

特別寄稿

皆保険医療制度を巡る国際的動向と日本の役割¹

東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻
橋本 英樹

1. はじめに

日本において1927年から30年余りかけて段階的に広げられてきた公的医療保険が、国民すべてをカバーする皆保険制度に到達したのが1961年のことである。それから昨年で50周年を迎え、それを特集するさまざまな活動が見られた。近隣の東アジア諸国の中では韓国が1989年に、台湾が1995年に皆保険制度を導入している。日本やカナダなどの制度を詳しく研究した台湾は、比較的短い期間に皆保険制度を一気に樹立させた。その後も周到な長期計画のもと、総枠予算制やP4Pなどを次々と導入している。2011年夏にトロントで開催された国際医療経済学会で、その15周年を総括するランチョン会議が開かれ、各国の代表的医療経済学者を招き対外的にその成果をアピールしていた。その背景にはUCを巡る世界的動向の加速化がある。

2005年に世界保健機関が医療サービスの universal coverage（以下UC）の推進とそのため

の財政的仕組みの構築の必要性を総会決議した（WHA58.33,2005）。それと相前後してタイ（2001）、ガーナ（2003）、ペルー（2009）など新興国・開発国でUCの導入が相次ぎ、メキシコやベトナム・

ルワンダなどもUCに向けた政策を積極的に展開している。WHO Report 2010ではサブタイトルを「UCへの道筋（The path to universal coverage）」として、UCに向けて各国が取り組むべき財政的システムの構築や衡平性の問題を取り上げている。さらに世界銀行（World Bank）も経済成長を支える社会的基盤としてUCをアジェンダに取り上げ、世界労働機関（International Labour Organization）も労働生産損失を予防する社会防衛の重要なシステムとしてUCに着目し、独自の提案を展開している。

このようにUCが国内・外交政策上も重要なアジェンダとして注目されるなか、2012年1月にタイで開催されたPrince Mahidol Award Conference²では“Moving towards universal coverage; health financing matters”をスローガンに掲げ、68カ国から800人以上の政府関係者・学術経験者が一堂に会し、UCを巡る課題について活発な議論を交わした。本論稿は、その会議資料と会議中に筆者が見聞したことをもとに、UCを巡る国際的動向を報告し、わが国の医療保険制度の特徴とわが国がこうした動向のなかで果たしうる役割について、考察を試みるものである。

2. UCの3次元ボックスモデル、道筋、そしてトレードオフ

世界保健機関は、UCを“国民があまねく、必要な医療・保健サービスに、支払いによる家計の破たんリスクから守られた形で、アクセスできる”ことと定義し、そのための財政的な仕組みを税・社会保険などを通じて構築することを、すべての加盟国に求める決議をしている（WHO Resolution 58.33）。ここでいう医療・保健サービスは狭義の医療サービスだけではなく、プライマリケアや予防サービス、妊婦健診や健康教育サービスなど幅広いサービスを含んでいる。あるセッションで世界銀行のAdam Wagstaffが強調していたように、また最終全体セッションでもLondon School of Hygiene and Tropical MedicineのAnne Millsが繰り返していたように、UCはあくまで手段であり、到達目標そのものではない。またある年ある月を以て、UCを達成したらそれで終わり、というような性質のものでもない。究極の目標は国民の健康をあまねく向上させるために、所得などによらず必要な医療保健サービスを、家計の破たんなく届けることにある。そのための手段のひとつがUCであるに過ぎない。そして社会・経済などの外的環境や、社会のニーズ変化に伴い、上記目的を達成するために必要とされるサービスの内容も、それを支える財政的仕組みも、常に動的に変化しつづけてはならないのである。

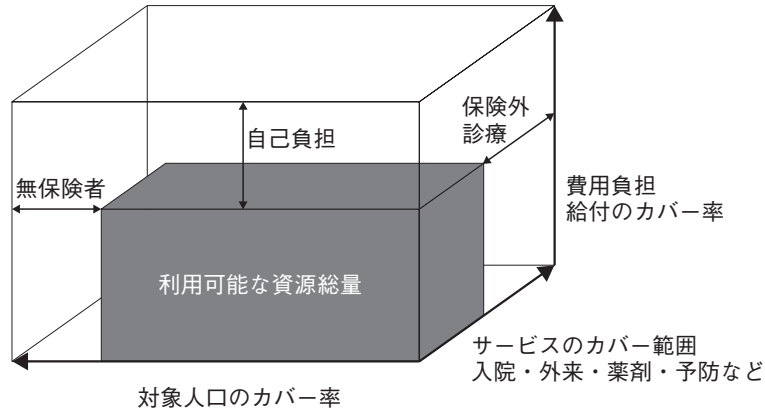
そうした動的な性質をもつUCの状況を可視化・評価するために、WHO Report 2010では、3次元ボックスモデルが提示されている（図1）。coverageの幅（対象人口）、奥行き（カバーするサービスの範囲）と高さ（費用負担のカバー範囲）の3つの側面からUCを評価・設計することを提案している。3つの軸をすべて100%カバー

