

II. 研究テーマ別報告

1. UHC に関するグローバル政策トラッキング

A. 目的

グローバル・ヘルス・コミュニティが、UHC に関して発表・発信する文書を継続して収集し（前向きモニタリング）、系統的な分析を通して、UHC に関する最新の情報を確認し、UHC の新たな側面を特定する。本報告書は、2024 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日までの情報を対象としている。

B. 手法

対象期間中、毎週月曜日。以下のウェブサイトを確認し、政策文書、ニュースリリース、イベントなどの関連情報を抽出した。

- Alliance for Health Policy and Systems Research
- EuroHealth
- Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All (SDG3 GAP)
- OECD Health
- P4H Social Health Protection Network
- UHC Partnership
- UHC Watch
- UHC2030
- WB Health
- WHO UHC

さらに、International Health Policy (IHP) ニュースレターやその他のニュースソースを定期的に確認し、UHC 関連情報を入手した。

上述の追跡作業で収集した情報の保存と管理には、NVivo14 を使用した。次の 6 つの項目で構成される枠組みを用いてテーマ分析を行った。

- **国と地域**：WHO の地域分類を用いた各国の分類

- **UHC の概念**：UHC の定義を構成する要素
- **UHC へのアプローチ**：UHC の進捗に資する戦略、アプローチ
- **UHC の測定**：UHC の進捗を評価する指標、分析手法
- **ヘルスシステムと UHC**：UHC とヘルスシステムの 6 つの構成要素（ガバナンス、サービス提供、財政、人材、薬剤・ワクチン・技術、情報システム）との関連性
- **疾患別課題と UHC**：非感染性疾患（NCDs）、抗菌薬耐性（AMR）など、UHC と特定の疾病・健康状態との関連性
- **地球規模課題と UHC**：プラネタリー・ヘルス、グローバル・ヘルス・ガバナンス、健康危機など、UHC と地球規模課題との関連性

テーマ分析では、枠組みに含まれる項目毎に頻出コードを特定し、コードの分解、内容の整理、概念化を行なった。政策トラッキングで収集された情報は、2 ヶ月ごとに要約をまとめ、研究班チームに共有した。

C. 分析結果の概要

分析結果の概要（頻出テーマと内容の要約）を下記にまとめた。（詳細は、資料 5 の報告書を参照。）

a. 国と地域

世界各地で UHC 改革が行われているが、アフリカ地域における UHC 関連の情報が最も多く、東南アジア地域、南北アメリカ地域がそれに続く。地域に関わらず UHC 改革に共通する要素として、UHC 政策の対象人口の拡大（ケニア、南アフリカ、インド等）、プライマリ・ケアへの投資（ガーナ、エジプト、チリ等）、デジタル・ヘルスの導入（ケニア、カメルーン、チリ等）、制度の分断化への取り組み（インド等）、地方分権とガバナンス（コンゴ等）が挙げられる。

b. UHC の概念

UHC の概念として、「全国民を対象とした公的制度の確立（ユニバーサリティ）」、「社会的弱者の包摂性」、「包括的サービスカバレッジ」、「質の高い医療サービスへのアクセス確保」

が頻出テーマとして挙げられた。

- **ユニバーサリティ**：公的制度の受給資格を全ての国民に保証する（対象者を特定の人口グループに限定しない）ことは、資源とリスクの再配分の機能を高め、アクセスの公平性の確保に資する。
- **社会的弱者の包摂性**：真に公平な制度を確保するため、UHC 改革は、障害者、女性、難民、移民等、社会的弱者や社会から疎外された人々を包摂する仕組みが肝要である。
- **包括的サービスパッケージ**：UHC 改革は、予防、治療、リハビリテーションだけでなく、緩和ケア、メンタルヘルス、医療・ケアの連携と継続も含め、ライフコース全体を視野に、必要なサービスへのアクセスを確保する必要がある。
- **質の高い医療サービスへのアクセス**：健康アウトカムを改善し、UHC を達成するために効果的で安全なサービス提供は必須である。質の高いケアへの時宜に適った公平なアクセスが、疾病負担を軽減する。

