

厚生労働行政推進調査事業費（厚生労働科学特別研究事業）
総括研究報告書

国際保健規則（IHR）に基づく合同外部評価に向けた実施体制と評価手法に関する研究：
リスクコミュニケーションに関する検討

研究分担者 氏名 町田 宗仁 金沢大学医学系国際保健学

研究要旨：本分担研究は、リスクコミュニケーション分野のJEEの実施に関する国際的動向を明らかにし、評価体制と評価手法を確立することを目的とした。リスクコミュニケーション分野に関しては、日本の体制を的確に評価できる指標をWHOが使用していると言え、日本はJEEを契機に、リスクコミュニケーションの専門性や有用性に対する理解を、深めることが望ましい。一方で、リスクコミュニケーションを担う専属スタッフを配置する小規模国の評価指標について、評価指標が考慮されてもよいのかもしれない。

A. 研究目的

改正国際保健規則（IHR）に基づくコア・キャパシティ構築を強化するため、従来の自己評価方式から外部評価の視点（合同外部評価；JEE）を加えた、新たな「モニタリング・評価枠組み」へと移行しつつある。2018年2月末に我が国もJEEを受け入れる事を正式決定した事を受け、自己評価書を取りまとめることになった。しかし、公衆衛生危機管理体制について国際的基準に基づき国の体制を総括的に評価するのは初の試みである。また、評価項目は19項目もの分野があり、様々な分野（省庁・部局）が関係しており、従来の国内行政には馴染みが無いテーマや、従来の枠組みに跨る領域も含まれており、これまで検討をしたことのない視点での評価が含まれる。その中で、外部評価で正当な評価を得るためには、幅広い分野にわたる専門的知見と評価に関する国際的な動向を踏まえた適切な自己評価書を取りまとめる必要がある。一方でWHOが示す評価指標も未成熟な部

分があり、専門的知見からの評価手法の妥当性に関するフィードバックを先進国として行う責任もある。本研究は、JEEの実施に関する国際的動向を明らかにし、評価体制と評価手法を確立することを目的とする。

特に本分担研究では、我が国の健康危機管理体制の中で、リスクコミュニケーションに関する体制について検討する事、および外部評価を行うにあたって基礎的知識として必要な日本の公衆衛生概況に関する整理を行うことを目的とした。

B. 研究方法

JEE評価ツールのリスクコミュニケーション分野（R5）について翻訳案の修正を行い、クイックアセスメント、内部評価書案の作成、対訳表の作成、設問に関する検討と資料収集を行った。また、外部評価を行うにあたっての留意事項等の調査のため、WHO西太平洋事務局を訪問し、関係者のヒアリングを実施した。外部評価を行うにあたって、

評価団に対して提供する基礎的知識として必要な日本の公衆衛生概況に関する資料の収集・整理と英語訳の案を作成した。外部評価ミッションで得られたリスクコミュニケーション分野の提言について今後の対応策について検討を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、動物実験の実施を含まない。また、個人情報等を扱う性質のものではなく、特段倫理的配慮を必要とする事項はない。

C. 研究結果

JEE評価ツールの翻訳案の修正については、総括報告書資料I-1に示した。リスクコミュニケーション (R5) 分野に関して、クイックアセスメントをおこない、また内部評価書案を作成するとともに対訳表の作成、証拠文書の整理 (総括報告書資料I-2)、外部評価ミッションで得られた対象分野の提言についての今後の対応策についての検討およびJEE評価ツールに関する改善意見の記載 (総括報告資料I-4) を行った。

WPROでの聞き取り調査では、日本が今後、体制強化を要する内容については、WHOから客観的な評価を得て、改善の繋げることが望ましいのではないかと、との助言を得た。一方で、日本政府が今まで、リスクコミュニケーションを専門とする常勤の広報担当職員を配置しなくても、健康危機管理対応を実施した過去の経験については、積極的に共有をして理解を求める姿勢も必要ではないかと、との示唆を頂戴した。

基礎的知識として必要な日本の公衆衛生概況については、

- 地理
- 人口構成
- 衛生統計
- 組織
- 公衆衛生
- 医療サービス
- 医療保険制度

の項目を挙げ、「国民衛生の動向」、「衛生行政大要」、「Health systems in Transition」等を活用して資料を作成した (資料II-3-1)。

