

# 概要

池上直己、前田明子

本章では、日本の保健医療制度の概略と共に、日本がユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を導入、維持してきた経験をさまざまな観点から分析した 10 の研究を基に、日本が提供できる主要な教訓について述べる。

日本は高所得国で健康指標が良好であるものの、医療費の対国内総生産（GDP）比率と自己負担額の対総医療費比率が比較的低い（表 1）。しかし、日本経済はここ 20 年間は停滞しており、65 歳以上が総人口に占める割合は 25% と世界最高の水準に達している（総務省 2013）。

**表1 日本のデータ概要**

---

人口（2012 年）	1 億 2760 万人 *
国内総生産（GDP）（2012 年）	5 兆 9600 億ドル *
1 人当たり国民総所得（購買力平価 < PPP > 調整済み、2012 年）	4 万 7870 ドル *
総医療費対 GDP 比率（2010 年）	9.6%**
1 人当たりの総医療費（名目為替レート）（2010 年）	3213 ドル **
総医療費に占める公的支出比率（2010 年）	82.1%**
総医療費に占める自己負担比率（2010 年）	14.4%**
出生時平均余命（2011 年）	全人口で 82.7 年 **
人口当たり病床数（2011 年）	1000 人当たり 13.4 床 (うち 8.0 床は一般病床) **

---

出典：\*World Bank 2013；\*\*OECD 2013

## 現状の概要

### 法的根拠

憲法は、「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と定めている。国の社会保険制度の根幹を成す国民健康保険法は、被用者保険（職域保険）または75歳以上の後期高齢者医療制度に加入している者と生活保護受給者を除き、全住民が国民健康保険に加入しなければならないと定めている。

### 主要な側面における UHC の現状

#### 人口

社会保険制度に加入するか、生活保護を受給することにより、全人口が医療サービスを利用する権利を有する。

#### 医療サービス（給付）

公的医療保険が適用される医療サービス（法定給付）の内容は全員同一であり、厚生労働省（厚労省）の診療報酬に収載されている。診療報酬に収載されていないサービスで、医療機関が提供を認められているものは、特別療養環境室（全病床の19%を占める差額ベッド室）および国民医療費の0.03%を占める先進医療に制限される。後者は、医療の有効性と安全性が確認された時点で診療報酬に収載され、保険が適用される。居住地や所属等によるサービスの違いはないが、へき地に住む者はサービス利用が地理的に難しくなる可能性がある。予防医療サービスは法定給付に含まれないが、予防接種は地方自治体から、健診は保険者から別途支払われている。

#### 経済的保護

医療費の自己負担割合は原則30%に設定されている（6歳以下の未就学児は2割、70歳以上の高齢者の9割は1割）。高齢者の1割を占める現役並み所得者については、医療費の自己負担割合が3割に設定されている。ただし、1カ月の自己負担額が所得水準によって設定された規定額を超えた場合、高額療養費制度により、医療費の自己負担割合は1%に軽減される。ま

た、人工透析患者や血友病、その他の特定疾病の治療を受けている者は、自己負担を大幅に軽減される。診療報酬で規定された金額を超える患者への請求（差額徴収）は固く禁止されている。診療報酬に収載されていないサービスを取載されているサービスと一緒に提供する混合診療も厳しく規制されている。例外として認められるのは、差額ベッドやあらかじめ登録して行う新技術の有効性と安全性の検証のための医療などに限られている。これら以外で混合診療を行った場合、患者は医療サービスの全額を支払わなければならない。患者は医師に「謝礼」を渡すことがあるが、これは通常、大病院の個室の入院患者に限られる。公立病院の医師は、公務員として、謝礼の受け取りは法律で禁じられている。

## ガバナンスの仕組み

### 目標設定と支払い

厚労省は、政策目標の設定、法定給付の規定、診療報酬による支払いの規定を管轄する。診療報酬は全国一律であり、全ての公的保険の保険者および実質的に全ての医療提供者に適用される。各医療サービス、医薬品や医療機器の価格だけでなく、患者の診断（例えば、適応外処方禁止）など保険請求が認められる要件や、施設の基準（例えば、リハビリテーション療法を請求するには、施設として所定数の療法士を雇用しなければならない）についても規定する。支払いは基本的に出来高払いとなっている。

