

201503002A

厚生労働科学研究費補助金  
地球規模保健課題推進研究事業

エビデンスに基づく日本の保健医療制度の実証的分析  
(H26-地球規模-一般-001)

平成 27 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渋谷 健司

平成 28 (2016) 年 5 月

厚生労働科学研究費補助金  
地球規模保健課題推進研究事業

エビデンスに基づく日本の保健医療制度の実証的分析  
(H26-地球規模-一般-001)

平成 27 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 渋谷 健司

平成 28 (2016) 年 5 月

# 研究班構成

## 代表者

渋谷 健司 東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 教授

## 分担研究者

多田羅 浩三 日本公衆衛生協会 会長  
岡本 悦司 国立保健医療科学院 統括研究官  
橋本 英樹 東京大学大学院共健康医学保健社会行動分野 教授  
井上 真奈美 東京大学大学院医学系研究科 特任教授  
康永 秀生 東京大学大学院医学系研究科臨床疫学経済学 教授  
川上 憲人 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野 教授  
飯塚 敏晃 東京大学大学院経済学研究科 教授  
近藤 尚己 東京大学大学院公共健康医学保健社会行動分野 准教授  
小池 創一 自治医科大学地域医療センター 教授  
スチュアート・ギルモア 東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 助教  
ミジャーヌール・ラハマン 東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学  
特任助教

## 研究協力者

岩本哲哉 東京大学大学院社会医学専攻 博士課程  
笠島めぐみ 東京大学大学院社会医学専攻 博士課程

## 目 次

### I. 総括研究報告

地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業-----	1
渋谷 健司	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 教授

### II. 分担研究報告

1. A comprehensive evaluation of health financing reforms in response to aging in Japan -----	7
岡本 悦司	国立保健医療科学院 総括研究官
多田羅 浩三	日本公衆衛生協会 会長
ギルモア・スチュアート	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 助教
ミジャーヌール・ラハマン	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 特任助教
2. 医療・介護保険制度の改革動向と影響、ならびに今後の需要推移の検討 -----	19
橋本英樹	東京大学大学院公共健康医学専攻 教授
徳永 睦	東京大学大学院公共健康医学専攻 客員研究員
岩本哲哉	東京大学大学院社会医学専攻 博士課程
笠島めぐみ	東京大学大学院社会医学専攻 博士課程
3. 高齢者の地域包括ケアにおけるデータ活用および組織連携支援の効果に関する研究 -----	33
近藤尚己	東京大学大学院医学系研究科 准教授
長谷田真帆	東京大学大学院医学系研究科

### III. 参考資料 ----- 41

参考資料 1	介護サービス市場における供給者誘発需要仮説の検証
参考資料 2	Socioeconomic within-gender gap in informal caregiving among middle-aged women: an evidence from Japanese nationwide survey
参考資料 3	Development of micro-simulation model to forecast health and wellbeing in older Japanese
参考資料 4	The Future of Japan's Health System – Sustaining Good Health with Equity at Low Cost
参考資料 5	Health Insurance Coverage and Hypertension Control in China: Results from the China Health and Nutrition Survey



参考資料 6 Maternal body mass index and risk of birth and maternal health outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 143

# I 章

平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金

地球規模保護課題推進研究事業（H26 地球規模一般 001）

エビデンスに基づく日本の保健医療制度の実証的分析：代表研究者・渋谷健司

## 総括研究報告書

主任研究者： 渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学

研究要旨 日本は UHC（全ての人に基本的な保健サービスを支払い可能な価格で普及させること）を実施し、過去に主要な成果を達成した。しかしながら、保健システムの将来の方向性を理解し、日本アジア含めて将来の再建計画に対する提案を行うためには、現在の日本のヘルスシステムの特質を理解し、健康に関する平等性と財政リスクを詳細に解析する必要がある。本研究プロジェクトでは、2015 年度に (1) 日本のヘルスシステムにおける健康格差と財政リスク、および (2) 2000 年以降日本政府によって行われている再建策に関する分析および記述、(3) 介護サービス市場における供給者誘発需要仮説の検証を実施した。中でも、今後高齢化が進むに連れ、更なる包括的ケアシステムを支える財政再建策が必要となること、ケアの質およびアクセス、ならびに最貧困層家族へのケア提供に存在する格差は、高齢化が進むに連れてますます重要となることが明らかになった。本研究で明らかになった事実は、HIT レポートに組み込まれる予定である。

