

III 章 分担研究報告

The economic impact of universal health coverage in Japan

Takashi Oshio, Hitotsubashi University*

Key points

- **Japan's UHC reduced income inequality as a byproduct of equal access to health services.**
- **Its success has been supported by a young population and high economic growth.**
- **UHC is now burdened by the aging population and structural changes in the economy.**

1. Introduction

Japan instituted universal health coverage (UHC) in 1961, by passing a law implementing Citizens' Health Insurance (CHI) plans (Campbell, Ikegami, and Tsugawa, 2014). This law did not unify the health insurance programs created before World War II; it kept employees and their dependent family members covered by their existing plans. The biggest change was that all other citizens were covered by municipality-provided health insurance plans, thereby making the coverage of healthcare insurance mandatory and universal. The new system ensured the same access to health services as the existing plans for employees; the insured were entitled to go to any physician or hospital they chose and could receive the same procedures and medications.

UHC in Japan established a foundation for the subsequent development of the healthcare systems and social well-being. However, it now faces several challenges, which puts a strain on its sustainability (Ikegami et al., 2011). In the following presentation, we will briefly discuss the economic impact of UHC, including how it has affected household income, income inequality, and the government's fiscal position in Japan. The presentation is based on a report by Oshio, Miake, and Ikegami (2014).

The bottom line is that the effectiveness and economic impact of Japan's UHC have depended heavily on the demographic and macroeconomic conditions of the economy.

* This paper was compiled from the discussions of the research team on Social and Economic Impact of UHC, consisting of Professor Takashi Oshio, Dr. Reiko Hayashi of National Institute of Population and Social Security Research, Dr. Yuki Murakami of OECD, and Dr. Yusuke Tsugawa of Harvard University.

When Japan was “young” and growing at a rapid pace in the 1960s and 70s, UHC as a whole made a substantial contribution to the transfer of income from the rich to the poor and reduced income inequality at the national level. However, the aging population and changing economic structures have required adjustments to the current UHC scheme.

2. Success: favorable impact on household income and income distribution

Japan was quite “young” when it instituted UHC. In 1960, the proportion of people aged 65 and older was only 5.7 percent of the population and the average age was 28.5, compared to 24.1 percent of the population and 45.1 years of age in 2012. A young population structure provided favorable conditions for establishing of UHC because it controlled the transfer of income from the young to the old via social security programs. Public pension programs had not matured yet, and healthcare benefits to the elderly had not started to mount.

With the expanded coverage of health insurance plans, UHC reduced people’s reliance on out-of-pocket spending to purchase health services. When UHC was expanded to the private sector, national and local governments were obliged by law to utilize more tax revenues to finance spending on the costs of health services. As seen in **Figure 1**, the proportion of out-of-pocket spending in overall health expenditures gradually declined from 38.7 percent in 1955, to 10.5 percent in 1982. Along with this change in spending, the expansion of UHC had two important implications for household income and income distribution.

First, health services became more evenly accessible. **Figure 2** compares the concentration curves of healthcare benefits, which were provided by public healthcare insurance, between 1952 (before the establishment of UHC) and 1967 (after its establishment). The concentration curve graphs the cumulative proportion of healthcare benefits against the cumulative proportion of households ranked by income (van Doorslaer et al., 2000). We observe that the curve for 1952 is located below the diagonal, indicating that the receipt of healthcare benefits was distributed in favor of richer households. By comparison, the curve for 1967 is located close to the diagonal, indicating a relatively even distribution of benefits. We also can calculate the concentration index, which indicates the degree of inequality in the distribution of health care and is measured as twice the area between the concentration curve and the diagonal. The index declined from 0.145 in 1952 to –0.001 in 1967.

The second implication, related to the first one, is the increasing importance of income transfer via taxation and the social security programs. **Figure 3** confirms this by showing

healthcare benefits in kind and benefits in cash by income class in 1967, compared to social security costs, which are the sum of social security contributions (premiums) and an estimated portion of taxes to finance overall social security benefits.

We can see three noteworthy findings in this figure. First, spending for healthcare benefits dominated social security benefits except for the lowest income groups, reflecting a limited number of public pension recipients in the younger population. Second, healthcare benefits exist within a relatively limited range across income groups, reflecting an equal access to healthcare services. This is consistent with the shape of the concentration curve for 1967 in **Figure 2**.

Third, the observed relationship between social security benefits and costs across income groups suggests income transfer from the rich to the poor—that is, the net benefits were positive for the poor and negative for the rich. To be sure, it may be controversial whether, and to what extent, income redistribution should be expected from social security programs, which were originally designed to reduce peoples' exposure to social risks. However, the fact that UHC had the favorable byproduct of reducing income inequality in Japan should be remembered; it has important implication for countries that do not have a rigorous taxation system.

Income redistribution by UHC has contributed to a reduction in overall income inequality, which is measured by the Gini index. **Figure 4** shows the changes in the official estimates of the Gini index over the decade after the establishment of UHC, beginning at its initial stage. For both types of income—before and after taxes and transfers, the figure shows that income inequality successfully declined during that period. The main driver of the reduction in income inequality was rapid economic growth, which raised the mean household income. Also, the relatively equal development across areas and the nationwide income redistribution of tax revenues across local governments favored equitable income redistribution (Tachibanaki, 2004).

UHC was another main contributor to equitable income redistribution. The MHLW (2013a) decomposed the reduction in the Gini index after income redistribution into those attributable to taxation and social security programs for 1967 and 1972. This decomposition showed that social security programs explained about 70 and 50 percent, respectively in each year, of the reduction in the Gini index. Considering that public pension benefits had not matured at the time, this underscores that healthcare programs substantially mitigated

income inequality in a market economy.

Finally, we can argue that a gradual introduction of UHC was helped by rapid economic growth. Between 1955 and 1970, the real gross domestic product (GDP) increased at nearly a 10 percent rate and kept overall healthcare expenditures below 3 percent of the GDP until 1973 (compared to 7.3% in 2013; NIPSS, 2012). Rapid economic growth also raised government revenues through taxes and social security contributions, which sustained sufficient fiscal space for health care benefits.

3. Challenges: pressures from the aging population and changing economic structure

Japan's UHC was successfully established in the 1960s and had favorable effects on household income and income distribution. Half a century later, however, it is facing several challenges because of the aging population and structural changes in the economy. The proportion of people aged 65 and over has been rising rapidly and is 26.1 percent as of 2014, making Japan the "oldest" country in the world. At the same time, the economy has experienced a reduction in the self-employed and farmers, as well an increase in non-regular employees. These secular changes have reduced fiscal space for UHC and put a strain on the existing scheme of health care insurance.

Aging affects the fiscal space on both the expenditure and revenue sides. On the expenditure side, a rising proportion of the elderly naturally raised total health expenditures because the elderly consume more healthcare services than the young population and their share of benefits. Indeed, as seen in Figure 5, the share of healthcare benefits for the elderly (aged 70 and older) to the total benefits rose from 15.2 percent in 1975 to 46.4 percent in 2012, and an increase in benefits for the elderly explained more than half of the increase in total benefits. On the revenue side, the elderly tend to have a lower income so that the amount they contribute is less. Moreover, lower rates of income tax and healthcare insurance contributions are applied to public pension income for the elderly. At the same time, health insurance has become similar to pensions in that they have led to large-scale income transfers from the young to elders (**Figure 6**), because funding is on a pay-as-you-go basis. Increasing income transfers between age groups have made the health care insurance less sustainable under an aging population.

The government was not aware of the potential pressures of the aging population on UHC until the 1980s. Indeed, it made health care for the elderly free of charge at the national

level in 1973 (until ten years later), along with other, generous reforms in social security programs. Since then, the government has gradually become more concerned about its deteriorating fiscal position and its causes: population aging and lower economic growth. Policymakers have tried to reduce the fiscal burden on the general budget by forcing health insurance plans to contribute more to the health expenditures of the elderly. However, they have faced increasing resistance from the employers and the employees, who are members of the employment-based plans, because they are already contributing nearly half of their premium revenue to the funding pool to finance the elderly's health expenditures.

Decreased growth in government revenues, due to a prolonged economic slowdown, and mounting healthcare and other social security benefits for the elderly have increased dependence on government bond issues. According to the latest official projections by the MHLW (2012c), the ratio of healthcare benefits to the GDP will grow from 7.3 percent in 2012 to 8.9 percent in 2025. Without any substantial increase in tax rates or social security premiums, fiscal space for UHC will likely continue to shrink.

Shrinking fiscal space has been accompanied by a change in the structure of income transfer related to UHC. Healthcare insurance programs are pay-as-you-go in nature because people are most exposed to health risks when they are old and pay more premiums and taxes when they are young. **Figure 7** shows the comparison of healthcare costs (the sum of the copayment plus out-of-pocket spending) and benefits by age group. When the population was young in the initial stage of UHC, the magnitude of this inter-generational transfer of income was relatively limited at the national level and dominated by intra-generational transfer. However, the population's aging has accelerated the inter-generational transfer and reduced fiscal space because the elderly did not accept reduced benefits easily and the young usually were opposed to higher taxes and premiums.

Another key challenge to UHC has come from structural changes in the labor market. Japan has not established a unified system of healthcare insurance, and citizens are covered by either employee-based plans (for employees and their family dependents) or municipality-based plans (for others). The latter plans, that is, CHI plans, originally were supposed to cover self-employed workers, farmers, and their family dependents. Industrialization of the economy has reduced the proportion of these types of individuals in the total population, and hence the structure of CHI group membership.

The CHI plans are now absorbing an increasing number of non-regular employees, who are

not covered by employer-provided health insurance plans, which conflicts with their original purpose. The rising proportion of non-working people, most of whom are retired or unemployed, makes the CHI plans less sustainable. Moreover, the uneven rates of aging and economic growth across regions have led to a wider disparity in the premium rates of CHI plans, which are municipality-based and exposed to the fiscal positions of local governments. The current system does not provide municipalities with strong incentives to enhance efficiency because CHI-plan deficits usually are funded by subsidies from the central government. The increasing presence of members with low incomes and a lack of incentives to enhance efficiency put a strain not only on the CHI plans but also on the country's healthcare plans as a whole, because more subsidies are needed to fill the revenue shortages of the CHI plans.

4. Conclusion: implications from Japan's experience in UHC

We have briefly summarized the impact of UHC in Japan over the past half a century from an economic viewpoint. Japan's experience with UHC provides important lessons—both positive and negative—for countries that are in the initial stage of establishing healthcare and other social security programs.

On the positive side, UHC is expected to create a favorable byproduct. The goal of universal health coverage is to ensure that all people obtain the health services they need without suffering financial hardship when paying for them. The system, which Japan established to finance their UHC program, had another important effect: it indirectly reduced income inequality via contributions and benefits. This income transfer worked effectively, during the initial stage of establishing UHC, because the population was young. Therefore, income distribution should be a key contributor to social well-being and to the people's support of economic development.

At the same time, we should remember that the sustainability of UHC depends largely on demographic and economic conditions. One of the most formidable, albeit foreseeable, challenges is the aging population, and it is advisable to make the system as robust as possible in advance, to counter its stress on the economy. Japan's experience clearly reveals that once a population starts to shrink and the economy stops expanding, the fiscal sustainability of the system will decline. In addition, changes in industry and labor market structures are likely to have substantial effects on UHC programs that differ from their original goals. This is especially the case, given that UHC has a history of expanding from

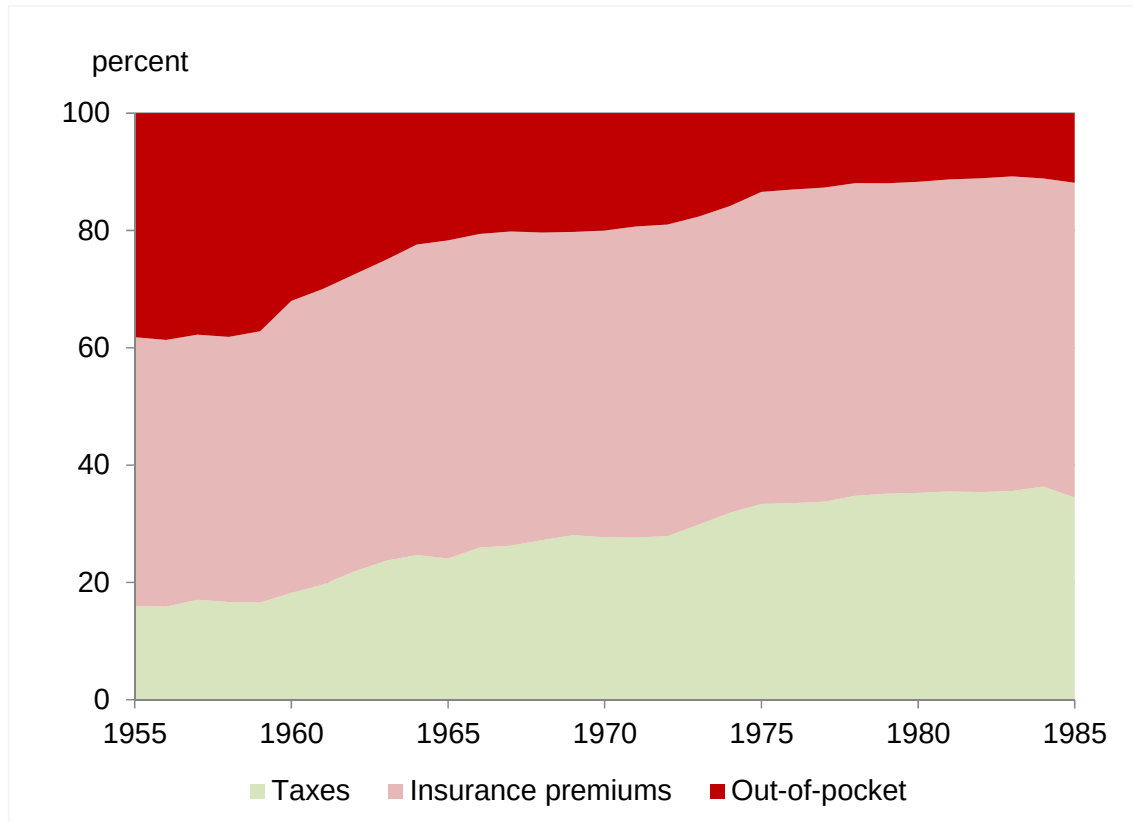
the public to the private sectors and has not been unified at the national level.