することは現実的に不可能であるし、理想形であるとも限らない。各国の政治・社会・経済・文化的事情と、予算制約により、どの軸をどれほどカバーするのか、どの優先順位でカバーするのかは、各国の判断に委ねられることとなる。こうした共通の評価軸を用意することで、政策の決定過程や評価内容の透明性を高め、開かれた形で議論が進められるように仕向けるのが本モデルの狙いである（PS31;Tan-Torres Edejer）³。また各国の教訓を学習・蓄積していくうえで、こうした標準モデルがあることはコミュニケーションを促進するツールともなる。ただし、後述するように、このモデルではカバー率だけが注目されやすいが、実際にはカバーされる給付内容の質、アクセスや負担のバランス、衡平性の問題など、UCの評価はより複雑なものである。

日本を例にとってみよう。まず1927年に健康保険法が施行されformal sectorの就労者が優先的にカバーの対象とされた。またその内容は外来・入院・薬剤など比較的広いサービス範囲をカバーし、当時から被用者本人の費用負担はなく全給付であった。当時の政府が富国強兵政策などに鑑みてformal sector workersに政策的な優先順位を付けたことは、健康保険法導入の牽引役が農商務省工務局であったことから容易に推測される（新村、p43）。これに対して、informal sectorは1938年に内務省から分離したばかりの厚生省がにわか作りで地域保険（しかも組合による任意設立・加入）を提案したものであった。その給付内容は保険者間で格差があり、1942年戦時体制下で強制化されたのちも、実質のカバーは伸びなかった（新村、p45）。戦後の混乱でほとんどの国民健康保険がいったん機能停止したが、経済成長を支える基盤として、また社会治安維持（当時の社会主義運動に対する）の基盤として公的保険に対するニーズが高まりを見せた。50年代に入って経済成長

図 1

WHO's 3-D Box model towards universal coverage



World Health Report 2010より

により税収から補填を行う余裕が出たことも相まって、1958年の国民健康保険法改正により強制設立・強制加入が定められ、1961年に最後の市町村が保険給付を開始した（島崎2011、pp51-63）。周知のように当初国民健康保険の被保険者ならびに家族の給付率は50%であったが、給付サービスの内容については健康保険加入者との間に差別はなかった。

これを3次元モデルに沿って記述するならば、戦前の日本はカバーの幅（対象人口）を限定して、奥行き・高さもその範囲でのみ保障する制度であったのに対し、戦後は幅（対象）を最優先してカバー率を100%に高め、奥行きについても制度間で平等にした一方、高さ（給付率）のカバー率・均等化については後回しにするという選択がなされたことになる。皆保険化の後、段階的に国民健康保険加入者の給付率を引き上げ、最終的には2003年に被用者保険の給付率が7割に引き下げられた段階で初めて「平等」になった。

なぜこうした政治的判断がなされたのかは、ここでは触れる余地はないので先行研究にその役割は譲りたい（新村2011、島崎2011）。ただし、そうした政治的判断の結果は、アクセスできるサー

ビスやその配分に影響を与え、ひいては国民全体の健康水準・分布に影響するものであったはずである。PMACの全体セッションのひとつで、Harvard School of Public HealthのPeter Bermanは、UCに向かう道筋はひとつではなく、主に2つのトレードオフを考えなくてはならないとまとめていた（PL 3; Peter Berman）。1つはUCの2つの目的とされる国民の健康水準の向上と、家計に対する経済的負担によるリスクの軽減のどちらを優先するか、いま1つは全国民を均等に対象にするのか、それとも特定の集団を優先・優遇するのか、である。

まず健康か負担によるリスクか、のトレードオフから考察したい。健康水準の向上を優先させるなら、プライマリケアや予防サービスのように、比較的低費用で負担による家計の破たんリスクが低いのが、利用頻度の高いものを優先的にカバーし、入院・高度医療など比較的高費用で家計へのリスクは高いが利用頻度が限られているものを後回しにするほうが、全体として国民の健康水準を向上させる効果は高いと見込まれる。一方、家計の負担リスクの軽減を優先するなら、その逆が望ましい。70年代までの医療技術水準が外来診療に