## A. 研究目的

UHC（全ての人に基本的な保健サービスを支払い可能な価格で普及させること）は、日本の国際的な保健問題に対するビジョンの中核にある人々の安全に中心的な役割を果たしている。UHC は、日本で開催される伊勢志摩サミットにおいて促進されることになっている。UHC 達成には、国連の持続可能な発展も含まれ、UHC 共に保健発展の両輪をなす。また、UHC は国際ヘルスケア達成にも用いられている。UHC を達成した国々は、達成に向けて進んでいる他の国々へ対処を講ずる参考となる。

今現在ヘルスケアシステムの再建が進んでいる西太平洋地域におけるヘルスシステムに関する報告書が、The Asia Pacific Observatory on health systems and policies (APO) により発行された。報告書では、該当国が UHC を達成し、再建に関わる初経験を共有できるようになる。本プロジェクトでは、2009 年に発行された日本における HIT レポートを最新結果も含めて更新する。最新版では、日本が直面している高齢化と非感染性疾患（NCD）に対応する保健システムの準備を目的とした近年の再建案を含む。

日本は UHC を 1961 年に実施し、主要

な成果を達成した。このマイルストーンとなる成果により、日本は平均寿命において世界 1 位である状態が続いている。2011 の Lancet 誌の日本特集号により、高齢化、NCD の増加、ヘルスケア費用の増加が、日本のヘルスケアシステムの持続可能性に関する挑戦であることが明らかになった。特集号発刊以後、これら諸課題解決に向けた再建策の実施が日本で始まった。アジア太平洋諸国は日本の UHC 導入に関する経験のみならず、低コストで持続可能、平等なシステムを疫学的変遷前後含めて保証するための努力双方を学ぶことができる。2014 年には、基本的なヘルスシステム機能に関する包括含めた HIT レポートの基本事項に対する準備を始めるプロジェクトが始まった。

しかしながら、保健システムの将来の方向性を理解し、日本アジア含めて将来の再建計画に対する提案を行うためには、現在の日本のヘルスシステムの特質を理解し、健康に関する平等性と財政リスクを詳細に解析する必要がある。2015 年度には、(1) 日本のヘルスシステムにおける健康格差と財政リスク、および (2) 2000 年以降日本政府によって行われている再建策に関する分析および記述、(3) 介護サービス市場における供給者誘発需要仮説の検証を行った。本研究により、日本や関連地域における政



策提案や実施を構成した。

## B. 研究方法

本プロジェクトでは、厚生労働省、内閣府、ならびに OECD からデータを所得し、日本の保健システム再建に関するレビューを実施した。高齢者ケアのコミュニティ組織の役割の評価には、Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES) のデータを用いた。また、関連する国税調査および死亡率に関するデータを用いて、ヘルスケアへのアクセスおよび結果の平等性を評価した。厚生労働省、内閣府、ならびに OECD から得たデータを用いて、日本の保健システム再建に関する包括的レビューを行った。レビューでは、保険財政システムの提携や歳出増加に関する再建が鍵となることが明らかになった。短期的な保健システム持続可能性に関する影響について記載した。

JAGES データを用いて、包括ケアシステム従事者のケアプラン作成、ならびにケアの質に関する基本事項実施に関する能力の評価を行った。利用データでは、ケアの質に対する満足度とケアに関するアンケートを評価した。結果は JAGES で対象とした地域で実施されている包括的ケアの質に関する総合評価に統合し、ケアの質に関する提案をまとめた。

厚生労働省の統計調査データである国

民健康栄養調査、国税調査ならびに国民生活基礎調査を用いて、日本での健康格差について評価した。保健の水平的公平は集中度を用いて評価し、財政破綻は複数の破綻に関するしきい値を用いて評価した。女性によるインフォーマルケアのレベルに対する格差ははケアの種類の違いに関するレポートを統計的に解析して評価した。米国高齢者間の保健ケア需要予測を目的に構築された将来高齢モデル (Future Elderly Model: FEM) に基づくマイクロシミュレーションモデルを開発し、高齢化を迎える日本における将来の保健ケア需要を予測した。これらの解析閣下は、日本の保健財政及び包括的ケアシステムの政策実施に利用した。