政策目標は、厚労省の審議会によって設定される。とりわけ、中央社会保険医療協議会（中医協）は、政策目標に従い診療報酬改定を通じて医療提供者の報酬の上げ下げを行うため、最も強力な権限を持っている。この協議会は、診療側（日本医師会、病院団体、その他の医療提供者団体）、支払側（保険者、雇用者団体、労働組合、地方自治体）、および公益を代表する学術関係者などから構成される。全ての会議は公開され、議事録も公表される。

### 財務

日本政府は、国民医療費をもとに政策決定を行う。国民医療費は、一般用医薬品（OTC薬）、入院時料差額分（差額ベッド代）、および公的保険が適用されない医療に対する患者負担を除外している。そのため、国民医療費

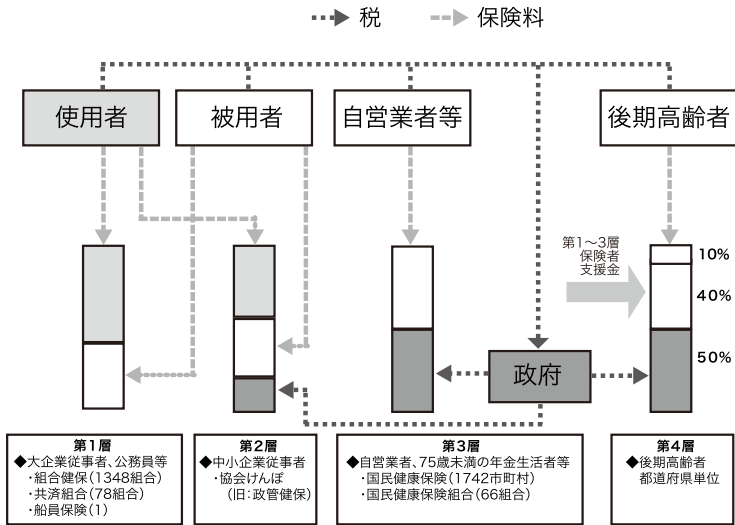
は、経済協力開発機構（OECD）が算出する総保健医療支出とは異なり、総保健医療支出よりも通常 20% ほど少ない。国民医療費の財源は、保険料 49%、国庫 25%、地方自治体 12%、患者負担 14% である（2009 年）。UHC のための国庫支出比率は規定されていないが、過去 10 年では約 9% であった。貧困層やインフォーマル・セクターを対象とした特別な制度は生活保護制度のみである。その代わりに、国は比較的所得の低い層が加入する保険者に補助金を交付する一方で、保険者には高齢者医療費の支援を求める。全ての保険者は、被用者保険または地域保険に分かれ、年齢にかかわらず扶養家族全員が世帯主の加入する制度の給付対象となる。

3000 以上の保険者は 4 つの「階層」に分類できる。第 1 の階層は、一般財源から補助金を受けない大企業および公的機関の被雇用者向けの制度から構成される。第 2 の階層は、中小企業の被雇用者向けの全国健康保険協会（協会けんぽ）であり、保険給付費の 16.4% を国庫補助から交付されている。第 3 の階層は、地方自治体が運営する地域保険である国民健康保険から構成され、自営業者、非正規雇用者、75 歳未満の年金生活者など、他の制度の対象に含まれない者が被保険者であり、保険給付費の 50% を補助金として交付されている。第 4 の階層は、都道府県レベルで組織された 75 歳以上の被保険者向けの制度から構成され、保険給付費の 50% を補助金、40% を他の 3 つの階層に属する制度からの支援金として受け取る。各保険者の中では、保険料率（保険料として徴収される所得比率）は、所得の上限（被用者保険では 1440 万円、地域保険では 700 万円）まで同じである（図 1）。

### 医療サービス提供

原則的に、誰でも紹介状なしで実質的に全ての医療機関を利用することができる。1 次、2 次、3 次医療や、公的・民間部門の機能に明確な差はない。民間部門が大多数であり、病院の 82%、病床数の 72% を占める（2010 年）。1 次医療レベルでは、実質的に全ての診療所は医師が所有する個人開業であり、41% は耳鼻咽喉科や眼科など、内科や小児科以外の専門科目を掲げている（2010 年）。公立病院は、経常費用と資本費用に対する補助金を受けられるため、3 次医療で高いシェアを占める傾向がある。しかし、これらの補助金や、地方自治体による硬直した運営は、非効率につながっている。国立病