It is politically challenging to reform UHC once these changes are realized, as evidenced by Japan's experience. Under conditions of an aging population and low economic growth, any reform in UHC should take the form of a zero-sum game. It would be advisable to design a system that is sufficiently robust to withstand demographic and economic pressures, using projections that are as precise as possible.

References

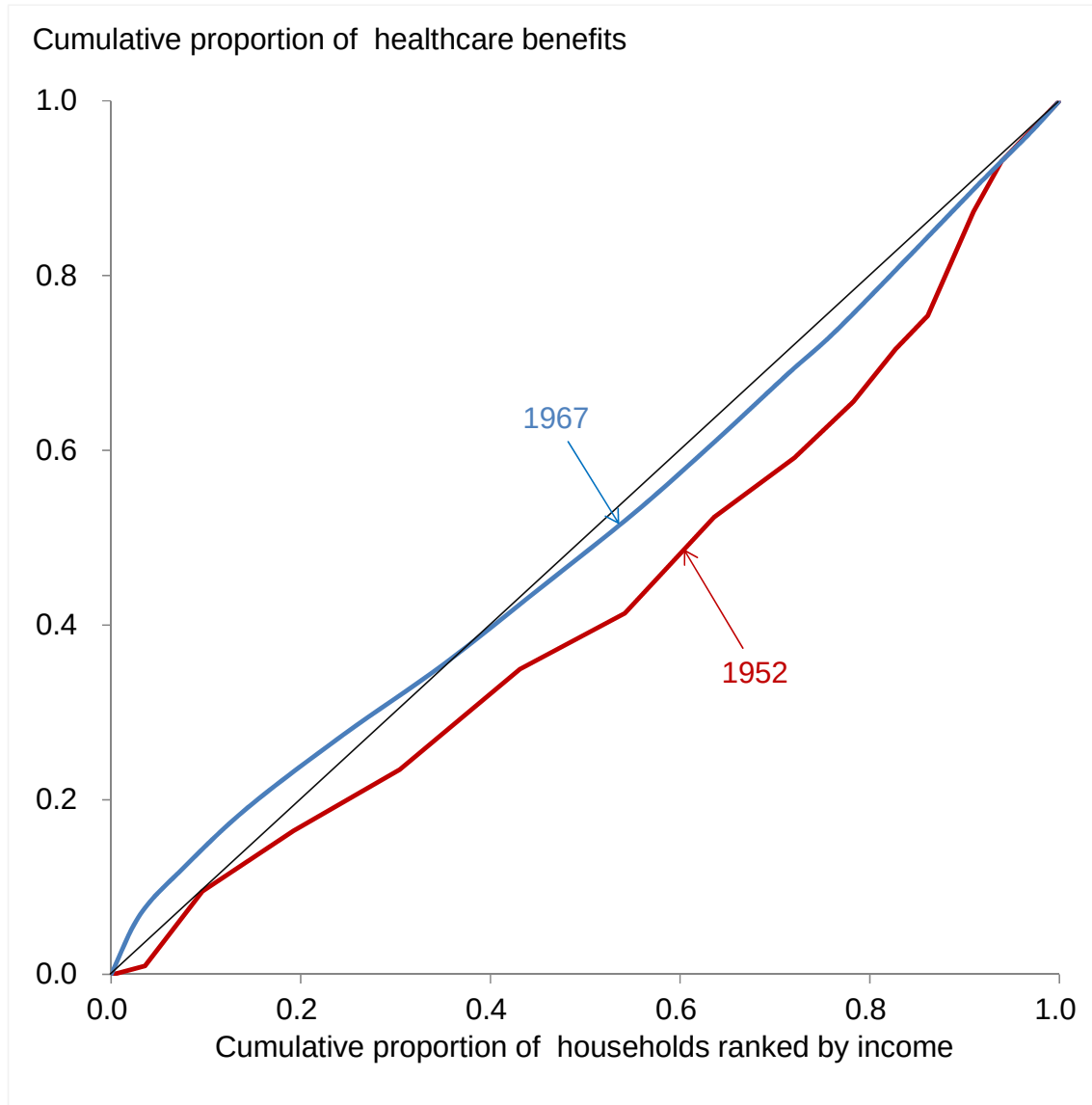
- Campbell, J. C., Ikegami, N., and Tsugawa, Y. (2014). The political-historical context of Japanese health care. In N. Ikegami (ed.) *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Lessons from Japan*. (pp.15–26), Washington: World Bank Group.
- Ikegami, N., Yoo, B.-K., Hashimoto, H. et al. (2011). Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet*, 378 (9796), 1106–1115.
- Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). (2012a). *National Medical Expenditures* <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001127463> (accessed January 2015).
- Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). (2012b). *Survey of the Citizens' Health Insurance*. http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_ (accessed January 2015).
- Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). (2013a). *Survey of Income Redistribution* <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001114582> (accessed January 2015).
- Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). (2013b). *On the revisions to the projections of social security costs*. <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/shouraisuikei.pdf> (accessed January 2015).
- National Institute of Population and Social Security Research (NIPSS). (2012). *The Financial Statistics of Social Security in Japan* http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h24/fsss_h24.asp (accessed January 2015).
- Oshio, T., Miake, N., and Ikegami, M. (2014). Macroeconomic context and challenges for maintaining universal health coverage in Japan. In N. Ikegami (ed.) *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Lessons from Japan*. (pp.27–40), Washington: World Bank Group.
- Tachibanaki, T. (2004). *Confronting Income Inequality in Japan: A Comparative Analysis of Causes, Consequences, and Reform*. Cambridge: MIT Press.
- Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., van der Burg, H. et al. (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics*, 19, 553–583.

Figure 1: Changes in funding sources for health expenditures: 1955–1985



Source: MHLW (2012a).

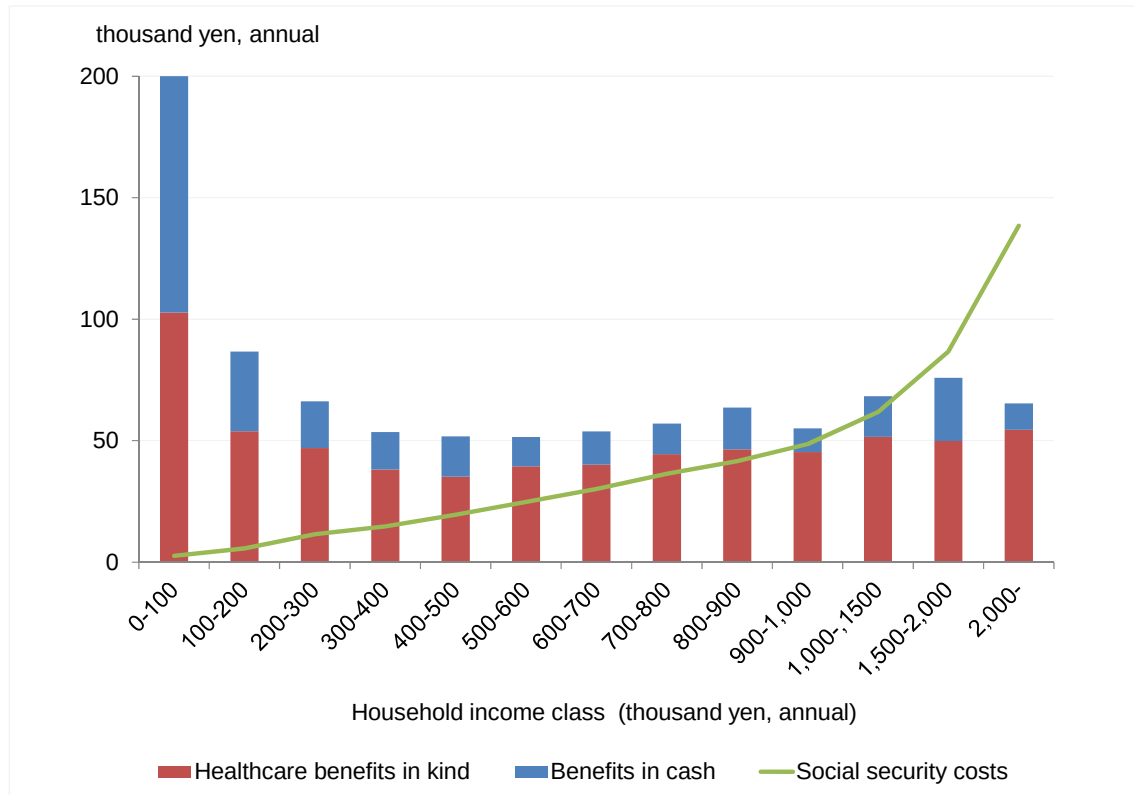
Figure 2: Concentration curves of healthcare benefits: 1952 vs. 1967



Note: Income is before taxes and transfers.

Source: The author's calculations were based on MHLW (2013a).

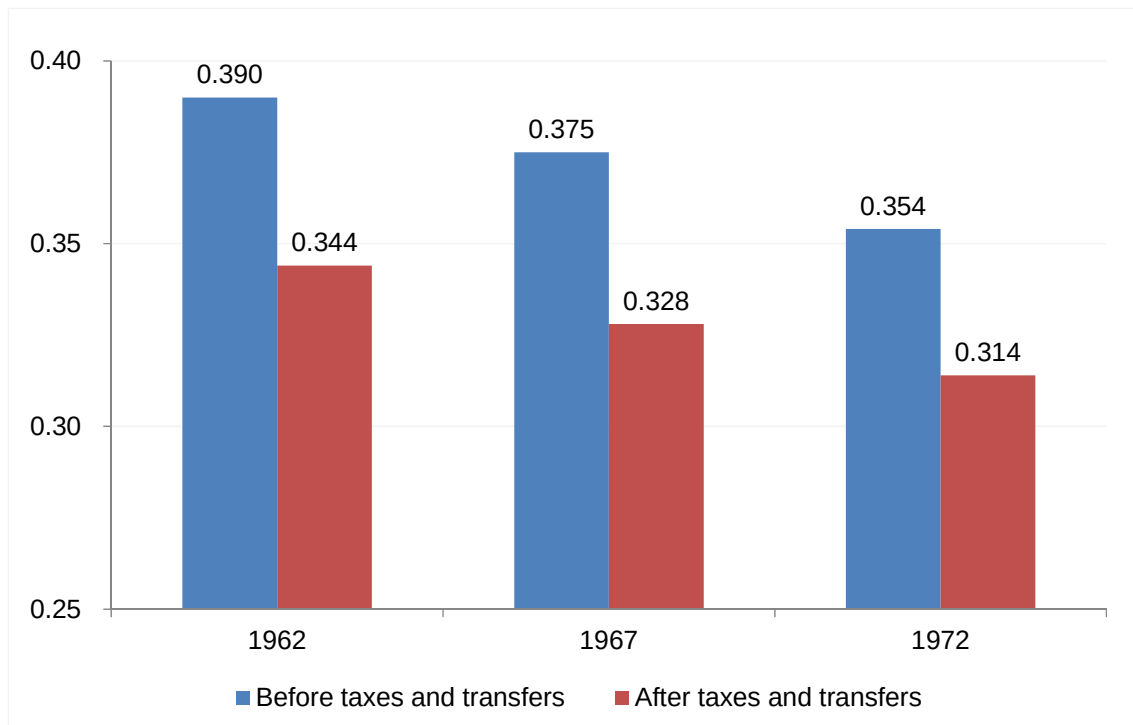
Figure 3: Social security benefits and costs by income class in 1967



Note. Social security costs indicate the sum of social security contributions (premiums) and the estimated portion of taxes to finance overall social security benefits.

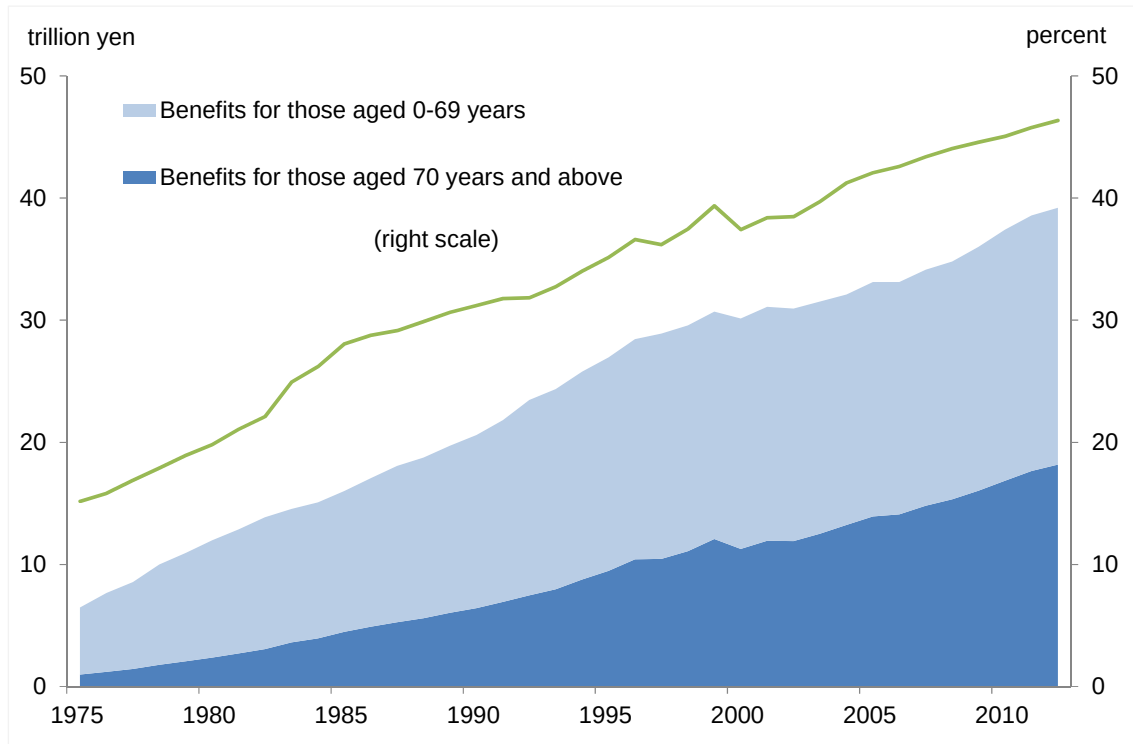
Source: MHLW (2013a).