c. UHC へのアプローチ

UHC の進捗を促すアプローチとして、「プライマリヘルケア（PHC）強化」「民間セクターとの協力とガバナンス」「社会参加」が、頻出テーマとして挙げられた。

- **PHC 強化**は、PHC は、地域コミュニティで、社会的弱者や遠隔地の人々の保健・医療へのアクセスを促し、住み慣れた場所でのケアを支援する等、UHC の進捗を加速させる効果的で効率的な（費用対効果の高い）アプローチである。
- サービス提供における**民間セクターとの協力**は不可避である。多くの国で、民間の医療機関がサービスを提供しているが、特に低・中所得国では規制が不十分で、公平性と質の観点から課題が生じている。官民の協力が UHC の推進に資するために、ガバナンスの整備が求められる。
- 近年、プライベート・エクイティ企業の医療分野への投資の影響が増大している。営利を目的とした医療と開発金融機関と連携は、人権侵害や健康格差の拡大を助長するとして、国際社会に懸念が生じている。
- 第 77 回世界保健総会決議「UHC、健康、幸福のための**社会参加**」は、政策プロセスとサービス提供への、市民社会、患者団体、若者等、多様なステークホルダーの参加の重要性を謳っている。制度設計、政策実施、モニタリング・評価への社会参加は、個人や

コミュニティのニーズに迅速に対応できるヘルスシステムを構築し、行政の説明責任を確保し、人々の「信頼」が醸成される。

d. UHC の測定

従来の「高額な医療費の自己負担 (catastrophic expenditure)」「自己負担による貧困化 (impoverishment effect)」「基礎的なサービスカバレッジ指数」に加え、近年、「Effective coverage index」「Unmet needs」を用いた分析も行われている。また、サービスの質の測定や、UHC 改革の政策プロセスにおける政治経済分析も頻出テーマとして挙げられた。

- 「UHC effective coverage index (効果的カバレッジ指数)」は、人々の「ニーズ」と健康アウトカムの改善におけるサービスの有効性を加味し、必須の保健・医療サービスを提供する国（制度）の能力を評価する複合指標である。GBD 2019 UHC Collaborators が開発し、試行している。
- EU は、EU 所得・生活状況統計調査 (EU-SILC) と欧州保健インタビュー調査 (EHIS) のデータを用い、UHC モニタリングを実施。特に、EU 各国における保健・医療へのアクセスと「アンメットニーズ (充足されていないニーズ)」のモニタリングを行なっている。
- 「患者の経験」は、サービスの質を測る重要な側面である。ケアに関するネガティブな経験は、サービス利用の意欲や治療のアドヒランスを低下させ、健康アウトカムとサービスへの信頼を損なうことになる。
- UHC 改革におけるステークホルダーの利害関係や政治力学を系統的に分析し、政策実施のプロセスを明らかにするため、政治経済分析を応用した研究が行われている。WHO の PHC Implementation Solutions Initiative は、政治経済分析を用い、各国がどのように PHC 指向の保健システムの拡大に成功したかを検証した。

e. ヘルスシステムと UHC

ヘルスシステムの 6 つの構成要素に関連し、公共財政管理 (財政)、国内の財源確保 (財政)、デジタルヘルス (サービス提供、情報) が頻出テーマであった。

- **公共財政管理 (PFM)**：多くの LMICs では、非効率な予算執行 (硬直的な予算構造、吸収能力の低さ、予算執行の遅れ) が依然として大きなボトルネックとなっており、

UHC に向けた進展を妨げている。プログラムに基づく予算編成は、従来の項目別予算編成に代わる選択肢の一つである。PFM においては、保健・財務両省の効果的な連携が不可欠である。