## C. 研究結果

保健財政を支える歳入増加ならびに保険会社協会への分配に向けて、不可欠な再建が複数考えられる。中でも、後期高齢者の保健ケアシステムの発展は、今後 30 年で最も成長が著しいと考えられる人口区分に対する保健ケア財政の持続可能性が改善されたが、今後高齢化が進むに連れ、更なる包括的ケアシステムを支える財政再建策が必要となることがわかった。

高齢者ケアは、今現在、包括的ケアシステム内で行われている。該当システム内のスタッフは、ケアプランやケアに対す

る基本次項を提供する能力に改善が見られることがわかった。また、従事者の能力改善はケアシステムの他の組織との連携も改善されていることが2年に渡る研究データの収集から明らかになった。

国民生活基礎調査のデータ解析により、自己報告型の健康に関する格差は1995年頭所より相対的に変化がないこと、男女ともに格差は小さいこと、また最貧層の女性において悪化していることを示す事実が明らかになった。また、ケアに対するアクセスの格差が男女ともに低所得層で拡大している事実も明らかになった。これは、保健ケア需要と授受するケアのレベルの間のギャップがかくだしていることを意味する。

介護給付費実態調査の個票データと介護サービス施設・事業所調査の個票データを用いて介護サービス市場における供給者誘発需要仮説の検証を行った結果、所介護併設型の居宅介護支援事業所を利用している要介護高齢者は、非併設型利用者に比べ、その大きさが小さいことが示され、負の供給者誘発需要が確認された。

国民生活基礎調査のデータ解析により、高校卒業よりも低い教育を埋めた女性は有意にインフォーマルケアに従事し

ていることがわかり、この傾向は必要とされるケアのレベルと関連していることが明らかになった。ケアの質およびアクセス、ならびに最貧困層家族へのケア提供に存在する格差は、高齢化が進むに連れてますます重要となってくる。高齢人口に対する保健問題とケア需要をより理解するため、上述の FEM モデルを開発した。モデル予測により、日本の死亡や人口動態を適切にモデル化することは可能であるが、高齢化にともなって重要性を増す癌のような疾患については過大評価している可能性もある。本モデルは超高齢人口に対して適切なデータが不在であるため予測の適切性は検討事項である。本モデルの将来的に更に発展させることにより、日本における高齢化および NCD の負荷を正確かつロバストに予測し、高齢化をよりよく理解する上で強力なツールとなることが期待できる。

#### D. 考察

本研究では、高齢化と NCD による負荷が増大している中で日本の保健システムの持続可能性改善に向けた再検索の進展、ならびに再建による保健ケアの格差の評価を実施した。ケア提供とアクセスに関する継続した格差の存在は、将来の日本の保健システム再建へ示唆を与えるものである。

本研究で明らかになった事実は、日本の保健システムの主要な再建策とインパクト、将来課題の分析について述べた HIT レポート更新の最終段階に組み込まれる予定である。

為政者に対して、本研究の発見から短中期的な視点で以下の3点において政策立案の提案が可能である。

- 再建策は既に実施されているが、保険財政の将来的な再建および統合的ケアシステムには、高齢者に低コストで高い質のケアを継続的に提供できることを保証する必要がある。
- 保健従事者は高齢化と社会保障、保健ケアシステムの継続的な統合の準備は進んでいる一方で、高齢者ケアの負荷の大部分は個人、すなわちインフォーマルケアによって担われている。もし格差の原因となっていないのであれば、このような日本の伝統的な高齢者ケアの方式は注意深く検討すべきである。
- ケアの質とアクセスに関するリスクは高齢化が進むに連れて悪化すると予想されるため、保健システムが再建注も平等であることを保証する必要がある。

昨年、日本政府に対して保健に関する提

言である Vision 2035 では、将日本の保健や社会保障制度の将来について調査し、21世紀の保健システムに関する新しいビジョンを準備した。日本の保健再建過程と高齢化の経験は、2016年に伊勢志摩で開催される G7 サミットに影響すると考えられる。関連する地域の国々は、日本の経験を元に UHC を強化していくプランの実施に学ぶ機会を得ることができる。