図1 社会保険制度間の補助金と内部補助



出典：Ikegami et al. 2011 (2011年のデータに更新)

院が厚労省の直轄から独立行政法人への移行に成功したことで、公立病院においても患者の自己負担を増やすことなく利益を上げられることが示された(第9章「日本における国立病院改革：成果と課題」を参照)。

## 医療財政の現状

### 現在の UHC の持続可能性

#### 財政余地

1991年以降の景気低迷と国の歳入の減少を受けて、財政余地は縮小している。歳入の縮小は社会保険制度に重大な結果を及ぼしている。それは、国民医療費の4分の1は、第2階層から第4階層までの社会保険制度に対する補助金として、国の一般財源から賄われているためである。国の歳入と歳出との差額は、現時点でGDPの2倍以上に達する債務で埋められている(第2章「日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを維持するためのマクロ経

済的な状況と課題」を参照)。2014年4月に消費税率が5%から8%に引き上げられ、2015年10月にも再度増税され10%となる予定だが、プライマリーバランスを回復するには不十分である。さらに、高齢化と雇用形態の変化に伴い、一般財源によって賄われる国民医療費の割合が増加し、税金からの補助を受ける保険者の被保険者が増加する見通しである(第3章「日本の社会保険制度間の財政不均衡」を参照)。

### 医療費管理と費用対効果

医療費は、2年ごとの診療報酬改定を通じて管理されている。診療報酬の改定プロセスは、財務大臣と厚生労働大臣が幹部官僚と共に全体としての診療報酬改定率を決定するところから始まる。次に、主に厚労省による薬剤の市場価格および数量調査(薬価調査)に基づき、薬価の引き下げ幅が決定される。薬剤間の競合により、薬剤の市中価格は診療報酬に記載されている公定薬価より低くなる傾向がある。最後に、中医協での協議後に、項目別の診療報酬改定が行われる。厚労省は、診療報酬改定と請求要件について専門団体と協議を行う。レセプトの審査および現場の指導監査により、これらの条件が遵守されているか監視が行われる。これにより、非価格的要因による費用増加が緩和される(第5章「日本の診療報酬改定による医療費の抑制」および第6章「日本の診療報酬の政治経済学」を参照)。

項目別の診療報酬改定ではきめ細かな調整がなされる。例えば、2002年の改定では、診療報酬改定率はマイナス2%となったが、磁気共鳴画像(MRI)撮影の件数が「不適切に」増加したことから、MRI撮影点数は30%減額された。対照的に、2008年の改定では救急医療と産科の点数が引き上げられたが、これは当該分野の医師不足の報道に対して、国が対処せざるを得なかったためである。

急性期入院治療の包括払い制度が2003年に導入され、急性期病床の半分以上を網羅するまでに拡大されたが、医療費の抑制に貢献したかどうかは定かでない。

一般的に、日本における医療の質の評価は、病院がそれぞれ所定の看護職員数を満たしている場合は入院患者治療の1日当たりの費用を引き上げる、リハビリテーション療法の請求条件として療法士の人数を設定するなど、医

療提供体制が焦点となる傾向がある。外科治療の結果（アウトカム）は、米国と同等以上の水準にあることが明らかと報告されている（Hashimoto et al. 2011）。

## UHCの公平性

### 連帯と再分配

各社会保険制度の保険料拠出額は、主に支払い能力に基づき、所得の一定割合の保険料が全加入者に対して設定される。所得水準の差と加入者の人口構成の違いを緩和するため、国は、比較的所得が低い層が加入する制度に補助金を拠出する。また、各制度は、高齢者の医療費を支援しなければならない。このため、保険者間における、所得水準や65歳以上の高齢者比率の格差を緩和する再分配システムが存在する。しかし、所得に占める保険料の割合については、保険者間で依然として3倍以上の開きがある。これは、医療費支出の差というよりも、主に所得水準の差を反映している。