Figure 4: Declining Gini index after the establishment of UHC: 1962–1972



Source: MHLW (2013a).

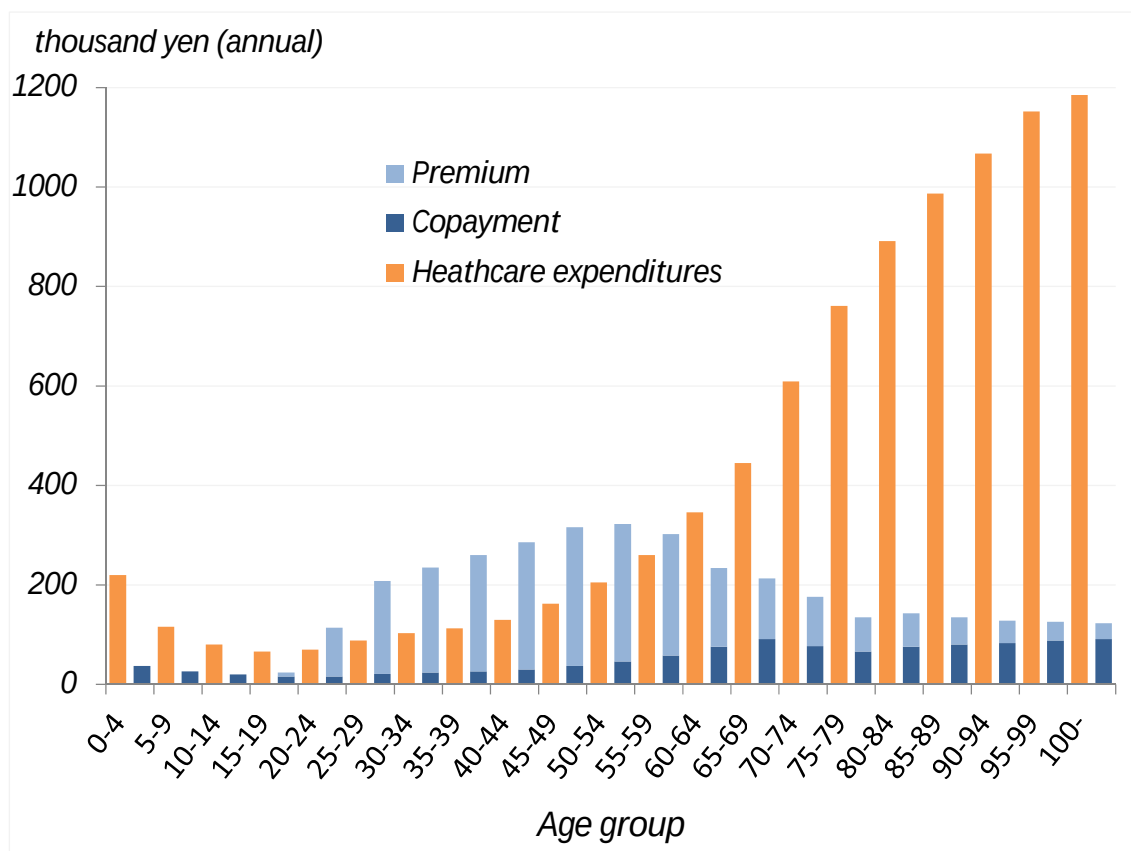
Figure 5: Increasing healthcare benefits for the elderly



Note: Benefits for those aged 70 years and above before 1997, are the author's estimation based on the reports from the MHLW (2012a) and NIPPS (2012).

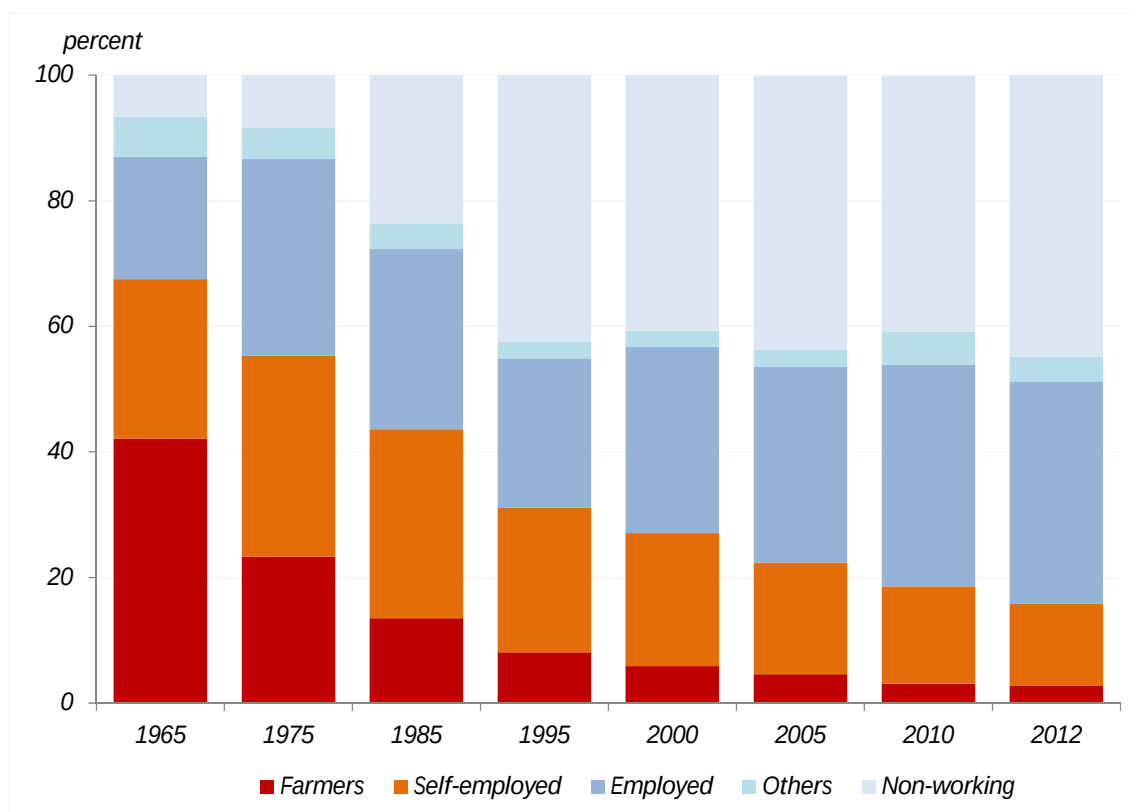
Sources: MHLW (2012a) and NIPPS (2012).

Figure 6: Healthcare payments and benefits by age group in 2011



Source: MHLW (2012b).

Figure 7: Changing membership composition of Citizens' Health Insurance (CHI)



Source: MHLW (2012b).

Impact of the Recent Socioeconomic Changes on Equity, Effectiveness, and Efficiency of the Universal Health Coverage in Japan

Hideo Yasunaga¹, Naoki Kondo², Toshiaki Iizuka³, Haruko Noguchi⁴, Yusuke Tsugawa⁵, Akihiro Nishi⁶, Hideki Hashimoto⁷, Kenji Shibuya⁸

1. Department of Clinical Epidemiology and Health Economics, School of Public Health, The University of Tokyo
2. Departments of Health and Social Behavior, School of Public Health, The University of Tokyo;
3. Graduate School of Economics, The University of Tokyo;
4. Faculty of Political Science and Economics, Waseda University;
5. Harvard University Interfaculty Initiative in Health Policy;
6. Yale Institute for Network Science;
7. Departments of Global Health Policy, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Summary

This study team will analyze the impact of recent socioeconomic changes on equity, effectiveness, and efficiency of universal health coverage (UHC) in Japan using national health-related databases, with a special focus on the following aspects: 1) impact of two recent crises on healthcare in Japan (i.e., economic downturn precipitated by the global financial crisis in 2008, and the Great East Japan Earthquake in 2011), and 2) recent changes to Japan's healthcare system that were not fully examined in the *Lancet* Special Series on Japan, 2011, including (i) input-output analysis on efficiency of primary care and acute care, and (ii) overview of the current long-term care system in Japan.

1. Background

The Lancet Special Series on Japan: Universal Health Care at 50 years (2011) and the Japan–World Bank Partnership Program on Universal Health Coverage (2014) described the historical background, current status, and sustainability of Universal Health Coverage (UHC) in Japan. However, in the last several years we have witnessed various socioeconomic changes in Japan, and the impacts of these changes on equity, effectiveness, and efficiency of UHC remains unclear.

Two recent crises in Japan may have affected the sustainability of its national healthcare system. One was the economic crisis in Japan following the 2008 global financial crisis, and the other was the earthquake and tsunami disaster that hit northeast Japan in 2011. The authors aim to clarify the impacts of these crises on healthcare delivery, access, and

outcomes and to examine how Japan's UHC system alleviated the impact of these crises through comparisons with similar situations in other countries (e.g. European countries under economic crisis and subsequent austerity measures and policy change). The study will provide new insight into how such crises can affect UHC and how countries should prepare robust UHC systems to protect against such shocks, which will provide useful lessons for any country that has established—or is in the process of introducing—a UHC system.

In addition, several issues related to recent changes to the healthcare system were not completely investigated in the Lancet Special Series on Japan in 2011. Primary and long-term care systems are pivotal healthcare pillars in “super-aging” societies where integrated community healthcare and welfare programs are coordinated to deliver services. In the present study, the authors will examine (i) equity, effectiveness, and efficiency of Japan's primary and acute care systems, and (ii) details of the current long-term care system in Japan.

2. Data sources

In this study, the authors will perform secondary analyses of the following large healthcare databases in Japan:

- A. Comprehensive Survey of Living Conditions (国民生活基礎調査)
- B. National Health and Nutrition Survey (国民健康・栄養調査)
- C. National Census (国勢調査)
- D. Report of Vital Statistics: Occupational and Industrial Aspects(人口動態職業・産業別統計)
- E. Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES) (日本老年学的評価研究)
- F. Longitudinal Survey of Newborns in the 21st Century (21世紀新生児縦断調査データ)
- G. Survey of Physicians, Dentists and Pharmacists (医師調査医師・歯科医師・薬剤師調査)
- H. Survey of Medical Institutions/ Hospital Report (医療施設調査・病院報告)
- I. Diagnosis Procedure Combination (DPC) inpatient data (DPC データ)
- J. Patient Survey (患者調査)
- K. All-Japan Utstein Registry (救急蘇生統計)
- L. Specific health checkup and health insurance claims data from Federation of National Health Insurance and Japan Health Insurance Association (国保・協会けんぽの特定健診・レセプトデータ)
- M. Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care (介護サービス施設・事

業所調査)

N. Survey of Long-term Care Benefit Expenditures (介護給付費実態調査)

3. Impact of the two crises on UHC in Japan

3.1. Impact of the economic downturn after the global financial crisis in 2008

Naoki Kondo, Associate Professor

(i) Using data from the Comprehensive Survey of Living Conditions and the National Health and Nutrition Survey, the authors will analyze annual trends in socioeconomic disparities in health indicators and health behaviors, and changes in these trends before and after various exogenous shocks (including the 2008 global financial crisis). Trends will be analyzed at the national and prefectural levels.

(ii) The authors will also perform similar analyses with cause-specific mortality as the outcome variable, using data from the National Census and Report of Vital Statistics: Occupational and Industrial Aspects.

(iii) Using 2010 and 2013 panel data from the Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES), the authors will analyze changes in health status of the elderly (activities of daily living and nursing care needs) and disparities in access to healthcare based on self-administered questionnaires.

(vi) Using the Longitudinal Survey of Newborns in the 21st Century (2001 and 2010 cohorts) the authors will evaluate the impacts of the 2008 global financial crisis on the health and health care utilization of children of various socioeconomic statuses.

3.2. Impact of the Great East Japan Earthquake in 2011

Hideo Yasunaga, Professor, and Toshiaki Iizuka, Professor

The authors will gather data from the Survey of Physicians, Dentists and Pharmacists; Survey of Medical Institutions/ Hospital Report; Diagnosis Procedure Combination (DPC) inpatient data; Patient Survey; and All-Japan Utstein Registry. They will use this data to analyze changes in the distribution of healthcare resources (including medical institutions and healthcare providers) and access to healthcare services before and after the 2011 earthquake and tsunami disaster. For instance, using Patient Survey data the authors will analyze annual trends in hospital admission rates for stroke and acute myocardial infarction in secondary medical areas.

4. Issues related to recent changes in the healthcare system

4.1. Input-output analysis on efficiency of primary care and acute care

Hideo Yasunaga, Professor

Using the Survey of Medical Institutions/Hospital Report, Diagnosis Procedure Combination inpatient data, Patient Survey, and specific health checkup and health insurance claims data from the Federation of National Health Insurance and Japan Health Insurance Association, the authors will perform input-output analysis on the efficiency of primary care and acute care services. In hospital-level analysis, the authors will use “hospital standardized mortality ratio (HSMR)” as the output indicator, and healthcare resources (healthcare providers and medical devices) as the input indicators. In secondary medical area-level analysis, we use “effective coverage” as the output, and local healthcare resources (healthcare providers and medical facilities) as the inputs. Effective coverage is measured using (i) the gap between positive rates in screening tests and the rates of receiving treatment, and (ii) the gap between health guidance for smokers and their visits to smoking cessation clinics.

4.2. Overview of long-term care in Japan

Toshiaki Iizuka, Professor

Using the Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care and the Survey of Long-term Care Benefit Expenditures, the authors will interpret and review the long-term care system in Japan. In an analysis of P4P (pay for performance) in long-term care, the authors will analyze the impact of “contingency fees” on improving the quality of nursing care.