よる低リスク・高頻度サービスが主たるものであったこと、わが国の医療供給体制の特徴としてプライマリケアレベルのサービスを提供する民間の小型医療施設が多数を占めていることなどが相まって、高血圧治療などの外来サービスが一気に普及し、それが脳卒中死亡の劇的低下などを通じて健康水準の引き上げに貢献したと考えられる (Ikeda, et al. 2011)。それに対して家計の負担リスクの軽減は、1973年に国民健康保険の給付率改正と高額療養費制度の導入、さらには老人医療費の無料化など、経済成長が一定程度達成された後に進められてきた。

医療技術が高度化した今日において、UCを新たに導入する国においては、この優先順位を熟慮する必要が出ている。中国の都市部をカバーする公的保険では、出来高払いのもとで高額医療サービスの提供が急速に広がったため、却って家計の負担が悪化した。明確な健康水準向上への貢献は確認されていないとWagstaffは指摘していた (PS31; Adam Wagstaff)。

全国民均等か特定集団を優先するかも重要な政策判断となる。戦前の日本は国力増強のイデオロギーのもとformal sectorにほぼ特化し、中小事業所についても政府が保険者を直接引き受けて保険給付を広げた。戦後になってより積極的にinformal sectorを取りこんだものの、当初給付率に差があったことから、所得が相対的に低いinformal sectorにおいてはアクセス衡平性の確保や支払い負担軽減は当初充分ではなかったであろう。家計負担の軽減・衡平化を図るのであれば、低所得層など特定の集団を優先した給付条件を設定することのほうが理にかなっている。しかし、そうした政策は日本の場合「社会福祉」の範囲で主に実施された。⁴

所得や職域によらず、全国民を均等に当初から扱えばいいかという、そうとも限らない。

Bermanはガーナの例を挙げ、当初から全国民を対象とした給付を開始したが、実際には中・高所得層の加入ばかりが進み、低所得層とのアクセス格差が拡大する一方、中高所得層のサービス需要の急速な伸びによって、財政的に逼迫する事態に至ったことを指摘していた。日本においても介護保険の導入が同様の結果を招いている。すなわち、全国民一律で導入が開始された結果、それまでの福祉措置の対象外であった中・高所得層で、保険給付のおかげでフォーマルな介護サービスの実質価格が引き下げられたことから、爆発的な需要増加を招いた。そして介護者の負担軽減は主に中・高所得層において観察されるに留まっている (Tamiya, et al. 2011)。

これらのトレードオフは、日本においても今日、改めて問い直す時期に来ている。医療技術が高度・成熟化した今日、医療サービスが平均寿命などの健康指標に与える増分効果は次第に限られたものになりつつある。その一方、依然として喫煙・高血圧は日本人の死亡率に大きな影響を与えている (Ikeda, et al. ibid)。そして疾病リスクの高い高齢層では、世帯の社会経済的格差が大きく、一概に高齢者医療とひとくくりにはできない状態となっている。若年層においても、ワーキングプア・非正規雇用者などを中心とした保険料未払いによる無保険者問題が次第に深刻化しつつある (Ikegami, et al., 2011)。さらに高度化した医療、たとえば一部のがん治療に近年導入された低分子標的薬の登場などにより、家計の負担リスクの増大と高額療養費の急速な伸びが問題になっている。

限られた財政のもとでトレードオフを図らなければならないのであれば、家計の負担リスクを軽減することに優先を置いて低頻度・高リスクサービスのカバーを確実にし、その一方で高頻度・低リスクのサービスのカバーをある程度後退させることを考えてよいのではないだろうか？たとえば

状態の安定している高血圧の医師再診については受診回数の制限を付けたり、一部薬剤など免責制を付け、むしろ運動・食事・禁煙などの予防サービスをnurse practitionerや非医師の健康教育指導スタッフを通じてより安価に提供できるようにすることなど、実験的に導入し、その効果を確かめてみてはどうか。また給付率についても均等ではなく、また年齢によるのではなく、支払い能力に応じた実効給付率を設けることはできないか？所得により給付率に格差をつける、税控除を設ける、もしくは間接税と社会保険料（所得比例）でほとんどまかない、モラルハザード抑制のために低額の免責制だけ設けてそれ以外の自己負担をつけない、という作戦もありうる。つまり3次元モデルでいえば、幅はそのまま（対象人口）として、奥行き（サービスカバー）を一部後退させ、高さ（給付率）については低所得層を優先した格差をつける、ということである。