- **国内の財源確保**：パンデミックは、国内の財源確保を促進するきっかけとなったが、持続的な政治的・財政的コミットメントが依然として必要である。米国の援助停止は、アフリカ諸国全体で、保健・医療財政を見直す端緒となっている。AU サミット等のハイレベル会議では、国内の財源確保、保健分野における官民パートナーシップ、外部資金の多様性の確保が議論された。タバコ、アルコール、砂糖入り飲料への課税は、国内の財源確保の手段の一つである。
- **デジタル・ヘルス**：デジタル・ツールを活用したサービス提供は、サービスの拡充と効率性を促す手段として潜在性が高い。電子カルテや予防接種登録などの情報システムへの応用は、データ管理を強化し、情報に基づいた意思決定を支援する。また、医療財政システムへの導入は、資金フローの透明性を高め、不正防止に役立つ。一方、デジタル・ヘルスの運用には、倫理、規制、説明責任の枠組みなど、ガバナンスの整備が求められる。

f. 疾患別課題と UHC

非感染性疾患（NCDs）が頻出テーマであったが、薬剤耐性と UHC の関連性についての議論も目立った。

- **薬剤耐性（AMR）**：予防、診断、薬剤・治療への公平なアクセスは、抗菌薬の誤用や過剰使用を低減するために不可欠であり、近年、UHC 関連の政策に、AMR に関する介入を組み込むこと（例：公的制度の給付パッケージに、AMR 対策に資するサービスを導入する）の重要性が指摘されている。
- **非感染性疾患（NCDs）**：LMIC における疾病負担の増大にも拘らず、NCDs への開発援助は微増に留まっている。PHC 強化は、効率的かつ効果的な NCDs への取り組みを可能とする。がん患者の半数以上が壊滅的な医療費の自己負担に直面しており、公的制度の拡充、財政支援、新しい治療や薬剤の価格の透明性の確保が急務である。

g. 地球規模課題と UHC

多数の地球規模課題の中でも「グローバル・ヘルス・ガバナンス」「健康危機」「プラネタリーヘルス」が、UHC との関連で、頻出テーマであった。

- **グローバル・ヘルス・ガバナンス**は、国際機関、地域機関（アフリカ連合など）、市民社会組織、非保健セクター等、複数のステークホルダーのパートナーシップに拠り形成される。イニシアティブの調整、取り組みの断片化、政治的圧力等、課題が山積している。
- **健康危機**：パンデミックを契機に、世界健康安全保障（GHS）と UHC の概念の整理が進んでいる。加えて、ヘルスシステムの強靱性、パンデミックへの備え（pandemic preparedness）に係る概念と制度要件の整理も肝要である。
- **人道危機と紛争**：武力紛争はヘルスシステムを混乱させ、サービスへのアクセスを制限し、人々の健康リスクを増大させる。国際法の枠組みは、人道危機における人々の健康の権利の保護を強調しているが、その履行は依然として弱い。
- **プラネタリーヘルス**：気候変動は、感染症と NCDs の双方に影響する。気候変動による健康リスクへの備えを、制度や政策に反映する必要がある。PHC は、早期警報システムやコミュニティでの対応等、取り組みの中心的役割を果たす。

D. 今後の分析軸

2024 年度は、国と地域、UHC の概念、UHC のアプローチ、UHC の測定、ヘルスシステムと UHC、疾患別課題、地球規模課題と、6 つの項目を軸に、頻出テーマと内容の整理を行った。2025 年度は、同様の情報収集、整理を継続して実施すると共に、政策文書を発行する組織、プラットフォームの属性による傾向分析を行う。また、WG 2 で実施している、過去の UHC に関する政策文書の分析結果とのシナジーを図るため、WG1、WG2 の両分析結果の統合に資する枠組みの同定を行う。

2. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する国際政策レビュー

研究分担者 野田信一郎 国立健康危機管理研究機構国際医療協力局研修課長

研究要旨 ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の進捗が停滞する中、新たな保健課題も登場してきている。本研究では、グローバルヘルスの主要な組織がそれぞれの組織内での合意として、どのような UHC の新しい要素を認識しているのか、公式文書をデータとしてテーマ分析と傾向分析を行う。1 年目は、2016 年から 2023 年までの 8 年間に WHO の世界保健総会で出された決議・決定文のテーマ分析を行い、91 の UHC 関連テーマを同定した。

A. 研究目的

国際社会におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の概念の変遷と新しい要素を同定し、我が国が行うべき施策を纏める。

B. 研究方法

国際機関、開発銀行、地域機構、主要国首脳会議において各組織の意思決定メカニズムの中で合意形成されたものとして発表された公式文書の中で、Universal Health Coverage という文言が含まれるものを収集し、テーマ分析により UHC と関連付けられたテーマを同定する。その後、文書の発表年と発表組織毎に傾向分析を行う。人を対象とした研究ではないので、特記すべき倫理面への配慮はない。

対象組織は、地域的な偏りが生じないように配慮し、下記を対象とした。カッコ内は対象とした意思決定メカニズムである。

- **国際機関**：国際連合（国連総会）、WHO（世界保健総会）
- **開発銀行**：世界銀行（WB-IMF 年次会議）、アジア開発銀行（年次総会、財務・保健大臣会合）、米州開発銀行（理事会年次総会）
- **地域機構**：ASEAN（首脳会議、保健大臣会議）、アフリカ連合（首脳会議、保健大臣会議、アフリカ CDC 会議）、欧州連合、カリビアンコミュニティ

- **主要国首脳会議：**G7（首脳会議、保健大臣会議）、G20（首脳会議、保健大臣会合、財務・保健大臣会合）
- **その他：**東京アフリカ開発会議（TICAD）

文書に関しては、2016 年から 2023 年までに発表された宣言文、議長要約、決議・決定など会議体として合意されたものを対象として、報告書は除外した。収集した文書は MAXQDA24 に保存し、一つの文書に対して 2 名が独立して同ソフトウェアを使ってコーディングを行い、意見が異なる場合は他のメンバーも交えてコンセンサスを形成した上で最終コードとする。

C. 研究結果

12 組織、112 文書が収集された。今年度は、第 1 段階のテーマ分析として、WHO の世界保健総会の決議・決定文を対象にコーディングを行った。MAXQDA の検索機能を使い“universal health coverage”をハイライトし、それが含まれる決議または決定のタイトルからテーマをコーディングした。次に、“universal health coverage”が含まれるパラグラフを同定し、その中でコーディングしたテーマと UHC との関係に関し分析しコーディングを行った。同定されたテーマと UHC との関係は大きく 4 つのカテゴリー（for UHC, by UHC, and UHC, link to UHC）に分類できた。for UHC は同定されたテーマが UHC 達成に必要なものとして扱われており、by UHC に分類されたテーマはそのテーマを推進していく手段として UHC を位置づけている。and UHC に分類されるものは同定されたテーマと UHC が同列に扱われているもので、link to UHC にはテーマと UHC の関係が明確ではないものである。

UHC に関連つけられたものとして 91 のテーマが同定された。for UHC, by UHC, and UHC, link to UHC に分類されテーマは重複も含み、それぞれ 63、22、14、60 あった。また、個々のテーマと UHC の関係性を説明している文章がある場合は、それをサブコードとしてコーディングした。

また、同定された 91 テーマは、49 が高齢化、非感染性疾患、マラリア対策、口腔保健などの保健課題で、残りの 42 は保健システム系のテーマであった。42 の保健システム系のテーマ

マのうち、医薬品・ワクチン・テクノロジーが 13 テーマで最も多く、10 はリーダーシップ・ガバナンス、保健財政 6、サービス提供 5、保健人材 3、保健情報システム 1 であった。

これらのコードとそのサブコードを基本コード群として、これから行う WHO 以外の組織のデータのコーディングを行い、その後 for UHC に分類されたコード・サブコードの傾向分析を行う予定である。