#### E. 結論

高齢化により、日本の保健システムが様々な課題に直面しており、安定的な財政と保健格差の不安は国際的にも周知の事実である。再建は既に始まっているが、格差および保健システムの統合に関する新しい視点に注意を向けた将来の保健システムでは、日本は高齢化の課題に適用することが可能であると考えられる。本課題の次年度では、HIT レポートの最終稿を準備すると同時に、高齢化と NCD に対応した再建を普及することで、日本の経験が国際保健の改善に貢献することを期する。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- Reich M, Shibuya K. The Future of Japan's Health System – Sustaining Good Health with Equity at Low

- Cost. *New England Journal of Medicine*. 2015; 373:1793-1797.
- Liao Y, Gilmour S, Shibuya K.  
Health Insurance Coverage and Hypertension Control in China: Results from the China Health and Nutrition Survey. *PLOS ONE*. 2016; 11:e0152091
  - Rahman M, Abe SK, Kana M, Narita S, Rahman MS, Bilano V, Ota E, Gilmour S, Shibuya K.  
Maternal body mass index and risk of birth and maternal health outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Obesity reviews*. 2015; 758-770.

2. 実用新案登録  
特になし
3. その他  
特になし

## 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

### 1. 特許取得

特になし

## II 章



平成 27 年度厚生労働科学研究補助金（地球規模保健課題推進研究事業）  
エビデンスに基づく日本の保健医療制度の実証分析  
（H26- 地球規模 - 一般 - 001）  
分担研究報告書

A comprehensive evaluation of health financing reforms in response to aging in Japan

報告者（分担研究者） 岡本 悦司 （国立保健医療科学院 総括研究官）  
研究協力者 多田羅 浩三 （日本公衆衛生協会 会長）  
研究協力者 ギルモア・スチュアート（東京大学大学院 国際保健政策学専攻 助教）  
研究協力者 ミジャヌール・ラハマン（東京大学大学院 国際保健政策学専攻特任助教）

抄録

Japan has made significant gains in health since the introduction of universal health coverage, at low cost and with equity. However, the Japanese health system now faces challenges to its sustainability, cost and equity due to aging, non-communicable diseases and the rising cost of health care. In order to prepare reforms to face these new challenges, it is necessary to conduct a comprehensive review of the current health financing system and recent reforms. This report uses available data and reports from the Ministry of Health and Welfare to summarize Japan's health financing system and to analyze recent reforms to health financing.

UHC in Japan is financed through a mixed system of government subsidies and premium contributions, divided between health insurance funds that collect premiums and disburse payments at the prefectural level. Almost a third of government revenue is spent on health and social security, and much of this is targeted at subsidies for health insurance associations with disproportionate numbers of elderly claimants. In response to growing pressure on the health budget, the Japanese government raised the consumption tax rate to 8% and introduced reforms to the subsidy system in the form of the Health Care System for the Old-Old, introduced in 2008. These reforms have helped to reduce pressure on the health financing system, but more reforms are needed and a new vision for the health care system, Vision 2035, will need to be implemented in order to ensure that Japan continues to maintain its low-cost, high equity health system as its population ages.

## A. 目的

Japan has achieved significant health gains since the introduction of universal health coverage (UHC) in 1961. Japan has consistently achieved the highest-ranked life expectancy globally since the 1980s (Ikegami 2011), and has seen continued improvements in many areas of population health.

These health gains have been achieved at relatively low cost and high equity, but the country now faces considerable challenges in the years ahead as population aging, increased costs of health care, and an epidemic of NCDs threaten the sustainability of Japan's UHC system and the remarkable health gains of the past 30 years (Murray, 2011). The MHLW and Japanese government are now considering policy responses to these challenges, including through reforms of the health financing system and changes in the structure of the health workforce and institutional framework. However, in order to develop effective responses to the challenges facing Japan after the demographic transition it is necessary to review the current health financing system and the initial reforms enacted in response to Japan's changing demographics. This report summarizes the structure of Japanese health financing and gives an overview of recent responses to the specific challenges of the aging population.

