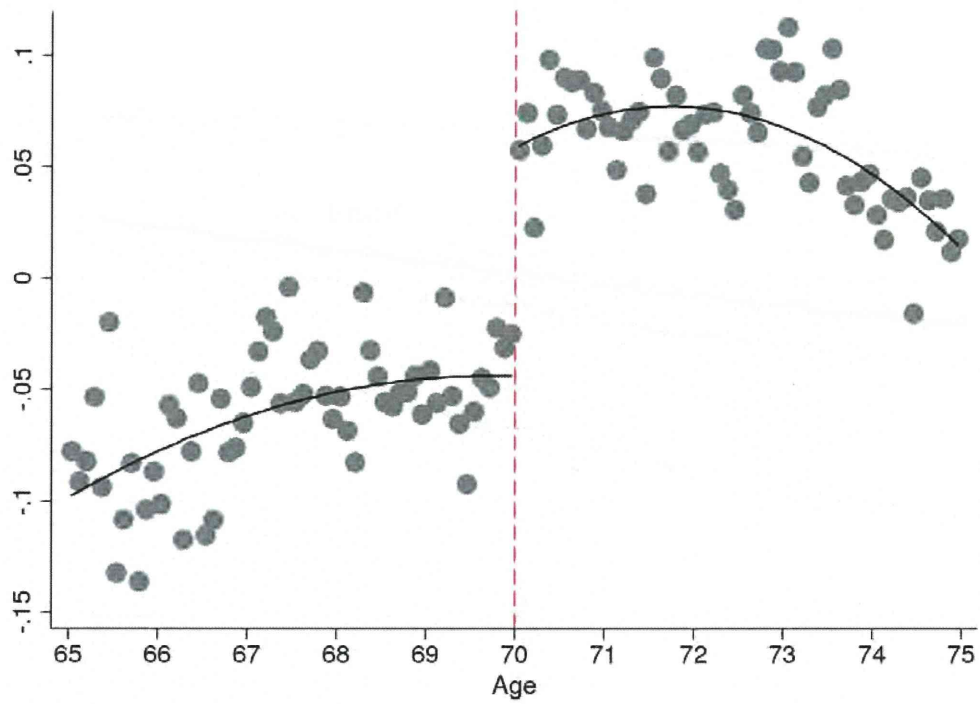


図 2 : 70 歳前後での入院率の違い (患者調査 : 退院票)

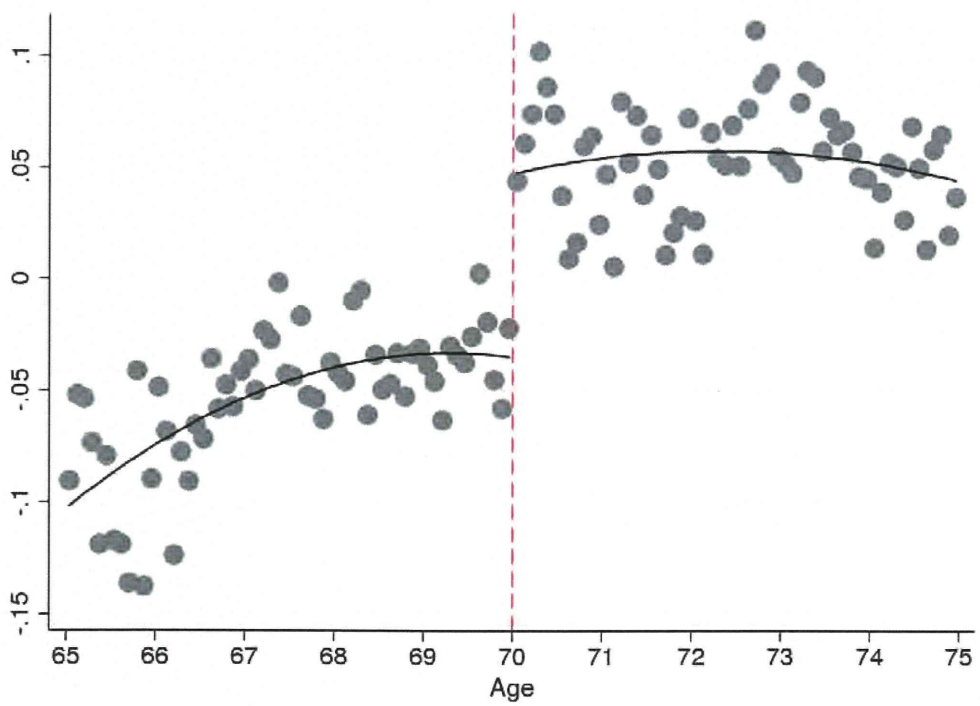


図3：70歳前後での死亡率の違い（人口動態：死亡票）