D. 考察

WHO の世界保健総会では、一回の総会で 40 題前後の決議・決定がなされており、十数題程が UHC と関連付けられている。同定された 91 テーマとそれぞれの UHC との関係性としては、UHC 達成に資するものとして取り扱われているものが 63 と最も多かった。次いで多かったのは、曖昧な関係性（link to UHC）のもので、多くは決議文の前文の中で、1 箇所程で言及されているようなもので、口腔保健や道路安全などこれまであまり取り上げられてこなかったテーマが多く、枕詞的に UHC に便宜的に言及しているようである。

一つのテーマでも、UHC との関係性が for UHC、by UHC、and UHC、link to UHC の 2 つ以上に分類されるものも少なくなく、これは決議文が書かれた時期の違いを反映しているのかもしれない。今後の傾向分析で確認していく。

テーマによっては、UHC との関係性をより具体的に言及しているものもあり、このようなテーマの中に、国際社会と国々が新たに力を入れて取り組んでいく価値のあるものが含まれていると推察される。

E. 結論

WHO の世界保健総会で合意された決議文や決定においては、UHC と関係付けられているテーマは非常に多岐に及んでいるが、UHC との関係性の程度は様々で、今後の分析で国際社会と国々が新たに力を入れて取り組むテーマが同定されると思われる。

3. UHC と保健医療サービスの質

A. 目的

サービスの質の向上を図る政策ツールを整理し、具体的な研究課題を設定するため、次の二つの活動を行なった。

- UHC と保健・医療サービスの質に関する優先課題とナレッジギャップを特定するため、主要文献の迅速レビュー
- 迅速レビューの結果、UHC と保健・医療サービスの質に関する具体的な研究課題の設定とプロトコールの作成

B. 迅速文献レビュー

UHC と保健・医療の質に関し、優先課題とナレッジギャップを特定するため迅速文献レビューを行った。文献検索には、学術書誌データベース（Medline、Knowledge of Science）、国際機関のウェブサイト（European Observatory of Health Systems Research、WHO、OECD）を用い、学術論文と「グレー・リテラチャー」双方を検索した。次の基準で迅速レビューの対象となる文献を選定した。

- 保健・医療制度改革とサービスの質との関連を検証した実証的研究及び文献レビュー
- UHC とサービスの質に関する国際機関の報告書など「グレー・リテラチャー」
- 過去 5 年間に発表された文献

文献検索とスクリーニングの結果、学術論文 56 本と、グレー・リテラチャー 10 本を迅速レビューの対象とした。

迅速文献レビューの結果、保健・医療サービスの質の向上に資する介入を、（１）制度、（２）組織、（３）患者・地域社会の 3 つのレベルに分けて検証した。それぞれのレベルで、これまで次のような介入に関し、研究が行われてきた：

- 制度：（有資格者、保健・医療施設、医薬品提供組織の）規制と認可、外部評価（認定、認証、指導）、パブリック・リポーティング（施設名を明らかにした上で臨床指標の結果を一般に公開）、ベンチマーキング（病院同士が臨床指標を比較）、サービスの質に基

づいた契約、サービスの質を成果指標に導入した診療報酬、電子カルテ管理システム

- 組織：診療ガイドライン、クリニカル・パス、臨床監査とフィードバック、医療施設内の安全性確保の取り組み、人材への介入（インセンティブ、動機づけ等）
- 患者・地域社会：社会参加、ヘルスリテラシーの向上、患者の経験のモニタリング、ピアサポートと患者グループの設立

また、次の点にナレッジギャップが存在することがわかった。

- 診療報酬上の改革と、保健医療サービスの質向上のメカニズムの理解
- 保健・医療の質に関する介入・プログラムの実施プロセスの解明
- 保健・医療の質に関する政策決定プロセスにおけるステークホルダーの関与（価格設定に関する政策、質の測定法の開発等）
- 利用者の経験の共有と患者中心のサービス提供
- 保健・医療の質と医療従事者のモチベーションとインセンティブ