3. UCのパフォーマンス評価

すでに、前節の議論でも明らかのようにそれぞれの軸のカバー率だけでなく、所得や職域などによる分布・衡平性の問題、さらには質の問題などが3次元モデルだけでは見えにくい。世界銀行のAdam Wagstaffは、3次元モデルの弱点としてこの点を挙げていた（PS31; Adam Wagstaff）。そのうえで、カバー率だけでなく、負担やアクセスの衡平性や制度導入による家計へのインパクトの評価などについて、多面的な制度評価を行う必要があることを主張していた。^{5,6}

同様の指摘はHealth Systems Performance Measurementなどの著書で知られるImperial CollegeのPeter Smithも指摘していた（PS41; Peter C. Smith）。すなわち単純なカバー率だけでは所得階層などにより異なる、アクセス可能なサービ

スの種類やその程度、さらには家計への経済的インパクトの違いが表現されない。そこで費用対効果などに応じて「標準パッケージ」となるサービスを定め、アクセスの分布や、自己負担による家計負担や破たんの頻度などを指標化する必要がある、と主張していた。

世界銀行の分析フレームに準拠し、2007年の国民生活基礎調査個票、2004年の全国消費実態調査個票を用いて、筆者らも分析をすでに試みている（Ikegami, et al. 2011 Web Appendix）。それによれば、所得による医療サービスアクセスの水平的衡平性は、国際的に見ても極めて高度なものが達成されている。特に65歳以上の高齢者では集中度指数がほぼ0になっていた。それに対して65歳以下ではわずかであるが、高所得層よりの不均等が見られている。ただしその程度は先行研究で示されている欧米諸国の90年代の状況に比較すれば、はるかに衡平な状態であった。ただし、国民生活基礎調査のデータ制約のため、入院や専門的外来など、サービスの種類・質について分けた検討ができていないので、果たして、高度医療や質のよい医療に対するアクセスの水平的衡平性が保たれているのかどうかは、定かではない。

負担衡平性についても、世帯の支払い能力に応じた衡平性が高度に達成されていた。内訳をみると、社会保険料・間接税・自己負担を通じた負担貢献は世帯の支払い能力に対して逆進的な分布をしているが、直接税を通じた負担（所得・住民税などで一般財源として集められた税からの医療費への補填）が強い累進性を有しており、それらを併せると、相殺される結果となっていた。保険者間での格差や地域・職域間での差によって、低所得層では対所得あたりの実質保険料率は高いが、税から国民健康保険や老人医療制度へ補填されることによって、不均等が相殺されている。ただし、これもまたデータ制約のため、公費による負

担が、実際に低所得層の医療サービス受療に有効に配分されているのか (benefit incidence analysis) は、把握できていない。

90年代以降、税からの補填が税収の低下によって国家財政を圧迫するようになったことが医療費を巡る財政問題を再燃させ、近年これに代わって消費税を目的税化し導入することが議論されている。上述したように、直接税からの補填が社会保険料や自己負担・間接税による逆進性を打ち消す効果があったことを踏まえれば、消費税導入にあたり、低所得層への補償を適正に行わないと、一部の層に負担がしわ寄せされる可能性が出てくることは明白である。また地域保険と職域保険の統合により、資産・所得ベースでの保険料率の統一化を図るなどして、社会保険料による負担の衡平性を担保することも同時に考慮されなくてはならないだろう。ただし、その分直接税からの補填を軽減しないと、高所得層にさらなる累進的負担を求めることになるので、高所得層の不満を招くことになりかねない。これまでわが国の医療保険制度は保険の赤字を税で補うというアドホックな対応を繰り返してきたが、結果論として負担衡平性が達成されてきた。改革にあたっては、直接税・間接税・保険料・自己負担の機能を明確に評価したうえで、改革後の再均衡をどうするのか、見通しを持つ必要がある。ただの財政論に終始すれば、衡平性という価値を失う可能性がある。

4. UCを支える制度的仕組みを巡る論点

PMACでは、UCに向けて進むことについてはほぼ全員が一致するところであったが、それを支える財政的な仕組みをどうするのかについては、議論紛々であった。そのひとつが社会保険方式と税方式のいずれを用いるのか、をめぐる議論である。社会保険方式を通じてUC導入を図ろうとす