### 優先人口集団の設定

人工透析と血友病、その他の特定疾患は、自己負担を大幅に軽減される。保健医療資源が不足している地域の国民健康保険または地方自治体は、自前の診療所や病院を設立した。また、国からの「無医地区」に対する支援は、過疎地振興の一環で都道府県に対して交付される包括的な補助金に組み入れられている（第7章「日本の医師の配置を規定する要因」を参照）。

## 保健医療人材の現状と政策

1000人当たり2.2人という医師密度はOECD諸国平均より低いが、2007年から2012年にかけて医学部入学定員が20%増加すると共に、人口減が予想されるため、医師密度は上昇する見通しである。看護師の人数はOECD諸国の平均程度であるが、助産師の人数はOECD諸国よりも少なく、医師と看護師が助産師の役割を果たしていることが分かる。

表2 保健医療人材の現状

	人口1000人当たりの人数 (2010年現在)*	入学			卒業	
		資格	国が入学定員を決定	年間入学者数 (2012年現在)	教育年数	年間免許取得者数
医師 (専門医、プライマリ・ケア医)	2.2人	高校卒業	はい	9076人	6年間	8611人
看護職	10.1人	看護師：高校卒業、または 准看護師資格  准看護師： 中学校卒業	いいえ	看護師： 4万9479人  准看護師： 1万1867人	看護師：3年間以上または、 准看護師+2年間  准看護師：2年間	看護師： 5万232人 (2013年)  准看護師： 1万350人
助産師	0.22人	看護師	いいえ	2000人	1年間	2026人
コミュニティ・ヘルス・ワーカー(注)	-	-	-	-	-	-

注：日本には、コミュニティ・ヘルス・ワーカーは実質的に存在しない。

出典：厚労省 2012および2013a；\* OECD 2013

47都道府県の人口は人口60万人から1300万人と開きがあるが、比較のため都道府県を基本単位として用いると、医師密度の最高と最低の差は1990年の2.24から2010年の2.00へと縮小した。医師密度の高い都道府県は、京都や東京などの主要大都市圏に限らず、西日本に分布する傾向が見られた。看護師については、最高と最低の都道府県の差は、2010年現在で2.10(正看護師では2.36)であった。1人当たりの看護師職員数は、病床数の分布を反映して、医師の場合よりも西日本で多くなる傾向が見られた。助産師については、分布に一貫した傾向は見られず、差は2.00であった。

国は、医学部入学定員を規制し、医学部の新設に厳しい条件を設けている。1981年以降、医学部は新設されていないが、入学定員は国の政策に従って変動してきた。正規の卒業後研修の実施は限定され、一般医と専門医との区別が明確になっていない。医師と病院は自由に診療科目を選ぶことができ(自



由標榜制)、資格更新の正式なプロセスやの研修受け入れ人数に制限を設けている専門医団体はほとんどない。

医師の分布の地理的な不均衡を軽減するため、都道府県は、県内の医学部に在籍する2～3人の入学者の学費と生活費を負担し、卒業後、へき地に勤務することを義務付ける、また、契約した医学部の数名の入学者に、同様の条件で奨学金を授与している（第7章「日本の医師の配置を規定する要因」を参照）。

保健医療人材の給与体系は、特に公立病院では年功序列になる傾向がある。医師の場合、通常は専門によって報酬に違いはないが、実績を報酬に関連付ける病院もある（第9章「日本における国立病院改革：成果と課題」を参照）。専門職としての評価は、日本独特の医師採用体系において重要な原動力となりうる。従来、新たに免許を取得した医師は、大学の診療科に入って研修を受け、研修が終わると、関連病院の閉鎖的なネットワークの中で職業人生を送る。診療所を開業して離脱することもできるが、その後は所属していた病院施設を利用することはできなくなる。しかし、診療報酬ではプライマリ・ケア提供機関が提供するサービスが優遇されるため、開業医の所得は病院勤務医より高くなる傾向がある。

准看護師になることは比較的容易である。中学校卒業後に2年間の教育を積むだけでよいためである。さらに、その後、2年間の課程を経て、看護師になることができる。一部の民間病院は無資格の介護士を雇用し、准看護師、さらに、その後に看護師になるための学費を支援している。ただし、准看護師の割合は、1990年の46%から2010年の28%へと減少している（第8章「准看護師：日本の看護労働力拡大のひとつの選択肢」を参照）。