## B. 方法

Using available data from the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW), the Cabinet Office and published papers, as well as comparative data from the OECD, this report summarized reforms to the Japanese health system over the past 10 years, and the health financing context in which future reforms will need to be conducted.

Data was obtained on taxation and health financing mechanisms for Japan and the OECD for the period 1980 – 2010. Information on key health financing reforms was obtained from MHLW documentation on the reform process and combined with health financing data to develop an overview of the reform process and challenges facing health financing in Japan.

## C. 結果

### 1. Coverage

The proportion of people covered by types of risk of pooling mechanisms from 1980 to 2011 is presented in Table 1. The health insurance

coverage rate was almost 100% in Japan. The largest proportion (58%) of the population was covered by employee health insurance, including government-managed health insurance, society-managed health insurance and mutual aid societies. Government-managed health insurance covered a larger proportion of the population (27%), followed by society-managed health insurance (23%), and mutual Aid Societies (7%). National health insurance covered 30% of the total population. This fragmentation of risk pooling between different health insurance systems differs from other countries, such as the UK, where a single payment provider covers the vast majority of the population. This system also leads to additional complexities in collection of funds for health financing, and cross-subsidies between types of provider.

### 2. Collection

The Japanese government budget in FY2015 was 96.3 trillion yen (\$800 billion), of which social security (health care, pension, long-term care, welfare) accounts for approximately one third (31.5 trillion yen). Figure 1 Shows how the annual budget was distributed between government activities in 2015. Of the 31.5 trillion yen social security budget, health care and pension subsidies accounted for large shares, each 11 trillion yen. The share of government subsidy in the total benefit varies from system to system. The health care benefit for the means-tested indigent population was 100% financed by government subsidy whereas workers of small-to-medium sized companies and their families, insured by the Japan Health Insurance Association (JHIA), received 16.4% of their benefit from government subsidies. The distribution of the social security budget between health and non-health targets, and the distribution of the 16.4% of government subsidies to the JHIA, is shown in Figure 2.

Figure 3 shows the distribution of sources of Japanese government revenue. As much as 38.3% of the revenue is raised by debt (issuing Japanese Government Bond, JGB). Traditionally, Japan's taxation system has relied on direct tax rather than indirect taxes, but due to stagnation of the direct tax revenue stream, consumption tax is increasingly viewed as a main funding source to support the growing social security budget, and an increase in the consumption tax rate was part of the integral reform of social security and tax proposed in 2013, with the

increased revenue was ear-marked for social security. The consumption tax rate was increased from 5% to 8% in FY2014, increasing consumption tax revenue from 10.7 trillion yen (FY2013) to 15.3 trillion yen (FY2014). The consumption tax rate is scheduled to be further raised to 10% in FY2017.

Japan's health insurance system is financed from both government subsidies and premium contributions. Premium contribution of health insurance and pension must be shared equally between workers and employers. Income tax rates and premium rates are composed as follows.

Efforts continue at both national and local (prefectural) level to enhance funding for health and social care and improve the sustainability of the system, through adjustments to the mechanism for pooling funds and cross-subsidizing different components of the payment system.

### 3. Pooling of funds

Japan's health financing system does not have a single payer of all insurance funds, but is instead divided between health insurance funds that collect premiums and disburse payments at the prefectural level. However, with urbanization and the aging of Japanese society, the size of risk pools at the prefectural level and the risk profile they cover has changed significantly since 1961, and now many smaller prefectures face a declining funding base and increasing expenses. Since 1982 the Social Insurance Payment Fund has administered a financial redistribution mechanism that adjusts for differences in the burden of elderly care between municipalities. Many formal sector workers (employed in large companies and government agencies) have employment conditions allowing them to retire before the age of 65, and these employees are often enrolled in relatively small municipal NHIs, which may not be able to manage the financial burden of cohorts of workers retiring at the same time, especially in smaller rural areas with very large elderly populations. To ensure sustainability, NHI is subsidized through the Social Insurance Payment Fund with subsidies ranging up to as much of 41% of benefit disbursement. The redistribution mechanism transfers funds from insurers in areas with below-average enrolment of over seventy year olds to those in areas where the proportion of enrolled elderly is above the

national average.