5. Expected outcomes of the project

This study is expected to provide evidence on how we can better prepare for social, economic, and demographic crises through a robust UHC system. The roles of government, healthcare providers, and citizens in the community will be further discussed to glean policy lessons for emerging countries that will soon face similar challenges.

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
分担研究報告書

UHC の実践的手法と教訓に関する研究

橋本 英樹 東京大学大学院医学系研究科保健社会行動学教室教授

渋谷 健司 東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学教室教授

津川 友介 ハーバード大学医療政策学、世界銀行グループコンサルタント[研究協力者]

（関係省庁若手グループの協力を得て執筆）

【概要】

- 日本・世界銀行共同研究プログラムの成果等をさらに発展させ、保健医療政策の立案・実行に携わる当事者である技術系行政官の視点で、国際的に情報の発信が乏しくブラックボックスとなっており言語化されていない分野に焦点を当て、UHC の実現に向けた実践的な提言を行う。
- 提言は、以下の 3 つの方針に沿って、まとめていく。
 - ・ 『健康長寿社会』を見据えた持続可能な保健医療制度の提言
 - ・ 『部分最適 (partial optimization)』から『全体最適(total optimization)』へ
 - ・ 『後ろ向き (retrospective)』から『前向き (prospective)』へ
- 研究・検討においては、WHO Health Systems Framework として提唱している The six building blocks of a health system に沿って、知識を体系化する。

1. はじめに

- UHC に関する日本・世界銀行共同研究プログラム（以下、「共同プログラム」）が発足し、日本政府と世界銀行の共同研究チームが編成され、これまでの我が国の医療政策等についてレビューし、昨年、日本の UHC に関わる経験を 10 のテーマで分析した研究成果がまとめられた。
- 当グループとしては、これまでの共同プログラムやその他の医療政策に関する文献や研究を発展させ、その成果を参考にしながら、以下の 3 つの方針のもと、G8 における提言や学術雑誌への

論文の投稿を見据えてまとめる。

- これらの視点及びより現実に則した考察・提言は、日々試行錯誤しながら実際に保健医療政策の立案・実行に携わる当事者である技術系行政官こそ、本領を発揮できる領域である。

（1）『健康長寿社会』を見据えた持続可能な保健医療制度の提言

- 我が国は世界一の長寿国であり、50 年以上前に達成した国民皆保険や 2000 年から施行されている介護保険等の保健医療福祉制度（社会保障制度）が健康・平均寿命の延伸に大きく寄与し、

同時に社会保障制度の整備に伴う健康な労働人口の増加は高度経済成長を支えてきたという正のスパイラルがあったと考えられる。

- こうした日本においても、2016 年 G8 サミットから 10 年後の 2025 年には、団塊世代が 75 歳を迎えることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築等、将来にわたって持続可能な制度改革が行われつつある。
- 高齢化は、先進国のみならず低・所得国においても、ほぼ例外なく全世界的に進展していくが、それらの国々における高齢化対策の政策的優先度は高いとは言えない。
- また、経済成長として享受されることが多い人口ボーナスの恩恵が受けられず、国家の経済が未成熟で社会保障制度が未整備のまま、高齢化及び生産年齢の人口の減少に直面する国々が出てくると見込まれ、UHC の持続可能性が問われている。
- 先行研究においては、社会保障制度に関する検証や考察は多いが、人口動態の変化や高齢化も勘案しマクロ・ミクロの視点から UHC を総合的にレビューし、その結論に基づき高齢化社会に対応した望ましい UHC について知識を体系化している取組は少ない。これらの課題及び取組は世界で日本が最初に経験するものであり、その知見は世界各国の対策に資するものである。
- 以上から、本グループでは、人口動態・高齢化の問題に特化して、健康長寿社会における理想的な高齢化社会対応型 UHC について、検討していく。

(2)『部分最適 (partial optimization)』から『全体最適(total optimization)』へ

- 我が国においては、世界に先駆けて高齢化が進展したことから、政策・制度面で参照すべき他国の UHC 等の社会保障制度は存在しなかった。また、社会保障制度はその財源確保が経済状況と密接に関連するとともに、制度そのものが政治経済社会の状況を反映して構築・運用されるため、目の前の問題解決に資する資源配分（部分最適）が図られてきた。
- 一方で、近年、社会保障のうち、とりわけ保健医療分野においては、IT 技術の活用が積極的に図られ、財源を含めた医療資源の効果的な配分という政策判断においても「全体最適化」が可能となりつつある。
- 我が国においては、等しく国民に対し必要な医療を提供するという方針のもと取り組みが進められてきた。また、我が国における IT の活用等による「部分最適」から「全体最適」への移行の例は、これから UHC 等の社会保障制度を設計し実行していく国々にとって、制度創設の初期段階から全体最適化を指向した制度設計の参考になる。このように、我が国が UHC のロールモデルになることは、国際社会における責務である。
- そのためには、我が国の成功体験や失敗体験を、より長期的かつ大局的な視点で、まとめていく。

（３）『後ろ向き（retrospective）』から『前向き（prospective）』へ

- 多くの先行研究は、過去の出来事についてレビューや検証等を行っているものが多い。本グループでは、現在直面している喫緊の課題やその解決策について、今後どのような対策を取るべきか等について、日頃保健医療制度の立案・実施に携わる行政官が、これまで言語化されていなかった領域等について、実践的な課題や対策に関する知見を体系的にまとめていく。

2. 研究・検討の進め方

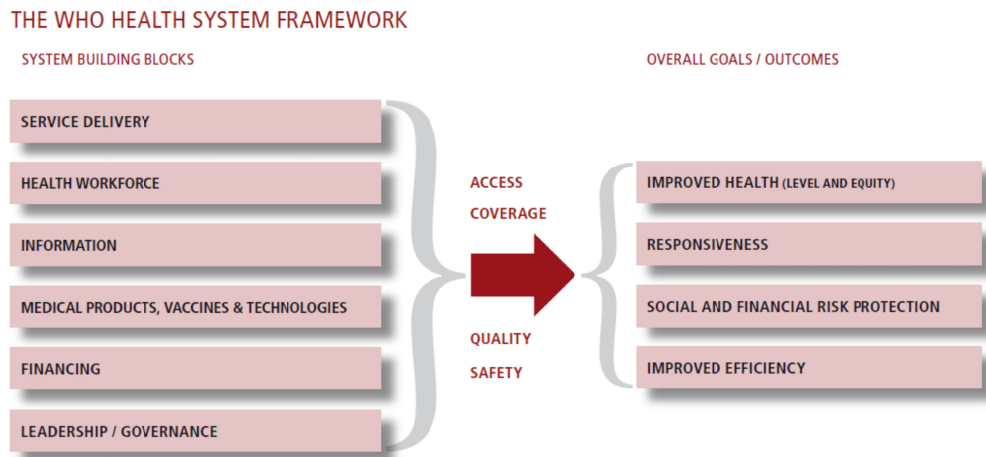
知識の体系化にあたっては、既存の国際的な UHC の枠組みに沿って整理することが望ましい。WHO は、2007 年に、“Everybody's Business: Strengthening

Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action”等において、The WHO Health Systems Framework として、**The six building blocks of a health system** を提唱している。一方、Health System に関するフレームワークとしては、世界銀行研究所のヘルスシステムに関する Flagship Course のためにハーバード大学が開発した、Flagship Approach（世銀・ハーバードモデル）も知られる。

また、現在、WHO においては、UHC の必須要素として、以下のようなものを掲げている。

本グループとしては、これらのフレームワークを日本の文脈に沿って活用・検討し、提言や学術論文としてまとめていく。

Fig 1. The WHO Health Systems Framework



THE SIX BUILDING BLOCKS OF A HEALTH SYSTEM: AIMS AND DESIRABLE ATTRIBUTES

- Good **health services** are those which **deliver** effective, safe, quality personal and non-personal health interventions to those who need them, when and where needed, with minimum waste of resources.
- A well-performing **health workforce** is one which works in ways that are responsive, fair and efficient to achieve the best health outcomes possible, given available resources and circumstances. I.e. There are sufficient numbers and mix of staff, fairly distributed; they are competent, responsive and productive.
- A well-functioning **health information system** is one that ensures the production, analysis, dissemination and use of reliable and timely information on health determinants, health systems performance and health status.
- A well-functioning health system ensures equitable access to essential **medical products, vaccines and technologies** of assured quality, safety, efficacy and cost-effectiveness, and their scientifically sound and cost-effective use.
- A good **health financing** system raises adequate funds for health, in ways that ensure people can use needed services, and are protected from financial catastrophe or impoverishment associated with having to pay for them.
- **Leadership and governance** involves ensuring strategic policy frameworks exist and are combined with effective oversight, coalition-building, the provision of appropriate regulations and incentives, attention to system-design, and accountability.

http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

Fig 2. Harvard/The World Bank Flagship Approach

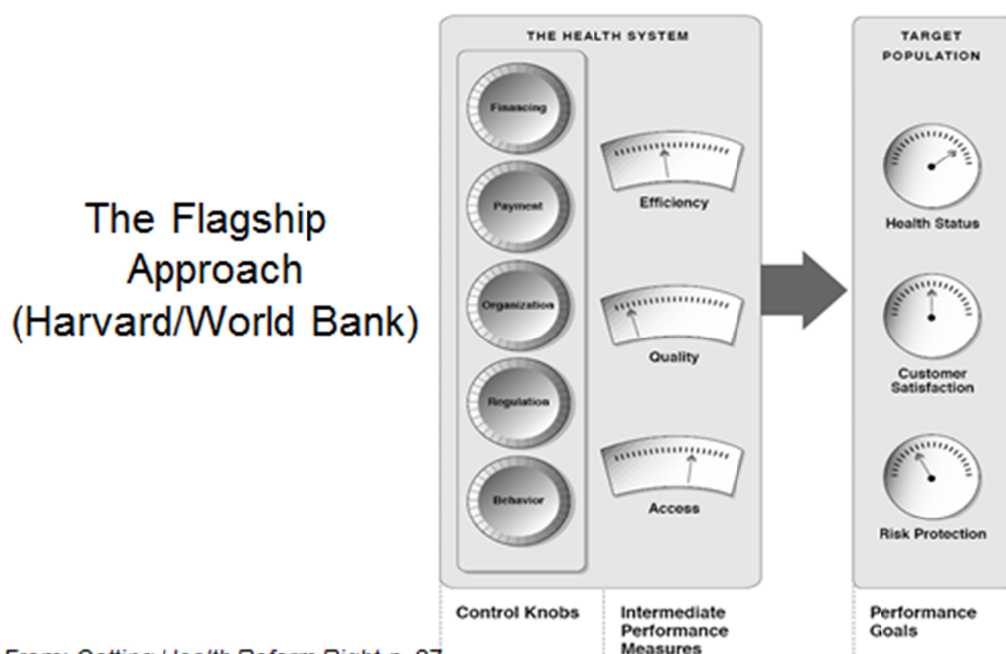
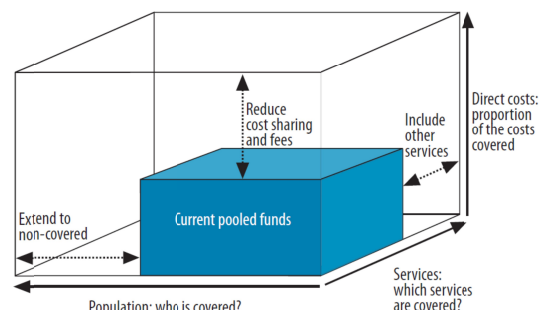


Fig 3. Essentials of universal health coverage

- Health systems financing
- Health workforce
- Essential medicines and health technologies
- Health information and resources
- National health policies
- Health systems service delivery

Fig. 1. Three dimensions to consider when moving towards universal coverage



3. 総論

●日本型 UHC のマクロ分析

【日本型 UHC のキーコンセプト/Key concept of Japan's UHC model】

1. 目的

本研究の目的は、研究グループ4の総論として、日本の医療制度の全体像を分析・評価した上で、主に政策担当者の視点から、日本型 UHC の特徴、長所や課題を抽出し、グループ内の他の研究チームで詳解される政策オプションを踏まえた日本型 UHC のモデルを、LMIC をはじめ世界に提示する。

2. 方法

医療制度分析 Health Systems Analysis の代表的なフレームワークとしては、WHO の 6 Building Blocks (WHO モデル) のほかに、世界銀行研究所のヘルスシステムに関する Flagship Course のためにハーバード大学が開発した、Flagship Approach (世銀・ハーバードモデル) が挙げられる。

WHO モデルでは、医療制度を 6 つの構

成要素(Building blocks)：①医療提供体制、②医療従事者、③情報、④医療材料・ワクチン・技術、⑤財政、⑥リーダーシップ・ガバナンス、に分けそして、これらの構成要素からなる医療制度の最終目標を、「健康とその公平性の向上」とし、それをニーズに応じて、財政的に公平で、資源の効率的な利用によって達成すること、としている。また、その最終目標を達成する過程の中間指標として、「効果的な医療へのアクセスやカバレッジ（適用拡大）を質や安全性を確保しつつ達成すること」、としている^{ii, iii}。

一方、世銀・ハーバードモデルでは、医療制度のうち、政策としてコントロールできる要素を 5 つの政策オプション(Control knob)：①財政、②支払、③組織、④規制、⑤行動、として整理し、その最終目標は対象集団の健康状態、満足度、リスク保障の 3 点の向上としている。なお、中間指標としては、効率、質、アクセスの 3 点を挙げている¹。

¹ Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, Michael R. Reich, Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford University Press. 2008.