C. スコーピングレビューの研究課題の特定と進捗

迅速文献レビューの結果をもとに、次の二つの研究課題を特定し、スコーピングレビューに拠る研究のプロトコールを作成した（資料1、資料2）。

- ソーシャルメディアに拠る患者の経験の共有と保健・医療サービスの質
- 保健・医療従事者の内的動機づけを高めるための介入

各スコーピングレビューの背景と目的は次の通り。

a. ソーシャルメディアに拠る患者の経験の共有と保健・医療サービスの質

ソーシャルメディアを通して、患者が医療サービスや医療提供者の経験を共有する事例が増加している。国際社会は、患者の声、価値、選好を医療サービス提供に反映し、サービスの質を向上させる「患者中心のアプローチ」を重視している。ソーシャルメディアの利用は増え続けているが、オンラインプラットフォームを通じて共有される患者の声がどのようにサービスの質の向上に影響するかについて、未だほとんど知られていない。このため、患者が自分の経験を共有することを可能にするソーシャルメディアの役割と、患者の声が受

療行動と医療提供者のサービス提供にどのような影響を与えるかを理解することは極めて重要である。具体的には、本スコピング・レビューでは以下の点を検証する。

- 患者が共有する情報が、人々の受療行動や医療施設の選択に与える影響
- ソーシャルメディア上で患者が共有する情報が、医療サービスの提供、特に医療提供者の行動の変化に与える影響
- 患者の声を伝えるツールとしてのソーシャルメディアの利点と課題
- ソーシャルメディアを通じて患者が共有する情報が、医療サービスの質の向上に効果的に活用されるために必要なガバナンスの仕組み

これまで、文献検索を実施し、検索結果（968 本）から重複文献を削除し（524 本）、タイトルと概要による第 1 スクリーニング（120 本）を経て、今後、フルテキストスクリーニングと文献レビューによる情報の抽出を行う。

b. 保健・医療従事者の内的動機づけを高めるための介入

既存研究の多くは、経済的インセンティブが医療従事者のパフォーマンスに果たす役割について検証してきた。一方、近年、医療従事者の内的動機づけの医療の質への影響も指摘されている。「内的動機づけ」の定義は学問領域に拠り異なる。本研究では、心理学と経済学を含む内的動機づけの広範な定義を適用する。これまでの研究では、医療従事者の内的動機づけが、サービスの質の向上に資することが示されているが、医療従事者の内的動機づけを促進する具体的な介入策や政策手段については体系的な検証は行われていない。本研究ではスコピング・レビューを用いて次の点を明らかにする。

- 内的動機づけの概念化と測定
- 医療従事者の内的動機づけを強化するための介入と効果
- 内的動機づけの強化を目的とした介入や政策に関するナレッジギャップ

これまで、プロトコールに基づいて文献検索を実施し、検索結果（7258 本）から重複文献を削除（4950 本）、タイトルと概要による第 1 スクリーニング（154 本）を実施した。今後、フルテキストスクリーニングと文献レビューによる情報の抽出を行う。

4. 日本の公的保険医療制度の公平性の分析

A. 背景・目的

我が国は、1961 年、国民皆保険を達成したが、近年、少子高齢化が進む中、社会の変化に応じて制度の持続性を確保し、国民が必要な時に効果的な保健医療サービスにアクセスできるよう、政府は、さまざまな改革を行っている。特に、近年、国の経済が停滞する中、所得格差が拡大傾向にあり、我が国の公的医療保険制度における公平性を検証することが求められている。

医療制度における公平性とは、個人が支払い能力に応じて医療財源（直接税、間接税、保険料、自己負担等）を支払い、必要に応じて医療サービスの恩恵を受けることを意味する。これまで、日本の医療制度に関する公平性の分析は、主として医療施設や人的資源の分布など、医療資源の地理的偏在の課題に焦点が当てられてきたが、医療財源への支払いや、医療サービスのアクセスの公平性に関する研究は、未だ限定的である。