D. 考察

健康危機管理事案が発生した際、中央省庁で当該事案を所掌する課と、その課が属する担当局の職員 (広報活動が専門ではない職員) が、通常業務に上乘せする形で、広報や連絡調整を行い、その中でリスクコミュニケーション活動を実施する役割も担っていることについては、そのエフォートはある程度 JEE から評価された。

しかし、事案発生時は連絡調整に追われるため、リスクコミュニケーションの実施体制は安定的とは言い難い。よりクリアなリスクコミュニケーション戦略、平時の予算措置、リスクコミュニケーションの専門性を有した職員配置の必要性が指摘された。

厚生労働省内では、リスクコミュニケーションに関する情報共有は図られているものの、非政府関係者との情報共有の機会は限られている。非政府関係者を巻き込んだ、日常的なコミュニケーションの調整と、有事におけるリスクコミュニケーションの実施に向けた、事前のネットワーク形成を図るための訓練の予算化の必要性が指摘された。

リスクコミュニケーション実施後の好事例、経験、発見を組織横断的に共有するための、広報担当官から構成されるコミュニティが構築されることを勧められた。

噂、誤報、偽のニュースを日常的に把握する専属職員は厚生労働省本省に配置されておらず、持続可能性のあるコミュニケーション戦略の必要が言及

されている。事実と異なる報道がなされた際、誤報を正すための事実に基づく情報プラットフォームを構築し、ワンストップポータルを通じて、一般の者が正しい情報にアクセスできることが望ましいとの指摘があった。

E. 結論

リスクコミュニケーション分野に関しては、日本がまだ改善の余地がある体制であることを的確に評価できる指標を、WHOが使用していると言える。また、日本はこのJEEを踏まえて、リスクコミュニケーションの専門性や有用性に対する理解を、深めることが望ましいと思われる。一方で、人口規模が小さい国では、リスクコミュニケーションを担う専属スタッフを配置することは困難であり、専属職員が不在の国に関する、リスクコミュニケーションの展開方法がWHOから示され、また、それに沿った評価指標が考慮されてもよいのかもしれない。

G. 研究発表

1. 論文発表

特に無し

2. 学会発表

第 77 回日本公衆衛生学会総会の公募シンポジウム枠に申請中。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特に無し

2. 実用新案登録

特に無し

3. その他

特に無し

日本の保健医療の紹介

Overview of Japan's health care system

1 はじめに

日本はユニバーサルヘルスカバレッジ (UHC) を昭和 30 年代に達成した国として知られており、UHC は国際保健外交戦略の柱として掲げられている。現在の日本は他の高所得国が経験していないレベルの少子高齢社会を迎えており、世界に誇れる保健システムの維持のために、世界で最善の努力と挑戦を続け、隣国と経験を共有し学び合いながら、UHC 分野でも世界をリードすることを目指している。日本の UHC 達成の歴史を、公衆衛生活動、医療サービス提供、医療保険を中心に振り返る。

1 Introduction

Japan is known as a country which achieved Universal Health Coverage (UHC) in the 1960s, and UHC is listed as one pillar of Japan's global health diplomacy. Japan is experiencing an aging society with low birth rate which no other developed country has experienced before. Japan is continuing its endeavors to maintain the health system, through learning from other countries' best practices as well as leading the world's progress toward achieving UHC. Here, we briefly review Japan's health care system, mainly on public health activities, medical service provision, and medical insurance.

1-1 地理

日本はアジアの東に位置し、朝鮮半島の東に隣接する、北太平洋に列島をなす島国である。北に日本海、南側に太平洋が面している。陸上での国境は存在しない。日本は 6000 以上の島から構成されているが、人口の大半は主要な 4 つの島 (北から南へ、北海道、本州、四国、九州) に集中している。

1-1 Geography

Japan is an island country forming an archipelago in the North Pacific, located in the east of Asia, and adjacent to the east of the Korean Peninsula. It is surrounded by the Sea of Japan in the North, and the Pacific Ocean in the South. There are no land borders. Japan is composed of over 6,000 islands, but the majority of the population is concentrated in the four major islands (from north to south; Hokkaido, Honshu, Shikoku, and Kyushu).