In order to manage the maldistribution of elderly people between different components of the system, the system was reformed under the Elderly Health Care Security Act in 2008. This Act separated financing for those aged over 65 into two components: The Health Care System for the Old-Old (HCSOO) and the Financial Redistribution system for the Young Old (FRSYO).

The HCSOO applies to those aged over 74. The elderly within the HCSOO will contribute premiums of approximately 10%, which are deducted from their pension. The remaining portion of revenue for the HCSOO is drawn from government subsidy and the contribution to the health insurance system of the working population. The share of the subsidy is dictated by law. The beneficiaries (15 million in FY2013) are divided into two categories: high income (approximately 1 million) and others (approximately 14 million). The distribution of funds between these beneficiaries is shown in Figure 4. The government subsidy is set at 50% of the benefit and is further shared among national, prefectural and municipal governments in the ratio 4:1:1 for beneficiaries excluding the high-income beneficiaries. Also, 1/4 of the subsidy from national government is ear-marked for financial redistribution among 47 prefectures to balance the financial disparity between them. No subsidy is provided to the high-income elderly in this age group, and all revenues except the premium contribution from the elderly will be financed entirely by contribution from the health insurance system for the working population (74 years old or younger). Overall, the government subsidy constitutes 47% of the total benefit of the HCSOO. The number of the old-old elderly population is expected to grow from the current 16 million to 20 million by 2020, while the number of working population will dwindle from 109 million to 100 million during the same period. Consequently, the contribution from the working population for HCSOO is expected to grow from 6 trillion yen (FY2014) to 10 trillion yen by 2020. The contribution levied on the working population as their add-on premium is becoming an important health policy issue. So far, the contribution is levied on health insurers on a capitation basis (the amount of contribution is determined simply by multiplying the number of enrollees by a fixed "price"). The per-capita "price" for contribution has increased consistently; from

41,587 yen in 2009 to 49,501 yen in FY2013. This is because the share of premium revenue from the elderly has not kept pace with the increasing number of the elderly population. To remedy the situation, further changes to the system are being considered.

#### 4. Out of pocket payments and cost-sharing

Japan's health insurance has no deductibles and no maximum benefit but has cost-sharing. The cost-sharing is a fixed proportion of the cost paid for by the service user (the patient), with the insurers paying the remaining proportion. The proportion of cost-sharing is uniformly dictated by law. It is typically 30% for health insurance which covers the population younger than 75, and 10% for the HCSOO which covers the elderly 75 years or older. Cost-sharing is fixed at 20% for beneficiaries aged between 70-74 as well as pre-school age children (up to six years old). For the very poor receiving welfare payments under the means-tested Livelihood Protection Law, no cost-sharing is required.

The cost-sharing rate of 30% is relatively high by international standards, but there is a monthly and annual cap on the out-of-pocket payment for individuals and households. This cap is metered to the income of a beneficiary or a household. For beneficiaries younger than 70 years old with no taxable income, the cap is set at 35,400 yen or 30% of 118,000 yen monthly charges. Beneficiaries have to pay 30% cost-sharing up to the cap in every calendar month, but beyond pay nothing beyond the cap. This cap is further lowered from the 4<sup>th</sup> month in which the cap is reached during the most recent 12 month period. For example, if a beneficiary reached the cap in February, June and November of a given year, the beneficiary will qualify for the reduced cap starting in December. Once the cap is reduced, it becomes easier for the beneficiaries to fulfill the requirement (reaching the cap in at least three months during the recent 12 months) and they will be able to enjoy the reduced cap longer. This is advantageous for patients with chronic conditions in minimizing the OOP. Further, for certain chronic conditions, such as dialysis, the monthly cap is further reduced.

The policy of imposing relatively heavy cost-sharing (30%) for all beneficiaries at the point of visit while limiting the cost-sharing metered to one's income is an effective way of protecting households financially while controlling the entire health care expenditure

because heavy cost-sharing will prevent abuse of services. Table 2 shows the structure of the cap according to the number of months of excessive payments and the income of the payee.

As a result of these cost sharing arrangements, Japanese patients face out-of-pocket expenses for health care. The proportion of total health expenditure paid from out-of-pocket expenses is an important marker of the sustainability of health financing in a health system. In countries where public funding for health services is inadequate and risk pooling mechanisms in health financing are limited or unavailable, unexpected out-of-pocket (OOP) payments and illness-related production or income loss can trigger asset depletion, indebtedness and reductions in essential consumption, leading sometimes to financial catastrophe. (McIntyre, 2006) On average 14% of health spending is paid directly by patients in Japan in 2011. The burden of OOP payments across OECD countries is presented in Figure 6.