また、世銀・ハーバードモデルでは、このほかに、医療制度の分析や政策立案に資する以下のコンセプトやツールを提示している。

1) 政策サイクル(Policy Cycle)

医療改革者が各段階で取り組まなくてはならない重要な課題をサイクルで説明

2) 倫理思想 (Ethical Theory)

改革のアジェンダ設定のために、政策の

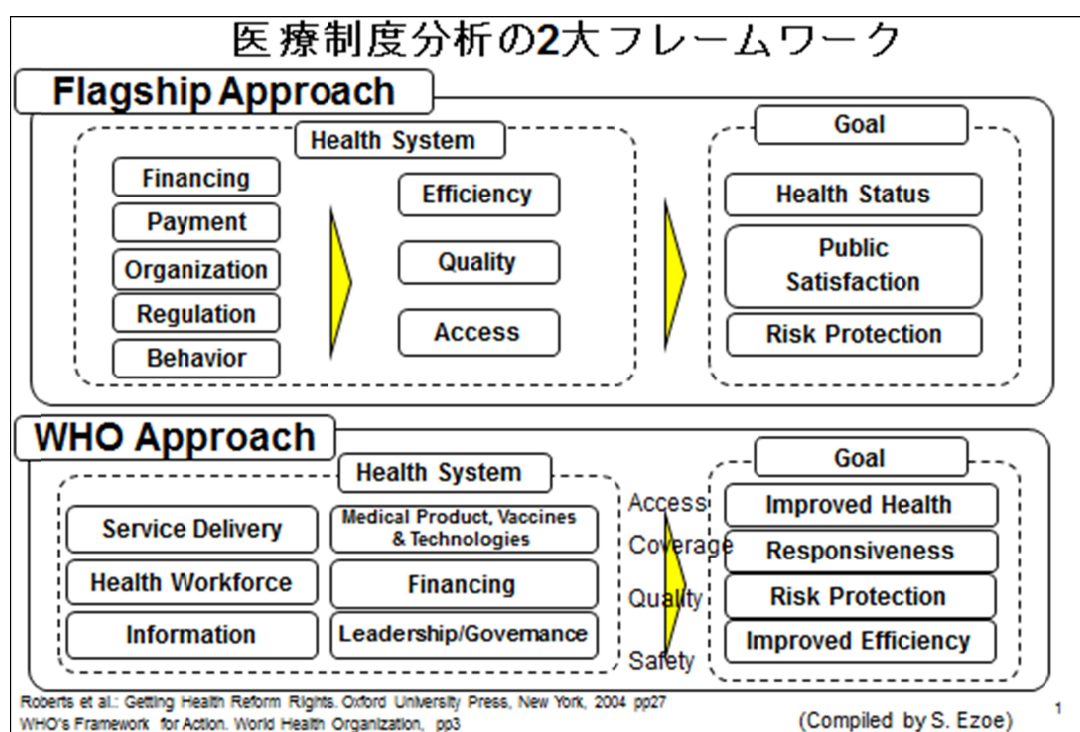
目標設定と優先順位付けに求められる倫理思想

3) 政治分析 (Political Analysis)

医療改革のサイクルにそれぞれのステップで重要な、体系的な政治分析の基礎

4) 医療制度診断 (Diagnostic Tree)

「診断ツリー」を用いた、実践的な医療制度診断の体系的な方法



これら二つのモデルには相違点もあるものの、以下の基本構成は共通している。

- ・ 医療制度を、それ自体が目的ではなく、目的のための手段としていること
- ・ 最終目標に健康改善、満足度向上、リスク保障の要素を含めていること
- ・ 手段としての政策オプションを中間指標、最終目標と分けて明示していること

本研究では、これらのフレームワークに共通する基本的考え方をおさえつつ、日本

の医療政策の具体的な課題解決に資するような形で適用することとする。具体的には、以下の3段階に沿って分析を進める。

○ステップ1：最終目標の達成度評価

まず日本の医療制度の最終目標の分析として、共通要素である、①健康状態、②満足度、③リスク保障を評価し、特に日本型UHCに関連する主要な特徴、長所や課題を特定する。

○ステップ2：医療制度診断

特定された課題について、「診断ツリー」を用いた医療制度診断により原因(Root Cause)を分析する。その際、質やアクセス等の指標にも配慮する。

○ステップ 3：政策オプション及びガバナンス

課題の原因となっている要素に対して必要な政策オプションを、① Health financing and technology 財政・支払・医療技術、② Human Resources for Health 医療人材、③ Health system delivery and information 医療情報・医療介護提供体制に分けて概要を示す（これらの各論の詳細は本研究班のそれぞれの研究チームが詳述する）。

3. 平成 27 年度の研究イメージ

1) ステップ 1：日本型 UHC の特徴の抽出

まず、日本のヘルスシステムの最終目標（①健康状態、②満足度、③リスク保障）の達成度評価を行い、③リスク保障の基盤である日本型 UHC の特徴、長所、課題を文献検索（行政文書、世銀レポートを組む）および過去から現在に渡る行政担当者のインタビュー等により抽出する。

○ヘルスシステムの最終目標の達成度評価イメージ

①健康指標

平均寿命 (WHO)、健康寿命 (GBD2010)、乳幼児死亡率(WHO)、年齢調整がん死亡率(OECD)等の健康指標において、日本は世界最高レベルを誇っているように、少なくともマクロの健康水準について、日本の健康状態は優れて

いる。また健康格差についても低いと言える。

②満足度

満足度については、日本医療政策機構が 2007 年に行っている調査によると、項目によって異なっており、「診断・治療等の技術の質」や「医療の安全性」については比較的満足しているものの、「制度決定プロセスの公正さ」や「市民参加の度合い」などガバナンスに関連する項目については、不満の度合いが大きい。ただし、総じて高いとは言えないものの、近年改善傾向にある。²

③リスク保障

リスク保障について、日本は非西洋社会で初めて 1961 年に国民皆保険 (UHC) を達成し、すべての国民に公的な医療保険を提供してきた。その保険給付内容についても、必要かつ適切な医療は基本的に保険診療で確保することを理念とし、包括的な保険給付 (Comprehensive benefit package) を実現している。また、費用負担についても、窓口負担は最大 3 割とし、更に、重大疾病事故への対応 (Catastrophic coverage) として月額一定以上の負担は保険で賄う保障を行っている。すなわち、これまで日本の医療制度は手厚いリスク保障を提供してきた。しかも、医療費の GDP 比は OECD の中位程度と比較的低いコストでこうした保障を実現してきた。

○日本のヘルスシステムおよび日本型 UHC の長所

日本のヘルスシステムの最終目標達成度の主な長所は、①世界最高水準の健康状態、②国民皆保険による手厚いリスク保障の提供、および、比較的低いコストでの提供が挙げられる。

○日本型 UHC の特徴

このうち、②の基盤である日本型 UHC の特徴の現時点でのイメージ：

日本型 UHC のキーコンセプト/Key concept of Japanese UHC model:

Solidarity based, equity oriented, national single fee schedule model, to simultaneously pursue three birds: 1) free/open access for patients, 2) professional freedom of private providers, and 3) overall cost control

- ・公平性への社会的・政治的コンセンサス
- ・法制度の整備
- ・中央政府の権限の大きさおよび地方府のコミットメント
- ・医療提供体制における民間セクターの寄与
- ・社会保険と税負担のミックスによる公平な財政調整のメカニズム
- ・全国一律の診療報酬制度によるステイクホルダーの利害調整、資源配分、コスト抑制
- ・日本型 UHC を可能にしたプレイヤー

と ガ バ ナ ン ス （ 主 要 な
Player/Institution をまとめる）

等

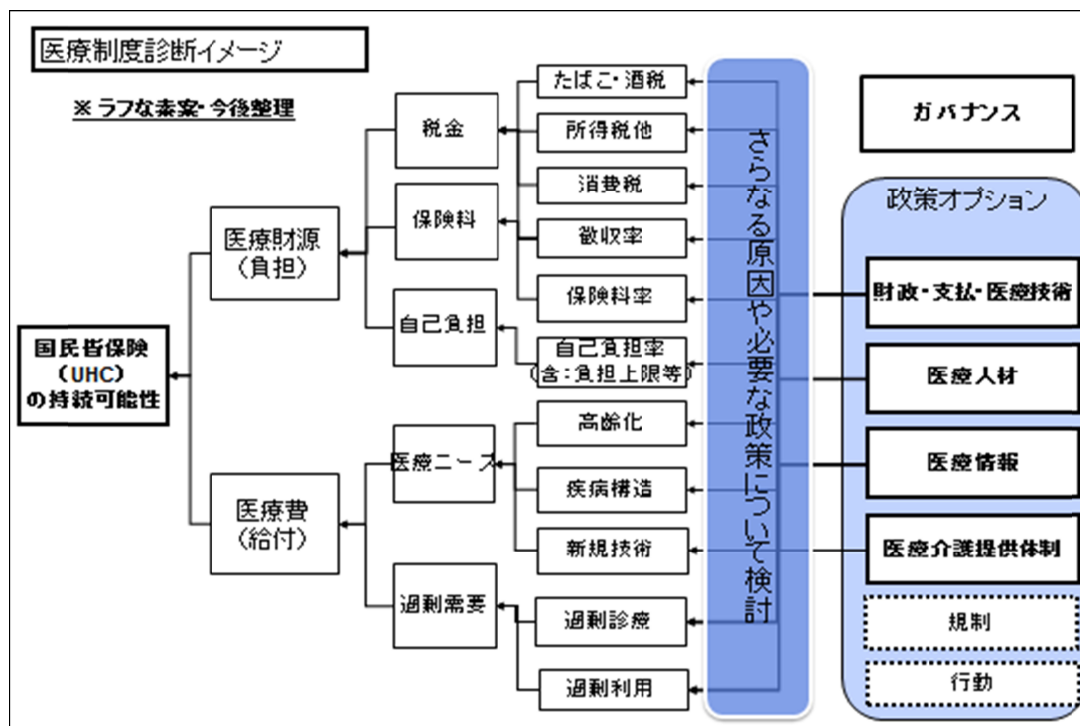
○日本型 UHC の課題

日本の UHC が提供してきた手厚いリスク保障は世界最速かつ最高水準の高齢化などから想定される総医療費の伸びや財政事情などから持続性に大きな問題を抱えている。上記特徴で特定される国民のコンセンサスとしての国民皆保険の維持が日本社会の合意とすれば（例：社会保障制度改革推進法や社会保障国民会議報告書など）、「UHC の持続可能性」そのものが、日本の医療制度の最終目標における最大の課題と言える。

2) ステップ 2：医療制度診断

現在および将来の日本のヘルスシステムにとって最大の課題である日本型 UHC の持続可能性の原因をシステム診断し、処方箋としての政策アプローチを検討する。持続性が課題となっている原因は、医療給付側の要因と医療負担（財源）側の要因に大別できる。これらについてさらに原因を遡る医療制度診断を行い、その根本かつコントロール可能な原因に対して政策オプションを検討していくこととする。

詳細は今後、各チームも含め検討していくが、現段階の粗いイメージを以下に示す。



3) 政策オプションの概要

以下の政策オプションについて、UHCの持続可能性に焦点を当てて分析・整理していく（適宜、改変・追加があり得る）。

- ① Health financing and technology 財政・支払・医療技術
- ② Human resources for health 医療人材
- ③ Health system delivery and information 医療情報・医療介護提供体制

4) 考察・アウトプット・イメージ

日本型 UHC を達成、運営し、将来にわたって持続可能性を高めるための政策上の教訓や方策を日本型 UHC モデルとして確立し、LMIC を含む世界に提示する。

4. 各論

(1) Health systems financing and technologies

【キーワード】

- ★ 診療報酬改定の概要及び実務（全国一律制度の運用や保険料システムに着目して）
- ★ DPC の開発・変遷について
- ★ 特定健診・保健指導制度
- ★ 中医協における医療技術評価導入（HTA）の議論

我が国の医療費は平成 25 年度で 39.3 兆円、医療費の伸びは年 2.2% と、急速に増大する医療費を含めた社会保障費全体が発散的に増大しないよう、制度の持続性を念頭に置きつつ、適正な水準に保つための各種施策が展開されている。

日本の医療保険制度においては、保険は大別して職域保険と地域保険に分けられ、全国民はいずれかに所属することを求められている。近年の経済情勢から保険者数は減少傾向にあるが、未だ数千のオーダーで存在する。保険者間で科される保険料(率)は、労使折半であるものの、保険者間で相違がある。高齢者や自営業者が主として加入する地域保険を中心に国費の投入が行われている(対日本総医療費で、概ね4分の1が国費に相当)。一方で、保険者からの支払については、日本が1961年のUHC(ユニバーサルヘルスカバレッジ)達成以前より、公的保険における支払について、全国共通の出来高払い(FFS: Fee For Service)の価格表を定め、それにより支払われる方式が採用されてきていたため、支払の側面にのみ着目すると、保険者による差は無く、いずれの保険者であっても窓口での自己負担割合や医療機関に支払われる額は同一となる。窓口負担については、過大な負担とならないよう、収入に応じた負担の制限額(月額)が定められており、同額を超えた者については極めて軽微(1%)な自己負担割合となるような制度設計により、応益負担にも一定の歯止めがなされている。

現在、日本の総医療費のコントロールは、2年毎に行われている。患者の受療行動や人口構成変化を元に、価格表の個別改定を行わなかった場合の次年度医療費の伸びを予測しつつ、経済情勢や、政府の方針により総額を抑制するか促進するか決定される。個別の価格調整は、政府決定の後に、医療提供側(医師、歯科医師、薬剤師等)団体代表者と保険者団体代表者が協議会(中央

社会保険医療協議会)にて議論・決定した内容が厚生労働大臣に答申される。

日本の診療報酬体系は、前述の個別の価格表を交渉して改定するプロセスを経てきたことから、出来高払い(FFS)の価格表を基礎として制度が構築されている。包括払い(PPS: Prospective payment system)は、中央社会保険医療協議会において議論の結果前進的に導入されたため、パッチワークの様に包括払いが混在している。大別すると、FFS 価格表の一部として、慢性期・亜急性期の入院医療に係る報酬、ICU など急性期の特別室に係る報酬が設定されている。これとは別に、希望する急性期入院医療を提供する病院にあっては、病名と手術・処置等の組み合わせによる診断群に対して、実際に行われている診療行為を調査し、前述の FFS 価格表で換算した結果を支払う日本特有の DPC/PDPS という急性期入院医療に特化した支払方式があり