診療報酬は、地域的な生活費に関わりなく、同一の医療行為に同一の報酬を支払い、プライマリ・ケアの報酬を高度専門医療より高く設定することによって、保健医療人材の適切な配置に重要な役割を果たしてきた。前者のおかげで、郡部の病院は、医師以外の職員給与を抑えることで、都市部の病院よりも多くの給与を医師に支払うことができた。医師は、給与が低くとも都市部の病院で働くことを好む。それは、設備の整った病院で働き、都市部で生活することを望むからである。他方、看護職は地元志向が強く、地元の給与水準で進んで働く傾向がある（第7章「日本の医師の配置を規定する要因」

を参照)。診療報酬改定時における日本医師会の圧倒的な役割が、プライマリ・ケア・サービスの報酬を専門サービスより高く設定する上で貢献してきた。

## 改革の順序

### 一連の国民皆保険改革はどのように、なぜ実施されたか？

社会保険は当初、労働不安を緩和し、労働者の生産性を向上させることを目的として、1927年に労働者向けの被用者保険として導入された。1938年には、農業従事者と自営業者向けの地域保険（国民健康保険制度）が法制化された。地方自治体は国民健康保険制度を設立するよう促され、住民の80%が加入すると、全国民の加入が義務付けられた（被用者保険の加入者を除く）。これらの制度の対象に含まれる人口は、1927年の3%から、1945年の終戦までに少なくとも書類上ではほぼ全員となった。この拡大の主な原動力は、「健民健兵」という「戦時」体制を築くことであった。

第二次世界大戦後、国民皆保険の達成は、福祉国家を建設するという目標の具体化と位置付けられた。民主主義が復活し、経済が回復し始めた時期には、政府も野党も国民皆保険を支持した。国民皆保険達成に向けた重要な一歩は、国民健康保険制度を達成し維持するため、地方自治体への補助金を増額するという1952年の決定であった。国民皆保険は、最後の地方自治体が国民健康保険を創設し、被用者保険制度の対象に含まれない全国民の加入が義務化されたことで、1961年に達成された（第1章「日本の医療制度の政治的・歴史的背景」を参照）。それ以来、UHCへの政治的な取り組みが長期にわたって続けられている。

国は、社会保険制度を導入した際、中小企業従業員向けの保険制度（第2階層）に給付するサービスについて、診療報酬を策定した。診療報酬は、1943年に資源を一元化し統合する戦争遂行努力の一環として、全ての被用者保険に拡大された。1959年には、国民健康保険加入者が実質的に全ての医療機関を利用できるよう、国民健康保険にも診療報酬が適用された。これにより、制度間での給付サービス内容が統一され、厚生省が診療報酬改定を通じて医療の提供を効果的に管理できるようになった。そのため、サービスの公平性は、1961年に国民皆保険が達成される以前に担保されていた。全

国民に対する経済的セーフティネットの整備は、全ての社会保険制度で高額療養費制度を利用できるようになった1973年に達成された。同年、経済成長はピークに達し、政府は革新政党からの強い反撃に遭っていた。それまでは、被雇用者本人は自己負担額を支払う必要はなかったが、本人以外の扶養家族には上限がなく、30～50%を支払わなければならなかった。

経済成長が低下すると、かつて優遇されていた層の自己負担割合が引き上げられた。すなわち、被雇用者の自己負担割合は、1983年の無料から2003年に現行の3割へと順に引き上げられた。こうして、自己負担の平等性が最後に達成された。診療報酬改定率を微増または微減することによって、コストが抑制された。

これらの措置は、高齢者の医療費負担への対応と共に、国民皆保険の持続可能性を高めることに寄与した。ただし、保険料の所得に占める割合（保険料率）には依然として3倍以上の開きがある。このような不均衡に加え、国の一般財源によって賄われる補助金と、高齢者の医療費を緩和するための各制度による支援は、国民皆保険の持続可能性を脅かす。国民健康保険を都道府県レベルで統合するための改革が、2013年に政府の社会保障制度改革国民会議から提案されたが、地域保険と被用者保険の統合については言及されていない。