本研究では、我が国の公的医療保険制度のもとで、財源への支払いにおける公平性（直接税、間接税、社会保険料、自己負担への支払いが、それぞれ世帯の支払い能力に応じているかどうか）と、医療サービス利用の公平性（医療サービス利用による便益が利用者のニーズに基づいているか）を分析する。

B. 手法

手法として、Financing Incidence Analysis と、Benefit Incidence Analysis を用いる。FIA は、誰が、どのような手段で（直接税、間接税、保険料、自己負担、等）医療費を支払い、費用負担が、所得グループ間でどのように分布し、世帯の支払い能力に応じているかを検証する手法として、これまで様々な研究で用いられてきた。本研究では、FIA を用いて、国民健康保健の保険料の支払いの累進性（高所得世帯の保険料負担割合（所得に対する）が低所得層より高い）を分析する。具体的には、ジニ係数と保険料支払いの集中度指数を用いて、保険料負担の累進性を表すカクワニ係数を推計する。

BIA は、所得グループ（またはそれ以外の属性）の中で、誰が、保健・医療サービスの利用からどのような便益を受けているかを明らかにする手法である。便益は、種々の保健・医療サービスの利用率に、サービスの単価を乗じて算出され、金銭の単位に換算して示される。本研究では、国民健康保険加入者のサービス利用の公平性（必要に応じて保健医療サービスが利用されているか）を検証するため本分析手法を用いる。

C. これまでの分析と概要

2024 年度は、研究の一環として、日本における（１）健康格差の分析と、（２）保健・医療アクセスの「水平的公平性」の分析を行なった。以下に結果の概要を報告する。それぞれの研究の要約は、資料 3、資料 4 を参照。

a. 日本における健康格差の分析

本研究では、2001 年から 2022 年の国民健康基礎調査のデータを用い、主要健康アウトカム（自己評価による健康状態、自覚症状、日常生活動作の制限、ストレス・不安、非感染性疾患）の集中指数と相対格差指数を推計し、健康の社会経済的格差の推移を検証した。全ての指標は年齢と性別で標準化した。分析の結果、低所得層における健康不良の分布の偏りが増大し、所得による健康格差が拡大していることが観察された。加えて、高血圧症や糖尿病等の非感染性疾患の健康格差も増加した。所得による健康格差が拡大しており、公平な医療利用を確保するための政策的取り組みの重要性が示唆された。

b. 保健・医療アクセスの「水平的公平性」の分析

近年、高齢化、雇用形態の変化、所得格差の拡大により、医療アクセスの公平性が懸念されている。本研究では、日本における医療利用における「水平的公平性（ニーズに基づいた医療サービスの利用）」を検証する。1986 年から 2022 年までの国民生活基礎調査のデータを用いて、医療利用の集中指数と医療ニーズで調整した水平的不公平指数 (horizontal inequity index) 推計した。医療利用の公平性に寄与する要因を特定するため、集中指数の分解分析を行った。分析の結果、医療ニーズは低所得層に集中しており、その傾向は近年顕著であるが、医療利用の分布も医療ニーズにほぼ一致する傾向が見られ、僅かに「水平的不公平性」が確認されたが、調査期間を通して限定的であった。所得は、高所得層の医療利用の分布に

寄与しているが、国民健康保険と高齢者を対象とした施策が、低所得層の医療利用の分布に寄与し、所得による医療利用の不公平性を相殺することがわかった。分析の結果、非雇用労働者を対象とした国民健康保険と、後期高齢者医療制度が、人口動態と社会経済状況の変化による医療ニーズの増大に対し、医療利用の経済的保護を提供していることが示唆された。

D. 今後の分析

2024年度は、日本における健康格差と医療サービス利用の公平性について分析した。2025年度は、保健・医療財源への支払い（特に保険料と自己負担）の「垂直的公平性」を分析し、累進・逆進の背景となっている制度的要点について考察する。