1-2 人口構成

日本の人口は、平成 29 年 7 月 1 日現在、1 億 2678 万 6 千人 (総務省統計局調べ) である。日本も含めて、少子高齢化は多くの先進国が直面している課題であるが、日本の人口には次の特徴がある。まず、日本の全体人口が平成 17 年の 1 億 2800 人以来、減少し続けていること、生まれている子供の数が減少を続けていること、平均寿命が世界のトップクラスであること (男性 80.70 歳、女性 87.05 歳 (平成 27 年))、高齢者の割合が世界最高で、年間 1.0 ポイント程度増加していること (平成 27 年の総人口に占める 65 歳以上の割合は 26.7%)、昭和 22 年から 24 年頃生まれた世代と、その子供たちである昭和 46 年から 49 年頃に生まれた世代に、人口のピークがあること。などがある。

日本の人口構造は、社会保障制度を考える際に大きな影響を与える。例えば、高齢者 (65 歳) 人口の生産年齢人口に対する比率を、何人の現役が 1 人の高齢者を支えているかを捉えようと、平成 2 年には現役 5.8 人で 1 人の高齢者を支えていたのが、平成 22 年には現役 2.2 人で 1 人を支えている。人口と人口構造の変化は、社会保障の内容に影響を及ぼしているだけ

ではなく、生活水準や消費水準、経済状況、疾病構造などにも影響する。

1-2 Population composition

Japan has a population of 126,786,000 as of July 1, 2017 (Survey by Ministry of Internal Affairs and Communications Statistics Bureau). The overall population of Japan has continued to decline since 2011 with its peak of 128,084,000 in 2008. The number of newborns also continues to decrease. The average life expectancy is one of the world's longest (men 80.98 years, and female 87.14 years; as of 2015). The percentage of the elderly population is the world's highest, and increasing by 0.7% per year (27.3% of the total population in 2016 was over 65 years old). There is a peak of the population in the generation born between 1947 and 1949 and their children, the generation born between 1971 and 1974.

The population structure has a great influence on social security system. For example, ratio of working age population (aged 15-64) to elderly (aged over 65) was 1:5.8 in 1992, but it became 1:2.2 in 2010. Changes in the number of population and the population structure affect not only the content of social security but also living standards, consumption levels, economic conditions, and disease burden.

1-3 衛生統計

日本人の平均寿命は、男性 80.98 歳（平成 28 年厚生労働省簡易生命表）、女性 87.14 歳であり、世界の中でもトップ水準が続いている。死因順位は、1 位悪性新生物、2 位心疾患、3 位肺炎、4 位脳血管疾患、5 位老衰の順である。第二次大戦後は、結核などの感染症が死因の上位であったが、現在は他の高所得国と同様、NCD が主な死因となっている。なお、日本の高齢社会を反映して、肺炎の死因割合が増加傾向にある。

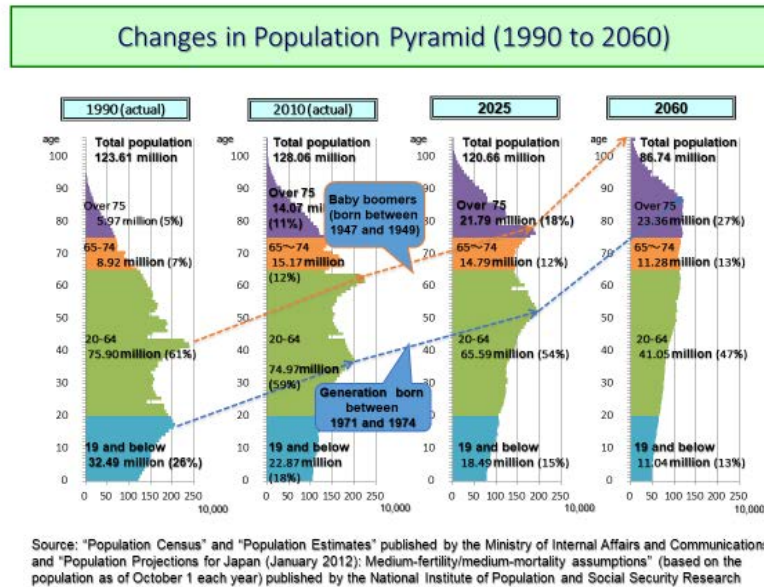
1-3 Health statistics

The average life expectancy of Japan is 80.98 years for men and 87.14 years for women (Abridged Life Tables for Japan 2016, Ministry of Health, Labour and Welfare), which continues to be one of the longest in the world. The top 5 causes of death are as follows; 1st: malignant neoplasm, 2nd: heart disease, 3rd: pneumonia, 4th: cerebrovascular disease, 5th: decrepitude. During the Post-World War II years, infectious diseases such as tuberculosis were the leading cause of death, but like other developed countries, NCDs is now the leading cause of death. The number of deaths resulting from pneumonia is increasing rapidly, reflecting the aging society of Japan.