## ステークホルダー

1956年の施政方針演説で、保守系与党である自由民主党の鳩山一郎首相は、国民皆保険を達成する計画を策定すると発表した。国民健康保険制度を創設し、さらに統合したいと考えていた地方自治体からもその構想は強く支持された。経営者と労働組合もそれを支持した。戦後の復興と貧困の緩和を経て、国民皆保険は次に目指すべき自明の目標であるかのように思われた。経済の急成長により、地方自治体への補助金の財源を確保することが可能となった。

当時、日本医師会は、国民皆保険は時期尚早と見なし、診療報酬の規定によって専門職としての自律性が侵害されることを懸念した。しかし、当時大多数を占めていた個人開業医は、処方と調剤における自律性を高める譲歩を引き出し、所得税の控除を認めさせた。さらに、日本医師会は、旧植民地か

らの引き揚げや復員した医師、及び戦中の入学定員の増加による医師増についても懸念していた。一方病院は、権威のある公的病院と数の多い民間の病院に分断されており、それほど力を持っていなかった。

経済成長が続き、1960年代後期には革新的な都道府県知事が選出されたことを受け、1973年に政府は自己負担割合の引き下げの圧力を受けた。それ以降、経済成長が鈍化するにつれ、政府と財界は概して費用抑制政策を追求したが、日本医師会は国民皆保険の主要な支持者となり、自己負担割合の引き上げに反対してきた。

## 日本からの主な教訓

### UHCに関わる政治経済と政策形成過程

第二次世界大戦から復興を遂げた後、ほぼ全ての政党が国民皆保険を達成するという政治的目標を共有していた。さまざまな人口区分を対象とする複数の社会保険制度が存在していたにもかかわらず、補助金と再分配のシステムを通じて医療へのアクセス条件の公平性を改善することで、給付と自己負担割合の制度間の調和を図った。しかし、保険者間で財政の不均衡が生じ、複雑な再分配システムによって平等性を確保してきた複数の保険者による制度を維持していくリスクが浮き彫りになった。それでも、支払いについて見れば、ひとつの支払い方式、すなわち診療報酬により、全ての主要利害関係者間の資源配分と給付に関する交渉が制度化されており、基本的に診療行為ごとの出来高払いとなっているにもかかわらず、コスト抑制の点で比較的成功していると言える。

### UHCを実現するための保健財政戦略

農業従事者、自営業者、非正規雇用者、非就業者まで医療保険でカバーできるようになったのは、全市町村に、職域保険に加入していない人々を国民健康保険に加入させることを義務付けたことによる。医療費は診療報酬制度によって管理されている。この制度は医療サービス価格を上げ下げするだけではなく、例えば看護師配置基準や診断名などの詳細にわたる請求要件を定めている。要件の順守状況は定期的に監視されており、それにより、医療サー

ビスの不適切な提供を防いでいる。また、日本の支払い制度では、医療サービス提供者による差額徴収は禁止されており、混合診療も厳しく規制されているが、急速な高齢化と経済の低迷による財政余地の収縮に制度が追い付いていないのが現状である。現在、医療保険を含む社会保険制度の構造改革の必要性が議論されている。公衆衛生事業は一般財源で手当てされており、医療保険制度の下で提供される医療サービスには含まれていない。こうした分断がかつてはより多くの予算を確保する上で有効であったが、予防と治療を統合する足かせとなっている。

### **UHC を実現するための医療サービス及び医療人材戦略**

病院の80%、そしてほぼ全ての診療所が民間部門に属するが、これらの医療機関のほとんどの収入は診療報酬で規定されるサービスによるものであり、統一され、合理化された医療提供システムに組み入れられている。公的医療機関は国や地方自治体の一般財源から補助金という形で追加財源を確保している。改革の圧力を受けて、国立病院は2004年に独立行政法人化し、それにより経営上の説明責任や効率性が改善した。医師の分布の地域格差は依然問題であるが、都道府県は、卒業生がへき地に勤務することを義務付けることを条件に、自治医科大学に2～3人の入学者の学費と生活費を供与し、それ以外にも契約した医学部に数名の入学者に同様の条件で奨学金を授与するという特筆すべき手法を用いている。