(DRG/PPS とは異なる)、近年各病院が自院データを解析し、効率化のための PDCA サイクルを病院毎に回したり、自院のベンチマークを行う方向に施策が展開している。

薬剤費については、既収載品と新規収載品で扱いが異なり、既収載品については、ここの錠剤・容量毎に個別の保険償還価格が設定されているものについて、2年ごとに卸業者の病院納入価格を調査し、それに基づいて保険償還価格を見直す。新規収載品については、類似する薬効をもつ薬剤が既に存在する場合は、1日当たり薬価が同一となるように価格が設定され、類似する薬効をも薬剤が存在しない場合は、企業の提出する原価計算資料を審査した後、価格

が決定される。既存薬剤に対する新規性や改善点は上記原則の適用後に加味され、近年では稀少疾患に対する医薬品開発を手がけた企業への配慮がなされている。一方で、後発医薬品については目標値を定めてその普及を促進する施策も展開している。

（以下医療制度改革大綱〔平成 17 年 12 月 1 日与党医療改革協議会〕から要約）

2000 年代に入ってから、国民皆保険を堅持し、持続可能性を担保するために、医療保険制度の構造改革が求められるようになり、2006 年に健康保険法の改正を契機に、予防の重視や医療費適正化の総合的な推進、新たな医療保険制度体系の実現等が目標とされた。例えば、予防の重視においては、生活習慣病の予防を国民運動として展開すること。保険者の役割を明確化し、効果的・効率的な健診・保健指導を義務づけるなどの取組みが展開されることとされた。

また、2010 年代に入ってから、新規の高額な医薬品・医療機器等を用いた高額な技術の登場に伴い、医療保険財政への影響が懸念されるという指摘を踏まえ、医療技術評価（HTA：Health technology Assessment）導入について議論されるようになった。これまで日本の医療保険制度において、保険収載を検討するにあたっては、医療技術の安全性・有効性を中心に評価を行われ、費用対効果については ADL 等を加味した厳密な評価などはされず、前述のように先行類似品の有無別に、保険償還価格を決定してきた。現在は 2016 年の制度改正時に試行的導入できるよう検討が行われているところである。

（2）Health workforce

【キーワード】

★ 医師数の最適化について及び医師臨床研修制度について

一般的にはマクロレベルの労働力の過不足とは、求人と求職のバランスで評価される。日本では、医師が求職して働き口がないというケースはまれである。2010 年の統計によると、医師資格を有する者のうち無職の者（求職していないものを含む）は 2,086 人である。一方で、同年の厚生労働省の調査によると、病院と分娩取り扱い診療所における満たされていない医師求人は約 18,000 人分、現在求人は行われていないが医療機関が必要と考えている医師数を含めると約 24,000 人分があるとされている。これは、現在これらの医療機関に従事している医師数の 10%以上にあたる。二次医療圏別に見ると、現員数と同数以上の医師が求められている二次医療圏もある。従って、少なくとも病院と分娩取り扱い診療所においては医師の需要が供給を超過している状態といえる。

では、これは医療の供給の不足を意味しているのだろうか。一般的には、現在、製品やサービスの需要と供給が均衡していても、事業規模の拡大や将来の需要増を見越した投資として求人をすることはあり得る。しかし、医療機関がカバーできる人口にも、その人口から発生する医療サービス需要も短期間に大きく変動することは考えにくい。医師が誘発する需要や、医師増員に伴う診療報酬上の優遇措置による増収がある程度ありうるとしても、そのみを頼りに医師を増員することが経営上よい判断であると

は考え難い。したがって、多くの医療機関が、周辺地域のサービス需要が満たされているのにもかかわらずさらに医師を雇用しようとしているとは考えにくい。一方、医療機関、特に公的な医療機関が、たとえ経営的には最適な選択肢ではなくても、地域の需要を満たすために医師を追加雇用しようとすることは考えられる。従って、前述の医師需要超過は、医療機関が周辺地域からの需要を満たしていないと認識し、医師を新たに雇用してそれを解決しようとしていることを意味する。確かに、需要を反映すると思われる各種指標は医師の現員数＋求人数と相関している。

では、医療の供給不足は国民の健康を損なっているのだろうか。先出の医師現員数に対する求人数の割合を都道府県ごとにみると、マクロの健康指標とはあまり相関していない。つまり、日本の医療機関は地域の住民の医療需要を完全には満たせていないが、それが必ずしも住民の健康を損なっているとはいえない。患者の自発的な医療需要は必ずしも医学的に必然性のあるものとは限らないし、日本は国民皆保険、フリーアクセスであって、医療提供者が診療を拒否することも制限されていることを考えると、これは不思議ではない。

ただし、この結果は、日本が「医師不足」に対応しなくてよいとするものではない。その理由は少なくとも3つある。まず、医療需要の中に医学的必然性が乏しいものが含まれているとしても、医療現場でそれを正確に選り分けられるとは限らないことである。もし医学的必然性のある医療需要に対して医療が提供されないケースを限りなく減らそうとすると、結局、寄せられる全

ての医療需要に医療を提供するよう努めざるをえないことになる。次に、マクロの健康指標がよくても、局所的にみると医師不足により国民の健康が損なわれている可能性があることである。特定の地域や診療科で医師不足が起きていても、マクロの健康指標はそれを反映しないことがある。さらに、医師求人の存在が医療提供そのものの不足ではなく、医療提供体制の安定性や持続可能性、すなわち予備能の低下を表している可能性もある。特に、医師の労働環境には留意が必要である。職業文化上、医師は目の前に患者がいて診療を求めているとき、それを診療しないことに強い心理的抵抗を感じることもあるため、医師の過剰労働は明確な強制がなくても発生しうる。医療需要が十分に満たされていても、それが安定性や持続可能性の低い過剰労働によって支えられているのであれば、医療の確保の観点以前に、労働者の権利の観点から対応が必要であろう。

上記をまとめると、次のようになる。日本では、少なくとも病院と分娩取り扱い診療所には医師不足により医療需要に応えられていないという認識があり、恐らくそれは少なくとも一定程度の合理性を有している。それは必ずしもマクロな健康問題としては顕在化していないが、何らかの対応は必要である。

この対応には公私両方の力が必要である。医療供給には、医師法や医療法、診療報酬制度、医学部定員数の設定など、公的な規制が多く関与しており、それらを最適な状態に維持することなしに対応は難しい。一方、日本の医療機関の多くは民間セクターであり、民間セクターの協力なくては実効

性のある対応はなしえない。

医療提供の不足を医師の不足の問題と捉えて対応する場合、需要に対するアプローチと供給に対するアプローチの二つに大別できる。

需要に対するアプローチとは、医療機関における医師需要の全てが本当に必要なものとは限らないのではないか、すなわち、医療機関が満たそうとしている医療需要の側をある程度適正化できないかという問題意識に基づくものである。先述したとおり、医療機関に寄せられる需要は医学的必然性のあるものばかりではない。日本では、これまで、医学的必然性の低い需要には公的保険を適用しないなど、患者側に経済的なインセンティブを設定することで需要の適正化を図ってきた。しかし、診療報酬での対応は全国一律の画一的な対応にならざるを得ず、限界がある。

先述の、医療需要を反映すると考えられるいくつかの指標をみると、年齢調整後も地域間で大きくばらついている。このことは、医療需要のうち医学的必然性のあるものの割合は地域によって差異があることを意味する。これらの差異の要因を分析することで、新たなアプローチによる医療需要の適正化のヒントが得られる可能性はある。

供給に対するアプローチは、さらに医師の絶対数の増加と、個々の医師の生産性向上に大別することができる。

日本では、医師が海外から流入することも、海外に流出することも多くない。そのため、今後の医師の国内総数はこれまでの医学部の定員数にほぼ規定されている。これまで、日本政府は、そのときどきの需給見通しに応じ、20年程度の周期で定員数増

減の舵を切ってきた。1982年以降2003年までは医学部の定員数は削減されてきたが、医師不足の声に対応し2008年以降は増員され、現在では過去最大となっている。

政府は医学部の定員数の増減はできるが、学生のレベルの維持、教育体制や教材の確保等の理由から、医学部の定員数を急激に引き上げることは困難であり、養成期間を大幅に圧縮することも困難であるため、事実上、10年、20年以上先の医師数の左右しかできない。さらに、単純に医師養成数を増やしても、日本における「医師の労働力不足」は特定の地域や特定の診療科への偏在を伴っていると考えられており、それに対処しない限り非効率なものとなりかねないという弱点もある。

「医師の労働力不足」がしばしば政治的に大きな関心事となってきた一方、需要の適正化や医師供給の絶対数を増やす施策には先述のような限界があるため、日本ではこれまで、限られた数の医師をどう活用するかという視点に立った施策、例えば、効率的な配置、個々の人材の対応力の向上、役割分担や連携体制の明確化といったアプローチの施策に特に工夫が凝らされてきた。

医師の効率的な配置に関しては、特定の地域への偏在の解消、特定の診療科への偏在の解消といった形でよく議論される。日本では、原則として、どの地域で働くか、何を専門とするかについて医師を規制することはなく、フォーマルな力より主としてインフォーマルな力や誘導的な手段によって偏在の解消が試みられてきた。特に、卒業生の多くが出身大学（日本では、各都道府県に必ず一つ以上の医学部、医科大学がある）の医局に入局して、医局主任の人事

権のもと地域の病院へ出向する慣習が果たしてきた役割は大きい。また、近年、地方自治体が地域医療支援センターを設置し、地元大学と協力しながら医師の地域偏在の解消に取り組む体制も構築された。大学医学部の入試において周辺地域出身者を優遇する仕組みや、周辺地域出身者を対象とした奨学金制度によって、医師養成の過程から偏在を解消する取り組みも行われている。

個々の医師が、一人でより幅広い範囲をカバーし、従来の二人分、三人分の働きができるように教育する試みも行われてきた。平成16年、医学部を卒業して医師免許を取った医師が最初に受ける研修についての制度がリニューアルされ、これまではひとつの診療科での研修が多かったところ、複数の診療科における研修が事実上義務づけられ、幅広い分野のコモンディージーズに対して初期対応ができることが研修目標とされた。これにより、例えば僻地にいる医師が一人で複数の科の疾患の初期対応をカバーし、手に負えない疾患のみを都市部にいる専門医に紹介する、という体制が目論まれている。また、アカデミアが中心となり、総合診療医として成長していくという道がキャリアパスの一つとして認知されるよう、「総合診療専門医」を認定するという取り組みも行われている。診療報酬上も、いわゆる主治医機能を評価する方向性の施策がとられてきている。

医師が医師にしかできない仕事に専念できるようにすることで効率性を上げようとする取り組みもなされてきた。例えば、必ずしも医師免許が必要ではないペーパーワークに医師が時間を割いているという問題意識から、診療報酬をツールとして医療ク

ラークの雇用を支援する施策がとられたことがある。また、現在医師が行っている業務のうち、一部を別の職種に担当させる計画も進んでいる。

これらの施策は、それぞれポテンシャルはあるが、単独で大きな効果を期待できるものではない。また、相互作用することによって思いがけない影響が生じることもある。そのため、複数の政策を組み合わせる実施し、狙った効果が出ているかを十分にモニタリングしていく必要がある。

また、医師の効率的な活用を偏重するデメリットにも留意が必要である。特に、先述の医師の過剰労働による医療提供の持続可能性の低下には十分注意し、医師の労働実態を調査等で定期的に把握するべきである。

上記の日本の経験を踏まえ、これからUHCを導入するなど、医療制度を構築、再構築しようとする諸国に対する提言としては以下を挙げる。

- ・医療機関の医師不足による医療の供給不足が想定されるとき、その対応には需要の適正化、医師の絶対数の増加、医師の効率的な活用等の様々なアプローチが考えられる。それぞれに長所と短所があるため、それらを組み合わせて実施するとよい。
- ・需要の適正化は公的保険の適用範囲の設定の仕方を工夫することである程度行える。
- ・海外からの医師の確保が期待できない場合、医師の絶対数を増加させる即効性のある政策オプションは乏しい。
- ・医師の効率的な活用については様々な政策オプションがあるが、それぞれ単独の

効果は弱く、思いがけない影響を生んだり、医師の過剰労働を招いたりすることもあるので注意が必要である。

(3) Health systems service delivery and health information

1. 背景・現状等

(日本の医療機関の特徴)

- 西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、我が国においては、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的経緯があり、このことが我が国の医療政策の困難さをもたらしている。
- 欧州のいくつかの国では、医療機関が公的セクターによって運営されており、政府が強制力をもって医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。他方、医療提供体制について、我が国ほど規制緩和された市場依存型の先進国はなく、我が国において、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか 14%、病床で 22% しかない。したがって、他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、我が国においてはなかなかできなかったという経緯がある。
- また、我が国においては、当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確である。さらに、医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準

よりも少なく過剰労働が常態化しており、結果として医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいると指摘されている。

(我が国の現状等)

- 現在、我が国においては、団塊の世代（baby boomers）が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築の実現を目指している。
- その背景として、人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部、75 歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が拡大することが見込まれている。
- 加えて、今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要であり、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを作り上げていくことが必要とされている。

(地域医療ビジョンについて)

- 我が国において、急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命 60 歳代の社会において

は、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。

- しかしながら、その後の寿命の延伸により世界一の健康長寿社会を達成した結果、慢性疾患の罹患率の増加や複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となり、病気と共存しながら QOL(Quality of Life)の維持・向上を目指す医療が求められるようになった。
- すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、つまり医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療サービスの提供が必要とされるようになった。
- そのため、我が国においては、医療提供体制改革の実現に向けた取組として、これまで検討が進められてきた医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（「病床機能報告制度」）の導入が図られている。次いで、同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定することとなった。

（地域包括ケアについて）

- 今後の望ましい医療提供体制の構築の

ためには、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入していくべきである。

- そして、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって、総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰の実現を目指すべきである。そのためには、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保すると同時に、在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークの構築を図っていくべきである。これらの取組みにより、医療資源として有効に活用していくとともに、利用者・患者の QOL の向上が期待できる。
- このような「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が成功すると、これまで一つの病院に居続けることのできた患者は、病状に見合った医療施設、介護施設、さらには在宅へと移動を求められることになる。居場所の移動を伴いながら利用者の QOL を維持し家族の不安を緩和していくためには、提供側が移動先への紹介を準備するシステムの確立が求められる。
- したがって、「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という潮流、つまり高度急性期から在宅介護ま