る多くの国では、国民の多くを占めるinformal sector workersとその家族の所得が低いことに加え、その所得捕捉が困難であるがために、UCへの取り込みが遅れることは共通の悩みであった。ベトナム・インドネシア・フィリピン・ガーナなどの新興国でも、いったん社会保険方式を導入したものの、カバー率が伸び悩んでいる。それらの国ではしばしばinformal sectorをカバーする方式として間接税を用いている。近年経済開発協力機構加盟の先進国においても、経済の停滞や高齢化などの影響でformal sectorの割合が相対的に低下し、社会保険方式で純粋に医療サービスをfinanceすることは困難になっている。また社会保険方式の欠点である、職域などにより給付格差や費用負担格差が見られることも、衡平化の観点から一般財源や目的税との組み合わせによる新たな財政の仕組みを模索する動機となっている。

世界銀行のJack Langenbrunnerは、古典的なビスマルク方式とビバレッジ方式を、加入条件・資金・保険者・管理責任・供給者・サービス購入などの観点から対比させたとうえで、純粋なビスマルク方式もビバレッジ方式もいまや存在せず、労働市場や人口の構造変化に併せて、税・保険方式を組み合わせることがほほどの国でも行われていることであるとまとめていた(PS33; Jack Langenbrunner)。

ユニークな事例としてルワンダの方式がある(PS24; Andrew Makata)。2006年から、高度医療については国レベルで高度病院を配置し、それを支えるための財源として海外支援+税を利用、その一方で一番末端のコミュニティレベルではプライマリケアを中心とする医療体制を分散管理させ、世帯からの所得応分の負担によりそれをファイナンスしている。その中間に地域レベルの保険者を置き、国レベルからの移転と、コミュニティレベルのリスクプーリングから得られた保険料を用いて、地域病院での診療をカバーするという方

式を採用している。つまり医療資源の配分と financing をサービスの頻度・財政リスクに応じて、3段階でマッチングさせるという方式を採用していた。

他のセッションでは private sector が UC に果たす役割について議論するセッションもあった。極端な例として南アフリカのケースがある (PS26; Jane Doherty)。医療供給体制は民間依存で世界的にも高度な医療を提供している (世界初の心臓移植は南アフリカで行われたことを思い出してほしい)。現在、医療費の約43%が民間保険依存であるが、人口の16%しか民間保険を持っていない。アパルトヘイトを克服した80年代には事業所ベースの強制社会保険が導入され、給与比例の保険料収入で標準給付内容を提供していた。また民間のサービス提供者には国レベルでの公定価格交渉に基づいて支払いがなされていた。90年代に規制緩和が行われ、様々な種類の給付内容の保険が許されるようになったが、その半面、加入者選択・疾病リスクによる保険料差別化・リスクプールの細分化、管理経費の増大などを招いた。支払いの自由化とともに、民間病院の急速な増床・病院間の垂直統合による寡占化・供給者による過剰処方などが起こり、それが翻って保険料の引き上げにつながり、次第に民間保険を購入できる層に限られるようになったとのことである。そこから得られた教訓として Doherty は、以下の3点を挙げている。

- ・民間保険の導入はリスクプールの形成を阻害し、利用量増大につながり、ひいては保険料引き上げのために保険が購入できる層を限ることになる。ただし、富裕層の医療利用を伸ばすには適している。
- ・価格や支払方式・供給体制について公的セクターが交渉しコントロールすることができれば、民間供給者による医療サービスの公的提供は有

効な手段である。その際、費用とサービスの質について民間供給者は透明性の高い運営をすることが求められる。ただし、民間供給者に対して規制をかけるためには、公的セクターが十分な規制力・交渉力・そして監視能力を有していることが必要である。

ふたたび Langenbrunner のプレゼンに戻ると、UC が成功するためには表に掲げた要素が重要であるとまとめていた (以下 表)。

表 Universal Coverage への成功要因

1) 制度・社会的要因
・強く安定した経済成長
・長期に渡る政治的安定
・高い国民の教育レベル
2) 政策的要因
・均衡と社会連帯に対する価値観
・強制的加入
・リスクプールの統合化
・医療サービスに対する財源投入
・中央管理によるシステム
・プライマリケアの重視
3) 実施上の要因
・給付・供給体制・支払制度をリンクさせた継続的改革
・データによる根拠に基づく政策決定
・利害関係者の支持
・効率的サービス利用を促す自己負担の利用
・柔軟な中間政策的な微修正