On average in OECD countries, the OOP payment as a proportion of total household consumption was around 3%. The average share varied substantially across OECD countries in 2011, from its lowest value in France, the UK, Turkey, and the Netherlands (1.5%) to its highest in Chile, Mexico and Korea (4.6%). In Japan, 2.2% of consumption was spent on OOP health services, slightly lower than the OECD average. The low burden of OOP payments in Japan is due to sustainable health insurance policies with low co-payments and caps on maximum OOP payment size.

#### D. 考察およびE. 結論

Japan's system of universal coverage, co-payments and capped personal costs has ensured that Japan has been able to maintain full coverage of low-cost health care with equity (Ikegami, 2011). However, population aging and the increased cost of modern medical interventions have put increased pressure on the sustainability of the health insurance system, and new policy measures are needed to respond to these pressures.

Initial policy responses have included changes to the consumption tax base, which are intended to be earmarked for health and social services spending, but the full impact of these changes is yet to be felt and the consumption tax rise alone will not be sufficient to meet the growing funding needs of the health insurance organizations. To meet these additional needs

and ensure the viability of smaller organizations, recent reforms have focused on changing the pattern of subsidies for health insurance organizations with a high proportion of elderly claimants, through the HCSSO system. Despite these subsidies, the maldistribution of the elderly population between NHI and employees' health insurance has always been at the center of Japan's health policy debate, as the available funds suffer greater pressure from an aging population and increasing health costs. Total unification of multiple health insurance systems into a single payer system has been used as a solution to this problem in Korea and Taiwan, but has not been politically feasible in Japan, leading instead to the need for a wider range of innovative health responses. Recently the Japan government convened a panel of experts, Japan Vision 2035 (Miyata, 2015), to develop new policy directions for the health system to ensure it responds effectively and equitably to the challenges of aging and NCDs. This panel recommended a new focus for the Japanese health system, with a greater focus on quality, equity and integration, and a renewed vision for global health. By building on the past reforms of the health system described here, guided by the principles of the Vision 2035 report, Japanese health policy makers can establish a sustainable, equitable platform for tackling the challenges of aging and ensuring future population health.

#### F. 健康危険情報

該当せず。

#### G. 研究発表

投稿準備中

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

該当せず。

#### 参考文献

- Ikegami N, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet*, 2011; 378: 1106-15.
- Murray CJL. Why is Japanese life expectancy so high? *Lancet*, 2011; 378:1124-1125
- McIntyre D, et al. What are the economic consequences for households illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science and Medicine* 62, 848-865.
- Miyata H, et al. Japan's vision for health care in 2035. *Lancet*, 2015;385:2549-50.



表1 Number of persons covered by health care insurance by type of insurance system

System category	1980	1990	2000	2005	2011
Number (thousands)					
Population	117060	124533	126926	127768	127799
Total insured population	117037	124260	126351	127176	126678
Employee's health insurance					
GMHI	31807	36821	36805	35675	34895
SMHI	27502	32009	31677	30119	29504
MAS	12520	11952	10017	9587	9101
Seamen	672	409	228	168	132
National Health Insurance	44536	43069	47628	51627	38313
Proportion (%)					
Proportion	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Employee's health insurance					
GMHI	61.9	65.2	62.0	59.1	57.6
SMHI	27.2	29.6	29.0	27.9	27.3
MAS	23.5	25.7	25.0	23.6	23.1
MAS	10.7	9.6	7.9	7.5	7.1
Seamen	0.6	0.3	0.2	0.1	0.1
<b>National Health insurance</b>	<b>38.0</b>	<b>34.6</b>	<b>37.5</b>	<b>40.4</b>	<b>30.0</b>

Source: MHLW (Ministry of Health 2013)

Notes: GMHI: Government-managed Health Insurance; SMHI: Society-managed Health Insurance; MAS: Mutual Aid Societies

☒ 1 Distribution of government funds, 2015 financial year