での一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいては、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものである。

- すなわち、川上から川下までの提供者間のネットワーク化が、新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる。そのためには、こうしたネットワークの中で、患者の移動が円滑に行われるよう、医療機関側だけでなく、患者側にもインセンティブが働くシステムが必要となる。
- 加えて、医療・介護のネットワーク化のためには、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかという意志決定が重要となる。

（総合診療医・GP の必要性）

- 高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）による診療の方が適切な場合が多い。
- これらの医師が幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を提供することで、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できると考えられ、さらに、他の領域別専門医や他職種と連携することで、全体として多様な医療サービス

を包括的かつ柔軟に提供することができる。

（保健医療分野の IT 化と応用）

- 保健医療分野における IT 化は、他の産業分野と同様に世界的な潮流である。先進国においては、これら情報化技術及びそのインフラが保健医療制度より後に発展してきたことからそれらを前提にして設計されていないため、独自仕様の乱立による標準化の問題や、紙媒体等からの移行、医療従事者の IT リテラシーの涵養等の様々な困難に直面した。
- これから UHC を整備する中低所得国（LMIC）においては、すでに UHC を達成している国の教訓を活かし、IT インフラや関連技術を所与として保健・医療を含む社会保障制度を設計すべきである。
- マクロレベル（政策レベル）でのレセプトオンライン化や特定健診・特定保健指導から得られる情報を蓄積した National Database、またミクロレベル（現場レベル）での医療機関における診療情報の電子化・標準化・集積化・集積化・共有化等の保健医療分野の IT 化は、以下のような各側面において、多様な便益がある。
- 個人レベルの受益者においては診療情報を医療機関間でシェアし蓄積することにより達成される EHR（Entire Health Record）により、利便性の向上が期待できる。
- 医療機関（病院、診療所、薬局等）としては、EHR による診療情報の共有に

より、効率的な医療サービスの提供が可能となる。

- 保険者は、レセプト情報や特定健診・特定保健指導の情報を活用することにより、被保険者に関する情報を一元的に把握できるようになり、疾病予防・管理等に活用することにより、健康の増進が期待できる。
- 国・都道府県レベルでは、介護・医療関連情報の「見える化」の推進により、全国・都道府県・二次医療圏・老人福祉圏・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるようになり、例えば我が国においては地域包括ケアシステムの構築に役立てることができる。
- 国レベルでは、マイナンバー制度の導入により、社会保障・税制度の効率性・透明性を高め、国民にとって利便性の高い公平・公正な社会を実現するための社会基盤が構築でき、より正確な所得把握が可能となり、社会保障や税の給付と負担の公平化が図ることができる。

(その他)

- 「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。

(LMIC への提言)

- これから UHC を整備する低中所得国

においても、我が国が UHC を達成してから半世紀の間に経験したように、感染症や母子保健等に対する急性期医療提供のためのインフラ整備や人材育成を行うフェーズから、早晩、NCD (Non-Communicable Disease) などの慢性疾患や高齢化が主たる disease burden (国家の疾病的負荷) となり介護保険や地域医療の拡充が必要となるフェーズへ必然的に移行する。

- 上述したように、公的な資本である医療機関の適正な配分にあたっては、効果的かつ効率的なマネジメントが可能な地域ごとに、その単位地域ごとに医療提供に関する様々なデータを分析し、人口動態予測も加味して、量と質の医療需要の将来推計を行い、その情報を元に地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を図ることについて、十分な準備期間をもって検討し、有効な施策を実行すべきである。

2. 平成 27 年度の研究方針

- 途上国、新興国においては急性疾患・感染症に対応するために病院中心型急性期医療を構築するが、社会の成熟化・高齢化に伴い慢性期医療や介護を内包した地域包括型医療への転換が求められるようになる。
- それらの国の参考となるように、日本の事例について、平成 27 年度は、以下の 3 ステップでエビデンスを創出し、政策パッケージとしてまとめていく。

(1) 地域包括ケアシステムのモデル地区等の成功例を共有 (Narrative: case study)

- 日本における地域包括ケアシステムの成功例について、その詳細をケース・スタディ、ベスト・プラクティスとして narrative に事例としてまとめる。
- 単に、現状の取組を紹介するにとどまらず、**制度構築の構想段階からどのような stakeholder が関与したか、また、理想的なシステムの構築のための企画立案、それを実現したガバナンス等について日本の知見をまとめる。(可能なら、自治体にインタビューを行う等も検討)**

(参考：厚生労働省「地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例」)

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/model.pdf

(2) 病院中心型医療から地域包括型医療の移行による、健康アウトカム、医療費、社会的指標等に与えるインパクトを定量化 (Quantitative : epidemiological analysis)

- **病院中心型医療から地域包括型医療の移行により、健康アウトカム（急性疾患の発症、慢性疾患の指標等）や、医療費等の医療経済や患者受療行動変容、また社会的指標（equity、fairness、solidarity の指標としてのジニ係数等）にどのような影響があったか、社会的資本（social capital/cohesion）・人材資本（human capital）が影響を修飾したかなどについて、定量的に分析する。**

- 時間的、実用可能なデータの制約から、地域包括型医療を導入する地域とそれ以外の比較や、制度の導入前後を比較するなどの横断研究が現実的であるが、case-control study や cohort study、propensity score 法など因果推論が可能な疫学・統計学的手法の応用可能性を検討する。
- 先行研究を十分にレビューするとともに、研究の仮説設定や手法については、ハーバード大学イチロー・カワチ教授に助言を得ることなどを検討する。

(参考：解析に用いるデータ等)

厚生労働省：医療施設調査、病院報告、患者調査、受療行動調査、国民医療費、地域保健・健康増進事業報告（地域保健・老人保健事業報告）、地域保健事業報告（保健所運営報告）、老人保健事業報告、医師・歯科医師・薬剤師調査、循環器疾患基礎調査、結核登録者情報調査、保健師活動領域調査、各種厚生労働科学研究のデータ、等

各種コホート研究（我が国において利用可能なもの）：例えば、多目的コホート JPHC Study、NIPPON DATA、JACC Study 等、（その他、ランド医療保険実験に相当するもの）

※ 短時間でデータの使用許諾の手続きを行うのは難しいか。

(3) 応用可能なモデルの構築 (Applicable modeling)

- (1)(2) の定性的・定量的分析に基づくエビデンスについて、**途上国・先進国が利用可能な形でモデル化し、地域医療システム構築のための政策パッ**

ケースとして人材育成プログラム化する。

【巻末参考】

4. 備考

○用語の定義・解説

※共同作業となるため、用語の統一が必要となりそうなキーワードは適宜整理する。

①医療制度：

WHO では医療制度（ヘルスシステム）を「健康の増進、回復、維持を主な目的とする全ての組織、人、行動」と定義し、これには医療機関での医療活動のほか、健康増進や病気の予防のためのキャンペーン、健康保険組合、産業保健や環境衛生の法規、また、保健教育など医療以外のセクターにまたがる活動も含まれる、としている^{3, 4}。

なお、「医療制度」の類語や”Health System”の訳語には、「保健医療制度」、「保健システム」、「ヘルスセクター」などがありますが、ここでは原則「医療制度」に統一する。

②医療政策：

統一的な定義はないが、医療政策の代表的教科書”Making Health Policy”では⁵、「医療制度における機構、組織、サービスや資金に影響をおよぼす一連の行動」と定義されている。

③医療制度分析フレームワーク：

医療制度の範疇や構成要素の記述のみならず、その内容や関係を含む全体像を明らかにし、医療制度を分析し政策を立案するための分析枠組み（フレームワーク）として代表的なものとしては、WHO が提示するフレームワーク（WHO モデル）、もう一つは世界銀行とハーバード大学が共同で開発したフレームワーク（世銀・ハーバードモデル）が知られる。本研究においてはこれら二つのモデルを適宜活用する。

この他にも、具体的な分析においては、OECD Health Data, National Health Accounts, European Observatory on Health Systems and Policies など、医療制度にかかる有益なソースやコンセプトがある。

³ Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action. World Health Organization 2007.

⁴ The World health report 2000 Health Systems: Improving Performance

⁵ Kent Buse, Nick Mays and Gill Walt, Making Health Policy: Second Edition. Open University Press. 2012.

Japan's New Directions in Global Health Cooperation

—Launch of Japan Dynamic and Seamless UHC Support Platform—

Toshiro Kumakawa¹, Tomohiko Sugishita², Hidechika Akashi[※]

1. Department of Health and Welfare Services, National Institute of Public Health (NIPH), Japan
2. Japan International Cooperation Agency (JICA)
3. Bureau of International Medical Cooperation, National Center for Global Health and Medicine (NCGM)

[Preamble]

Japan has experienced rapid social transformation through economic, demographic, and burden of disease transitions. These dynamic changes have prompted health care reform in Japan and the chorological responses by the people and government are vital lessons for those who seek to implement equitable, quality, and resilient health systems in their own countries.

Since the inception of the G8 Global Health Working Group under the leadership of Prof. Keizo Takemi in 2014, the Japan International Cooperation Agency (JICA), the National Institute for Public Health (NIPH), and the National Center for Global Health and Medicine (NCGM) have been collaborating to seek new pathways for implementing dynamic and sustainable development modalities for the post-2015 development agenda, paying particular attention to health systems strengthening (HSS) for achieving universal health coverage (UHC).

The authors' institutions have agreed on the ***“Japan Dynamic and Seamless UHC Support Platform”*** as a common operational framework guiding project design and technical support that promotes strategic and proactive knowledge management for strengthening health systems in developing countries in a forward-looking manner. This is a unique but essential endeavor to provide seamless support by Japanese institutions to developing countries that ensures capacity development at individual, organizational, institutional, and systemic levels. To avoid ad-hoc official development assistance (ODA) implementation, the authors' institutions aim to achieve a harmonious and transformative program design that strengthens resilient health systems toward the goal of achieving UHC.

[※]The authors compiled this report in cooperation with staff members from NIPH, NCGM, and JICA (Troika Team).

[Japan's experience achieving UHC]

Pension and health insurance schemes have been operated in Japan since before World War II, but some employed in the informal sector, such as agricultural workers and the self-employed, were not always covered. Amid rapid economic growth after the war, the government sought to solve this problem by introducing universal pensions and health insurance coverage in 1961. After that, and prior to Japan becoming an aged society (meaning an aged ratio of more than 14%), the government enacted the Act on Social Welfare for the Elderly, which was followed by a series of plans and acts including the Health and Medical Service Act for the Elderly, the Gold Plan, and the New Gold Plan. The most recent Long-Term Care Insurance Act was introduced after Japan had surpassed the 14% aged ratio designating it an aged society, after which Japan advanced toward becoming a super-aged society (with an aged ratio of more than 21%).

Japan's average lifespan, which is considered one of the most important outcome indicators for universal health coverage, is 83.2 years—the second longest in the Asia-Pacific region. Due to rapid decline in the death rate from communicable diseases in the 1950s and early 1960s, followed by a large-scale decrease in the number of deaths caused by strokes, Japan's average lifespan increased over an extremely short period of time. This was the result of public health efforts to manage the main causes of risk through interventions such as tuberculosis countermeasures, which began in the 1950s, and hypertension countermeasures, which began in the 1960s.

Aging is progressing in Japan at a speed unparalleled in other countries. Looking ahead to 2025, with the aim of maintaining the dignity of elderly people and supporting their independent lifestyles, the Ministry of Health, Labour and Welfare is building community-level comprehensive support and service delivery systems (community-level comprehensive care system) so that the elderly can continue to live in their own way and in familiar surroundings for as long as possible. Specifically, this system aims to support living at home by skillfully combining five elements: professional prevention services, medical treatment, nursing care, and the preconditions for these services, namely, welfare services for housing and living support.

Today aging is progressing rapidly not only in the Asia-Pacific region but throughout the world. In the coming decades many countries will need to urgently adopt measures to address the skyrocketing need for care due to rapid changes in the population structure, as

well as changes in medical treatment needs due to changes in disease burden. Japan's experience maintaining universal coverage in an aging society will be a unique and important "living teaching resource," and it is necessary to compile lessons from Japan's experience into a curriculum for training health system managers efficiently and effectively.

[Implications]

The "***Japan Dynamic and Seamless UHC Support Platform***" enables dynamic, efficient, and proactive implementation of development assistance. Moreover, the platform tries to work as a "content-based solution provider" by reflecting on Japan's past experiences. This new platform promotes a mutual and transformative learning process between developed and developing countries to tackle shared future challenges. Each institution has a unique and strategic role in this joint endeavor, all of which are summarized below.

[Action 1. Japan International Cooperation Agency (JICA)]

Since its inception in 1954, JICA has been supporting developing countries as the implementing agency of Japanese ODA. After it merged with the Japan Bank for International Cooperation (JBIC) in 2008, JICA became the world's largest bilateral aid agency, currently working in over 152 countries with some 100 overseas offices.

In accordance with its vision for "Inclusive and Dynamic Development," JICA supports the health sector in developing countries through various assistance modalities such as technical cooperation, ODA loans, grant aid, Japan Overseas Volunteers, and trainings in Japan or in third countries.

JICA recognizes that a field-based approach is indispensable to quickly and accurately meet the diverse needs of developing countries. This is why JICA promotes an "Aid Effectiveness" strategy and works with the recipient country in close coordination with other agencies and institutions. JICA also vigorously pursues partnerships with Japan's other implementing agencies such as the NCGM, the NIPH, and other governmental and nongovernmental organizations to provide effective and efficient development assistance with maximum impact.