診療報酬は、金銭的報酬と非金銭的報酬のバランスを取ることで、都市部の大病院で勤務する専門医に人材が集中することを防いでいる。プライマリ・ケアの診療報酬を高く設定することで、病院への人材集中を相殺する効果がある。同じ診療に対しては全国一律の報酬が支払われており、また診療報酬により、郡部の医療機関では、都市部の医療機関よりも高い給料を支払うことができ、医師を惹きつけ定着させることができる。それは恐らく、郡部の医療機関で働く看護職やその他の従業員は、一般的に給与が低くても働く意欲のある地元出身の人が多く、彼らには都市部よりも低い給料を支払うことで、医師にかかる追加費用を相殺しているためと思われる。日本では、看護ケアへの需要の高まりに対応するため、准看護師に対して、看護師よりも資格を取りやすく、卒業要件の易しい制度を導入した。これが、1960年代、

医療保険の適用が急激に拡大した時期に、医療人材の需要に対処することを助けた。しかしながら看護師の数が増えるにつれて、准看護師の割合は低減している。

## 日本の事例研究

### 事例研究の概要

本書には、日本がUHCを達成し、維持する中で得た知見を示す10の事例研究の成果が収録されている。事例研究はいずれも、政治経済、保健医療財政、保健医療人材に関わるテーマを扱っており、UHCに関する日本・世界銀行共同研究プログラムの下で実施された他の研究と共通の研究枠組みで分析された。

これらのテーマは、日本の医療政策を理解する上で重要であり、また、日本の政策立案者が課題や好機にいかに向き合ってきたかに関心を持つ国々にとって、よい教訓、悪い教訓いずれも示唆しうるとして、選ばれたものである。

以下、本書の構成と内容を示すため、各章の概略を述べる。

#### 1. 日本の医療制度の政治的・歴史的背景

日本の医療制度は漸進的に発展した。工業化に伴う新たなニーズの高まりと社会主義の台頭に対する懸念が社会保険制度の設立につながり（1927年）、戦時緊急措置が制度の拡大をもたらし、西欧諸国に追いつこうという国家的な努力が政党間の競争と相まって国民皆保険に結びついた（1961年）。その後、急速な経済成長を背景としながら革新政党の脅威によりさらなる拡大につながったが（1973年）、その後の景気停滞に伴いいくらかの縮小を招いた。

#### 2. 日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを維持するためのマクロ経済的な状況と課題

第二次世界大戦後の復興から1973年までの急速な経済成長によって、国民皆保険制度におけるサービス給付水準を全国民に拡大する財政余地が生まれた。しかし、これ以降、経済成長は鈍化し、高齢化が進み、膨大な財政赤字の一因となった。また、所得再分配のあり方は、世代内再分配から世代間

移転へと変化している。このような傾向は、国が成熟するにつれて必然的であることから、将来を見据えた UHC の設計が必要である。

### 3. 日本の社会保険制度間の財政不均衡

日本には 3000 を超える保険者が存在し、加入者の年齢と所得分布はそれぞれ異なる。財政不均衡は税財源による補助金と高齢者医療費を賄うための制度間移転で緩和されてきたが、地域保険である国民健康保険制度の財政基盤は浸食されつつあり、保険者間の保険料率（所得に対して保険料として徴取される金額の比率）の格差が広がっている。

### 4. 日本の介護保険制度：中所得国への教訓

日本は急速な高齢化社会に直面し、2000 年に社会保険の 4 本目の柱として介護保険を導入した。保険料を新たに徴取することで追加歳入源が確保され、公的サービスが拡大している。中所得国が早い段階で体系的な介護保険を確立できれば、日本が直面している過度な施設重視主義と医療制度への負荷という 2 つの制約を軽くする可能性がある。

### 5. 日本の診療報酬改定による医療費の抑制

日本の医療費は高所得国にしては低く、健康指標も全般的に優れている。その主な理由のひとつは、2 年ごとに改定する診療報酬制度である。「全体」改定率を設定してから項目別の改定率を微調整し、請求要件を設定するという 2 段階のアプローチが、出来高払いにおいても費用を抑制する独自モデルを形成している。