1-4 組織

日本は保健医療政策に関して、国レベル、都道府県レベル、市町村レベルでそれぞれ役割分担をして、地方分権体制をとっている。国レベルは厚生労働省が中心となり、法律や制度を制定する。都道府県や市町村レベルは、国レベルで決められた制度を地域事情に合わせて、保健医療政策を進めている。現場でのサービス提供は、主に都道府県や市町村が実施している。

地方分権により、国から地方自治体へ実施主体が移管された業務には、法定受託事務（国が本来果たすべき役割に関する業務）と、自治事務（法定受託事務以外の業務）が、地方自治法で定義されている。衛生行政に関する業務のうち、医師免許など国家資格に関することや、健康危機管理に関するような、法定の伝染病のまん延防止に関する事務、国が行う災害救助に関する事務については法定受託事務として法律に基づいた実施が行われる。それ以外については自治事務として、実施は地方自治体の裁量に委ねられ、国は技術的助言をする役割に留まる。なお、地方自治体の業務遂行を財政的に支援するため、国から補助金や地方交付税を交付し、ナショナルミニマムの施策を実現している。



1-4 Organization

Japan has decentralized many parts of the government's function to local jurisdictions including health and medical policy. The national, prefectural, and municipal governments have their own roles. The MHLW mainly focuses on establishing laws and policies. At the prefectures and municipalities level, local governments implement the laws and policies in accordance with their regional circumstances. The provision of direct services to the citizens is mainly carried out by prefectures and municipalities.

Due to decentralization, the functions, which implementing entity has been transferred from the national government to the local government, include statutory entrusted affairs (work was originally done at the national level) and self-governing affairs (work besides legal consignment) as defined in the Local Autonomy Act. Among the work related to public health administration, national qualifications such as doctor's licenses, issues related to health risk and crisis management such as clerical affairs concerning prevention of the spread of statutory infectious diseases and affairs related to disaster relief are regarded as legal consignment work and are conducted based on legislations.

In order to financially support the tasks of local governments, the national government allocates subsidies and local allocation tax, enabling a uniform implementation of laws and policies nationwide.



Role sharing among national and local governments

	Regular Vaccination – Diphtheria, Pertussis, Tetanus, etc.	Vaccination in emergency for national health security	Strengthening medical facility
	Jurisdiction of self governance body (local government)	National jurisdiction	Jurisdiction of self governance body (local government)
National Central Government	- Preventive Vaccination Act under the jurisdiction of health ministry	- Preventive Vaccination Act under the jurisdiction of health ministry - Directing local government to conduct vaccination	- Medical Act under the jurisdiction of health ministry
Prefectural Government		-Conducting Vaccination -Full financial support by health ministry	- Allocating subsidy to hospital financially supported by grants of health ministry and local grant tax
Municipality	- Conducting Vaccination - Partial financial support by national taxes allocated to local government (local grant tax)	- Conducting Vaccination - Full financial support by health ministry	

2 公衆衛生

日本の衛生行政制度は、明治5年、文部省に医務課が設置されたことに始まる。明治7年には、衛生行政組織、医事、薬事、公衆衛生、医学教育について定めた医制が公布された。この時期における衛生行政の最大の課題は伝染病対策であった。

急性伝染病に対する施策が成果を上げた後、結核、性感染症などの慢性伝染病や、精神障害に対して種々の法規の制定と施策が実施された。また、地域に密着した保健指導の必要性も強調されてきた。昭和12年には保健所法が制定、昭和13年には国レベルで厚生省が設置され、行政組織体制の強化が図られた。