JICA is currently building an in-house knowledge platform, the "***JICA Dynamic UHC***

Database,” to enable sequential, longitudinal, transformative, and seamless UHC support to recipient countries. This database combines existing global resources such as the World Development Indicators (WDI), Human Development Index (HDI), Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), Health Management Information Systems (HMIS), District Health Information Software (DHIS), Living Standards Measurement Study (LSMS), and other relevant data sources that reflect the **“Global Reference List of 100 Core Health Indicators”** stipulated by the WHO. The JICA Database is created to promote “fit-for-purpose” use of existing indicators to ensure that program design is 1) tailored to specific contexts with minimal effort; 2) sustainable with the potential for scale-up; 3) inclusive, transformative, and resilient; and 4) diverse and flexible enough to apply through different stages of implementation. Most importantly, this database ensures that program design is proactive and based on future forecasting of the country’s economic, demographic, disease burden, and especially aging transitions. This is a new challenge for JICA to promote dynamic, inclusive, resilient, and forward-looking project design in the post-2015 development agenda.

[Action 2. National Center for Global Health and Medicine (NCGM)]

The NCGM is one of six national medical centers in Japan that focuses specifically on global health. It comprises two general hospitals with 801 and 435 beds each, the Bureau of International Medical Cooperation (BIMC), the National College of Nursing, and the NCGM Research Institute focusing mainly on basic medical research. The BIMC functions as one of Japan’s hubs for global health technical assistance.

The role of the NCGM in the **“Japan Dynamic and Seamless UHC Support Platform”** is to undertake UHC field research in developing countries and to implement the programs that support those countries in achieving UHC.

The NCGM is currently conducting empirical, field-based research on health insurance (HI) in both Southeast Asia (Cambodia, Lao PD, and Viet Nam) and Africa (Kenya). The purpose of the research is to identify operational and institutional bottlenecks to HI, as well as to elaborate on the impact of HI on expenditure and care-seeking behavior—particularly by the poor and ethnic minority women—in subject countries. This research intends to outline and classify needs for both policy advice and technical assistance to address, particularly that which can be provided from Japan. Furthermore, the NCGM intends to examine the potential impact of population aging on the sustainability of HI, and the role of

the private sector in both service provision and financing.

So far the NCGM has collaborated to conduct UHC-related training in Japan funded by either JICA or the World Health Organization (WHO). In the future, the NCGM intends to play more wide-ranging roles such as the following:

- 1) In countries where the NCGM and JICA spearhead health sector-wide coordination (e.g. Lao PDR), the NCGM will work to mainstream social security and other health sector responses to upcoming aging challenges, and facilitate donor coordination in those areas;
- 2) Dispatch policy advisors to countries such as Lao PDR, Senegal, and DR Congo through the JICA scheme;
- 3) Assist developing countries (particularly those in Southeast Asia and Francophone Africa) in strengthening their human resources for health (HRH) in key functions (i.e. production, deployment and retention) and foundational components (i.e. policy/planning, finances and legal framework);
- 4) As a medical institution, provide overseas trainees receiving UHC training in Japan with the opportunity to see firsthand the actual applications of Japanese HI such as disbursement claims on the basis of DPC (diagnosis procedure combination);
- 5) Collaborate with JICA and the NIPH in rolling out field-based UHC support to developing countries through JICA's programs as well as the NCGM's own modalities and overseas operations bases in Cambodia, Lao PDR, Viet Nam, Myanmar, and Nepal. Closer potential collaboration with the Ministry of Health, Labour and Welfare's programs will also be pursued.

[Action 3. National Institute for Public Health (NIPH)]

The Japanese National Institute of Public Health (NIPH) is a research institute established by the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) to carry out research, education, and training activities related to the field of public health, including health, medicine, welfare, and the living environment. The NIPH was established in 2002 as a single body integrating the Institute of Public Health and the National Institute of Health Services Management. At the time of the merger, these organizations had already been in operation for almost 80 years, during which time they had been involved in a great deal of on-site research in the fields of health and public health, and had also been involved in a great deal of education and training for personnel development.

1) Content development based on the experience of Japan

Japan's history after the introduction of universal insurance coverage overlaps with its history of implementing countermeasures against aging. Before becoming an "aged society", the government enacted the Act on Social Welfare for the Elderly. The government then established a series of laws over a two decade span: free medical expenses for the elderly, with subsequent revisions to the scheme; the Health and Medical Service Act for the Elderly; the Gold Plan; and finally the New Gold Plan. In 2000 the government enforced the Long-Term Care Insurance Act, after which Japan advanced toward becoming a super-aged society. In 2014 the government enforced a new Act for Promoting the Comprehensive Provision of Medical and Nursing Care in Communities. This act seeks to establish a sustainable social security system by (1) building a comprehensive care system at the community level and realizing fair expense burdens, (2) building efficient and high-quality systems for providing medical treatment in communities, and (3) strengthening links between those systems for medical treatment and care. Japan's experience is an important teaching resource for maintaining UHC in an aging society, and it is necessary to develop the lessons that can be derived from Japan's experience in specific contents.

2) Development of a personnel training method based on the concept of strategic management

The training of human resources so far has involved the strengthening of skills related to specific constituent elements of the health care system. From now on, however, it will be necessary to build a coordinated human resource training system that generates good performance across constituent elements of the system and strengthens ties between them. Since an aged society gives rise to unique inequalities, local regions themselves need to acquire problem-solving capabilities that take regional characteristics into consideration. The specific roles of personnel responsible for public health, medical, and care services differ at the central government, local government, and community levels. In order to enhance the performance of the health care system as a whole, their respective roles must have a consistent direction, and in order for personnel to best contribute toward improving public health, medical, and care services, it is necessary for them to share a mutual understanding of the common strategic framework they are working within.

Challenges in Global Health Governance

Yasushi Katsuma, Waseda University^{*}

The year 2015 marks a major turning point in the field of global health. The era of the millennium development goals (MDGs: 2000-2015) will be over, and a new era governed by the post-2015 sustainable development agenda (2015-2030) will be launched at the September 2015 UN General Assembly. One of the sustainable development goals (SDGs) will deal explicitly with health, and we need to tackle the health goal comprehensively by pursuing universal health coverage (UHC) while also strengthening its linkages with other SDGs that focus on related issues including education, the environment, and reducing inequity within and among countries.

In this moment of transition, it is important to keep in mind that the new SDGs era will differ significantly from the era of the MDGs in terms of the global health landscape:

- i) The emergence and proliferation of non-OECD donors, non-state actors, private sector and business actors, and innovative financing mechanisms spells a relative decline in leverage of the World Health Organization (WHO) within the field.
- ii) Given this change in working environment, business as usual will not work to achieve the health SDG. Global governance *of* health and global governance *for* health both need to be strengthened and adapted to better suit this new global health landscape.
- iii) The 2016 G7 summit will be an excellent opportunity for global leaders to take the initiative to enhance global health governance.

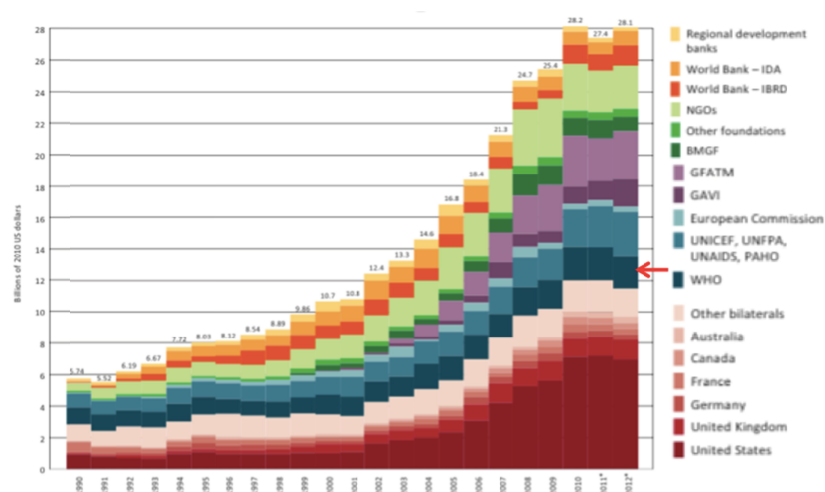
I. Global Health Landscape post-2015

A longitudinal assessment of development assistance for health from 1990-2012 indicates that there has been a five-fold increase in global resources available for health, as well as an upsurge in the number of organizations active in the health field. The relative allocation of resources to the WHO, however, has remained stagnant, indicating that while the WHO

^{*} This paper was compiled from the discussions of the research team on global health governance, consisting of Professor Yasushi Katsuma, Professor Hideaki Shiroyama of University of Tokyo, Dr. Sayako Kanamori of JIGH, Dr. Chiaki Sato of University of Tokyo, Dr. Kayo Yasuda of Kansai Gaidai University, Ms. Ayako Matsuura of University of Tokyo, and government officials of Ministries of Foreign Affairs and Health, Labour and Welfare of Japan.

once dominated global health funding its leverage has declined significantly. In this context of declining leverage, what role should the WHO play? And given the expansion of global health actors and stakeholders, what new platforms and regulatory frameworks do we need?

Figure: Development Assistance for Health, 1990-2012



Source: IHME DAH Database, 2012

WHO post-2015: focus on its core functions

While the WHO continues to be the world's leading technical authority on health, it is no longer the single predominant player. As such, it should cut down its operations to the basic core functions that define the organization, namely correcting for market failure of global public goods and interventions that deal with international externalities. The promotion of global public goods involves setting international norms and standards. It assures that adequate levels and benefits of these goods are distributed among all countries, and the WHO sets these norms by promoting research and development and building consensus among member states. Interventions to deal with externalities address health threats specified under the International Health Regulations (IHR), the international transfer of health risks, and other global threats to health such as trade in legal and illegal harmful substances. Supplementary functions of the WHO include measures to correct for government failure such as technical cooperation, development financing, and the protection of vulnerable groups. However as the number of players promoting health on the

ground through these mechanisms has increased, the WHO's comparative expertise has declined.

New post-2015 priorities and objectives

The Ebola epidemic has been a game changer in the field of global health and has brought attention to both the necessity of exploring who should lead coordination among stakeholders in the humanitarian phase of pandemic (also known as the security phase), and how humanitarian assistance should be transitioned to a development phase that enhances health systems and community resilience.

The SDGs—slated to be announced at the September 2015 UNGA—will guide the overarching goals and objectives that govern global development issues through the year 2030. Given their breadth and number there is increasing concern about how the goals are to be achieved once set, and harmonized governance mechanisms that are realistic and effective will be central to this effort. Since only one out of 17 goals will focus on health, it will be important to capitalize on the inter-sectoral nature of the SDGs, bringing voices from diverse sectors into the conversation. It is also important, amid the current rush toward launching the post-2015 agenda, to reflect on the successes and failures of the MDGs, and how concepts such as universal health coverage (UHC) and human security have helped to move those successes forward.

II. Post-2015 Global Governance OF and FOR Health

Global Governance of Health

Within the field, the WHO should continue to take the lead in its core functions of setting norms and intervening where global threats pose a risk to public health. Governing the many partnerships that have been launched by UN agencies and bilateral donors to correct government failures, however, is more of a challenge. These partnerships have been largely ad hoc, and have not coordinated well amongst each other or with emerging non-Organisation for Economic Co-operation and Development/Development Assistance Committee (OECD/DAC) and non-state actors. In other words, global governance of health is still “anarchical.”

At the field level, UN Country Teams and partner countries should use the UN

Development Assistance Framework (UNDAF) to coordinate multilateral and bilateral donors across sectors. At the global level, while the OECD/DAC has been instrumental in setting development cooperation guidelines for good donorship such as Paris Principles, Accra Agenda for Action, emerging non-OECD/DAC donors such as China have been challenging these norms. A more inclusive platform for development cooperation at the UN is needed. The UN Secretary-General's High Level Panel on Global Sustainability (GSP) has received recommendations for developing "a Sustainable Development Council that has genuine political clout to bring global policy coherence for sustainable development and allows for active civil society engagement."⁶ However, the creation of a new UN platform has met with some resistance from those who feel that there already exist too many with similar purviews such as the UN Economic and Social Council (ECOSOC) that are in need of reform.

Global Governance for Health

While global governance *of* health refers to mechanisms that govern the health sector, global governance *for* health recognizes that many of the drivers and root causes of ill health stem from outside of the health sector. As such it is crucial that the health SDG be linked with other SDGs both at the global and field levels through UN harmonization frameworks such as the UN Development Group (UNDG), UNDAF, and possibly a new inclusive UN platform for sustainable development.

Public-private partnerships (PPPs) will also be imperative, due to a steady increase in both the number of private sector actors and the funds they have contributed to global health. Private sector business actors are increasingly interested in contributing to global health as part of their corporate social responsibilities (CSR) or base of the pyramid (BoP) strategies. We need more coordinated efforts to encourage PPPs to promote outreach and innovation for health.

III. 2016 G7 Summit in Japan

The 2016 G7 Summit in Japan will be an excellent opportunity for leaders to take the initiative to enhance global health governance. Recommendations include:

6

<http://www.un-ngls.org/gsp/docs/SD%20Governance%20Report%20for%20GSP%20-%20NGLS%2011-2011.pdf>

1. G7 countries, representing the OECD/DAC, should discuss how to engage more broadly and coordinate on development assistance with emerging non-OECD/DAC donors. This discussion can then be continued at the following G20 Summit.
2. G7 countries, based on lessons from responses to the Ebola outbreak, should discuss coordination mechanisms that are able to address outbreaks of contagious diseases more effectively and facilitate smoother transitions from the humanitarian/security phase to the development phase of health interventions.
3. G7 countries, with their vibrant private sectors, can create a robust platform where PPPs are promoted to bring about innovation in global health. There already exist a number of ad hoc initiatives but there need to be more globally coordinated efforts, and a unified global platform would be useful to encourage and mobilize innovation.
4. G7 countries can work together to produce global health policy experts needed at the global, regional, and field levels. We need such policy experts for harmonization and alignment in global health, particularly in Asia and Africa.
5. Beyond the development assistance that G7 countries can mobilize to aid others, it will be important for the G7 to also consider what its own members can do. Regulatory frameworks are needed to mitigate the impact that G7 multinational industries have on health, and member states need to recognize the accountability required of those industries—as well as of aid programs—to sustain health in lower income countries.