### 6. 日本の診療報酬の政治経済学

国の政策変更を反映しながら一定の交渉プロセスが徐々に構築された。最も重要なのは、支出を抑制しようとする財務省および厚労省と、診療報酬の引き上げを求める日本医師会を筆頭とした与党の支援を受けた診療側との交渉である。これは通常、ほぼ決まった段取りで進められるが、政治的リーダーシップが直接的な役割を担ったこともある。このような交渉プロセスは、他の国にも有効なモデルになる可能性がある。



## 7. 日本の医師の配置を規定する要因

日本の経験から、次の方策を取れば、医師をプライマリ・ケアと郡部に割り当てることで、より適切に医師を配置できると言える。すなわち、医師の養成に2つのレベルを設け、複数のキャリアパスを提供する。高度医療病院の開設を制限する。関連病院の医師の配置に対して大学病院の教授が権限を持つ。金銭的報酬と非金銭的報酬のバランスを取る。

## 8. 准看護師：日本の看護労働力拡大のひとつの選択肢

2年間の専門教育を受け、都道府県知事試験に合格するだけで資格を取れる准看護師は、卒業しやすい一方、看護師にステップアップすることもでき、看護師資格を取る要件を満たしていない人材を活用するひとつの選択肢となりうる。しかし、1978年以降、看護師の数が増えたことを受けてその比重は低下してきている。また、准看護師の役割については、看護師と重複しており、その役割や能力が明確に定義も規定もされておらず、どのような役割を担うことが適当か議論が続いている。

## 9. 日本における国立病院改革：成果と課題

国立病院の非効率な運営と、多額の補助金を要することから、日本は国立病院を独立行政法人に再編した。これにより、院長の権限が強まると共により一層の説明責任が求められ、看護師をより多く雇用するなどして病院の増収につなげた。これらの措置により、病院の効率性が高まった。

## 10. 日本における保健所を通じた公衆衛生の向上への取り組み

第二次世界大戦後、人々の健康状態を改善する上で、結核や脳卒中などの予防可能な病気の罹患率を下げることを目的とした効果的な公衆衛生政策が重要であった。そしてその際、保健所が中心的な役割を果たした。こうした政府による予防サービスは、医療保険制度の対象に含まれる医療サービスを補完し、UHCを達成する上で極めて重要であった。



## 【参考文献】

- 厚生労働省 (2012) 「平成 23 年度 看護師等学校入学状況及び卒業生就業状況調査」  
<<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001022606>> (2013 年 10 月アクセス)
- 厚生労働省 (2013a) 「2012 年度 看護師国家試験の合格発表について」<[http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shikaku\\_shiken/hokenshi/about\\_tsuika.html](http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shikaku_shiken/hokenshi/about_tsuika.html)> (2013 年 10 月アクセス)
- 厚生労働省 (2013b) 「2012 年度 国民医療費」<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>> (2013 年 10 月アクセス)
- 総務省 (2013) 「人口推計」<<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/201310.pdf>> (2013 年 10 月アクセス)
- Hashimoto, H., N. Ikegami, K. Shibuya, N. Izumida, H. Noguchi, H. Yasunaga, H. Miyata, J. M. Acuin, and M. R. Reich. 2011. "Cost Containment and Quality of Care in Japan: Is There a Trade-Off?" *Lancet* 378, no. 9797: 1174-82. (邦訳「日本の皆保険制度の変遷、成果と課題」『ランセット日本特集号：国民皆保険達成から 50 年』特集号 2、(公財) 日本国際交流センター)
- Ikegami, N., B. K. Yoo, H. Hashimoto, M. Matsumoto, H. Ogata, A. Babazono, R. Watanabe, K. Shibuya, B. M. Yang, M. R. Reich, and Y. Kobayashi. 2011. "Japanese Universal Health Coverage: Evolution, Achievements, and Challenges." *Lancet* 378, no. 9797:1106-15. (邦訳「わが国における医療費抑制と医療の質：トレードオフはあるのか」『ランセット日本特集号：国民皆保険達成から 50 年』特集号 3、(公財) 日本国際交流センター)
- OECD. 2013. *OECD Health Data*. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm> (2013 年 10 月アクセス)
- World Bank. *World Development Indicators 2013*. <http://data.worldbank.org/country/japan> (2013 年 10 月アクセス)