第二次世界大戦後、昭和22年には保健所法が制定され、主として都道府県が設置する保健所が健康相談、保健指導のほか、医事薬事、食品衛生、環境衛生などに関する行政機能を併せもち、公衆衛生の第一線機関として強化された。

その後、社会の健康を守る感染症対策が効果を上げる一方で、人口の少子・高齢化、生活習慣病、地域住民のニーズ多様化など、保健衛生行政を取り巻く環境が変化し、サービスの受け手である生活者個人の視点を重視することが、保健衛生サービスを提供する上で、社会的に求められてきた。

昭和53年から第1次国民健康づくり対策が開始され、妊産婦、乳幼児健康診査に加えて、老人保健の総合的な実施を図り、生涯を通じた予防・健診体制の整備が始まった。各市町村で基本的な保健予防サービスが提供できるよう、保健センターの設置が始まった。昭和63年からは第2次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）が実施され、生活習慣の改善による疾病予防・健康増進の考え方が更に普及された。

当時の地方分権の流れに従い、平成6年には、保健所法が地域保健法に改正され、地域保健サービスの役割分担を見直され、対人サービスにおける市町村の役割が強化された。

平成12年には、第3次国民健康づくり対策として、健康寿命を延伸し、すべての国民が健

やかで活力ある社会とするため、平成 12 年に、第 3 次国民健康づくり対策として、健康日本 21 が制定された。更に、法的基盤整備を行って健康日本 21 を推進するため、平成 14 年には健康増進法が制定された。平成 23 年に健康日本 21 の達成状況を評価したところ、生活習慣病の知識の普及、運動習慣については改善傾向にあるものの、自殺者数、多量飲酒者数、高脂血症、糖尿病合併症については、不変または悪化の傾向にあった。これらの結果を受けて、平成 24 から第 4 次国民健康づくり対策として、健康日本 21 第二次が実施され、健康寿命の延伸、健康格差の縮小、NCD の予防、社会生活を送るための必要な心身機能維持・向上などが含まれている。

2 Public health

The public health administration system in Japan began with the establishment of the Medical Division in the Ministry of Education in 1872. In 1874, a medical policy on hygiene administration organization, medical affairs, pharmaceutical affairs, public health, and medical education was promulgated. The greatest challenge of public health administration during this period was countermeasures against infectious diseases.

After the success of measures against acute infectious diseases, various laws and regulations were established for chronic infectious diseases such as tuberculosis, sexually transmitted diseases, and other diseases such as mental disorders. In addition, the necessity of health promotion in each community was emphasized. The old Public Health Center Act was enacted in 1937, and the Ministry of Health and Welfare was established in 1938 as the administration at the national level, to strengthen the administrative system.

After the World War II, the new Public Health Center Act was enacted in 1947. Public health centers were established mainly by prefectures as the front line public health institutions which provide health consultation and guidance for the community with administrative functions on fields such as medicine, food sanitation, and environmental hygiene.

Although measures on infectious diseases were effective, the circumstances surrounding the health and hygiene administration have changed dramatically, such as the decline of birthrate, aging of the society, and increase in lifestyle-related diseases.

In order to address these changes, the First National Health Promotion Measures was established in 1978. Based on these measures, in addition to health examination of pregnant women and infants, health and preventive care for the elderly was introduced, which paved the way for the health examination through the life course. Public health centers have been established in municipalities to provide basic health and disease prevention service. From 1988, the Second National Health Promotion Measures (Active 80 Health Plan) were implemented, and the idea of disease prevention / health promotion by improvement of lifestyle was further promoted.

Following the trend of decentralization of government to local jurisdictions at the time, the Public Health Center Act was revised to the Community Health Act in 1994, and the role of municipalities in interpersonal services was reinforced.

As a part of the Third National Health Promotion Measures, "Healthy Japan 21" was promulgated in 2001 to achieve prolongation of healthy life expectancy as well as society where all citizens can lead healthy and vibrant life. Furthermore, the Health Promotion Act was enacted in 2002 to promote the "Healthy Japan 21". Evaluation of the progress of the Healthy Japan 21 was carried out in 2011, and result showed that the dissemination of knowledge of lifestyle-related diseases and exercise habits improved, however, number of suicides, heavy drinkers, hyperlipidemia, diabetes complications remained unchanged or deteriorated. Based on these results, as a part of the Fourth National Health Promotion Measures, "2nd Health Japan 21" was implemented, which includes plans for extension of healthy life expectancy, reduction of health disparity, prevention of NCDs, maintenance and improvement of physical and mental function which is necessary for social life.

3 医療サービス提供

日本の医療サービス提供体制の基本となる法律は、昭和 23 年に施行され、医療施設の基準を定めることにより、日本の医療の確保に大きな役割を果たしてきた。日本の医療施設の特徴として、民間セクターの設立した割合の多さがある。非営利医療法人である民間が 68%、公的組織が 14%、国立が 4% などである（平成 28 年厚生労働省医療施設調査）。

高齢化や疾病負荷の変化、医療技術の進歩により、単なる医療サービス提供の施設基準では、時代に対応できなくなった。昭和 60 年の第一次医療法改正では、医療資源の地域的偏在の是正と、医療施設の連携を促進させ、医療施設の効率的活用を目的とし、都道府県ごとに医療計画の導入が行われた。平成 4 年の第二次医療法改正では、医療機能の体系化（特定機能病院・療養型病床群の制度化）、平成 9 年の第三次医療法改正では、地域医療支援病院という、地域の診療所や小規模病院の診療活動を支えるための病院という類型が創設され、その時の医療課題に応じた、医療法の改正が行われている。

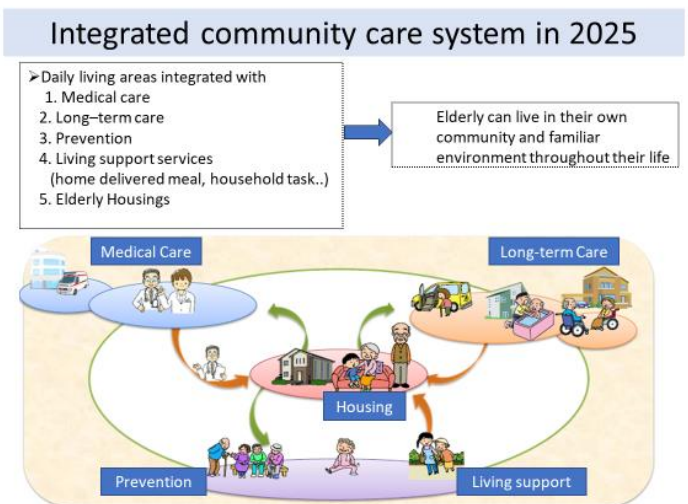
前に述べたように、日本は昭和 20 年代以降、医療施設を中心とした医療サービス提供の拡大、医療施設の基準を定めることによる医療サービスの均質化を図ってきた。しかし、高齢者人口増加に伴う医療費の増大、生産年齢人口の減少に伴う財政難が予測され、日本では、医療施設内のケアだけに限らない、地域全体で医療や福祉サービスを必要とする人たちにサービスを提供する必要がある。日本は 75 歳人口が 4 人に 1 人になると予測される 2025 年までに、「地域包括ケアシステム」を導入することを目指している。高齢者が住み慣れた地域で、医療、福祉、介護サービスを受けられ、地域活動に参加できる環境づくりに向けて、国、都道府県、市町村レベルで、それぞれ準備が進められている。

3 Provision of medical service

The Medical Care Act, which is the basis of Japan's medical service provision system, came into force in 1948. The act played a major role in securing medical care in Japan by setting standards for medical institutions. One of the characteristics of Japanese medical facilities is that a large proportion of them are provided by private sectors (68% by non-profit medical corporations, 14% by public organizations, 4% by national government, etc. (Survey of Medical Institutions, Ministry of Health, Labor and Welfare, 2016)).

Due to population aging, changes in disease burden, and advances in medical technology, it became impossible to respond to the changing needs by merely indicating facility standards for medical facilities. At the first amendment of the Medical Care Act in 1985, the medical care plan was introduced for each prefecture for the purpose of rectifying regional uneven distribution of medical resources and promoting cooperation of medical facilities. At the second revision in 1992, systematization of medical functions (institutionalization of advance treatment hospitals / medical treatment type bed groups) was introduced. At the third revision in 1997, "regional medical support hospitals" was stipulated, a type of hospital which supports clinical services in clinics and small-scale hospitals in the region. As noted above, the Medical Care Act was revised in response to the medical problem at that time.

As mentioned earlier, Japan has been trying to expand the provision of medical services



centered on medical facilities since the 1950s and to homogenize medical services by setting standards for medical facilities. However, increase in medical expenses and decrease in tax revenue is forecasted due to population aging and decreased production-age population. In addition, medical care and welfare services should be provided for those in needs regardless of the area of residence. Japan aims to introduce the "Integrated Community Care System" by 2025 when 25% of people are projected to be at the age of 75 or higher. Preparedness is being advanced at the national, prefectural, and municipal level toward establishing an environment where elderly people can receive medical, welfare, nursing care services and participate in community activities in the area where they are familiar with.

4 医療保険

大正 11 年に制定された健康保険法は、労働者を対象に昭和 2 年から給付が開始され、これによって我が国の医療保険制度が始まった。昭和 13 年には国民健康保険法が制定された。保険者の任意設立、任意加入の制度を、農山漁村の住民をはじめとする一般国民にも医療保険の対象を拡げた。その後、健康保険法の改正により、労働者の家族にも給付が開始されるなど、医療保険制度は次第に整備されていった。

日本の UHC 達成の一要素である国民皆保険体制の推進は、昭和 32 年度から 4 か年計画で進められ昭和 36 年 4 月に実現した。位置付けている。皆保険実現以降の医療給付内容は、当初、被用者本人は原則 10 割給付、被用者家族と国民健康保険は 5 割給付であったが、昭和 48 年には扶養者家族が 7 割給付となり、高額療養費制度（毎月の自己負担額上限の設定）も新設された。

老人医療費は昭和 48 年から無料化が実施され、更に昭和 56 年ごろには被用者家族の入院 8 割給付が実施され、このころまでは患者負担の軽減を図る制度改正が続けられたが、これ以降は、急増する医療費や将来の人口高齢化への対応を重視した制度の見直しが必要とされた。昭和 58 年には、老人保健法が施行され、老人も定額の自己負担金を医療機関に支払うようになった。昭和 59 年より、被用者は 1 割負担となり、平成 9 年には 2 割、平成 15 年には 3 割負担となっている。

平成 20 年からは、生活習慣病対策の長期入院是正など、国と都道府県は中長期的な医療費適正化計画が策定されている。医療保険者は 40 歳以上の加入者に対して、糖尿病などに着目した健康診査と保健指導の実施が義務付けられた。

日本の少子高齢化傾向は継続するため、保険財源の歳入現象、支出の増加も続く。持続可能性を考慮した、国民全体を巻き込んだ財源の確保、受益者負担の拡大など、医療保険制度の運営に関する議論が必要である。

4 Medical insurance

The Health Insurance Act was enacted in 1922 and benefits were provided for the workers from 1927, which was the launch of medical insurance system in Japan. The National Health Insurance Act was enacted in 1938. The insurance coverage was expanded to the general citizen including the farmers and fishers. Subsequently, coverage of medical insurance was gradually expanded for family members of workers by the amendment of the Health Insurance Act.

Nationwide insurance coverage, which is one element of UHC, was realized in April 1961 in Japan with the 4-year plan formulated in 1957. Initially, after the realization of nationwide insurance system, employees received 100% benefits in principle, while the family of employee and people insured by the national health insurance scheme were covered with 50% benefits. However, in 1973 the dependent family benefit was increased to 70%, and a high-cost medical care benefit system (setting of upper limit of copayment every month) was also introduced.

As for the medical expenses for elderly, individual payment became free of charge from 1973. Also, benefits to cover 80% of the expenses for hospitalization of employees' family were

implemented in 1981. Up until 1981, multiple policies were implemented to reduce patient burden, however, review of the system to address rapidly increasing medical expenses and the aging of the population became necessary. In 1983, the Health and Medical Service Law for the Elderly was enforced, in which the elderly also began to pay a fixed amount of self-payment to medical institutions. Employees' copayment became 10% since 1984, 20% since 1997, and 30% since 2003.

From 2008, national and prefectural governments formulated a medium to long-term plan for optimizing medical expenses through remedying long-term hospitalization for adult disease control and other measures. Medical insurers were obligated to conduct health screenings and health guidance focusing on diabetes etc. to subscribers over 40 years old.