註：(Langenbrunner のプレゼンテーションより引用、Gottret Schieber, and Waters, Good Practices in Health Financing, World Bank, 2008 からの引用に基づく)

5. UC を巡る動向と日本の役割

前節で挙げられた各国の教訓を踏まえると、日本が50年に渡り皆保険制度を維持し、比較的低費用で国民の健康水準を高めることに成功したのは、社会的・経済的環境要因や、ときどきに下された政治的判断の歴史的結果として必然性があったということ、すなわち、日本では UC に向けたサクセス要因の多くが満たされていたことに気づく。一方で、日本が現在直面している問題につい

ても、各国と共通した構造を持つ部分がある一方、日本の固有事情によるもの、特に過去の政治的判断の歴史的結果として発生している部分があることにも気づく。すなわち、いまわれわれが直面しているものは、過去の判断によって選択した制度・仕組みの恩恵と、その副作用なのである。

副作用が次第に前面に出始めた原因は経済の停滞、人口構造の変化などの内外要因の変化によるところが大きい。特に人口の高齢化、インフォーマルセクターの増大によって、これまでのフォーマルセクターを中心とした経済成長重視・福利厚生サービスとしての医療保険という価値観が、社会全体としての厚生を高めることと相いれなくなり始めている。負担と便益のバランスを取り、公平性と維持可能性を重視する価値観を図ったうえで政策的判断が必要になっている。医者的な言い方をさせていただくなら、体質が変化して副作用が強くなるようになったので、体質に併せて処方内容を変えることが必要になった、ということである。

そのための「処方」として、保険者の統合・保険料率の統一化・間接税の導入などは避けられないし、プライマリケア・予防サービスに重点を置くとともに、高度医療については資源の集約化を図って生産性と効率性を高めることは、おそらく絶対必要であろう。考えられる「処方」にはあまり選択の余地はなさそうである。むしろ問題は、体質の変化を社会が自覚し、上記処方の必要性を認識し、処方変更を受け入れるか、である。

現在の日本社会が直面する問題と、医療制度の成果と副作用を明らかに診断し、その診断結果を伝え治療の選択肢を示すことが、社会が正しい判断をするために必要な作業である。政策のパフォーマンス評価について科学的根拠を積み上げることが、政策の見直しの可能性をリスクヘッジするとともに、世界各国が共有化できる知的財産を築

くこととなる。そのうえで、われわれは今回のPMACや先の医療経済学会での台湾・タイに大いに学ぶところがある。政府と学術経験者が一体となり、データを積み上げ、UC導入後に何がどこまで達成できているのか、なにが足りないのか、次に打つべき政策はなにかについて、貴重な知見を世界に向けて発信し、そのプレゼンスを高めていた。

これらの国がまだ直面していないのが、経済発展の後に発生する高齢化・経済停滞・インフォーマルセクターの再増大という課題である。現在UCを導入したばかり、もしくはこれからする国々の多くは、日本よりも早いスピードで、しかも十分な経済成長を果たす以前に、これらの問題に直面することが予想されている(PS45; Ajay Mahal)。まさにこの点においてこそ、日本が世界に貢献できる点が隠されている。政策的価値観の転換を明確に示し、科学的評価を伴いながら慎重な政策転換を図り、修正をタイムリーに繰り返しながら、公平と維持可能性を高めていくことが可能であることを示すことは、世界に希望を与える偉大な事業となる。その事業を果たすことは、日本の国民の健康と厚生を未来につなげるために必要な作業と不可分なのである。

注

- 1) 筆者は独立行政法人国際協力機構(JICA)の専門委員としてPrince Mahidol Award Conference 2012に参加・発表する機会を頂いた。ここに記して謝辞申し上げる。なお本稿での報告内容の真偽ならびに見解は、すべて筆者個人の責任に帰するもので、その所属機関ならびにJICAのそれを代表するものではないことを御断りする。
- 2) Prince Mahidolはタイの近代医学・公衆衛生学の父として尊敬を集めている。Prince Mahidol Awardは1992年に王子の生誕100年を記念して設立された基金によって、医学・公衆衛生学の領域で国際的な貢献をした研究者・実践者に毎年贈られ

る賞である。2011年から同賞の授与式と併せて、医療・保健政策の国際的に重要なトピックを取り扱う国際会議が併設されるようになった（2011年は保健・医療人材の養成・確保がテーマ）。2012年の会議は世界保健機関・世界銀行と国際協力機構（JICA）が共催した。なお2013年は新興感染症や環境影響などをテーマに公募制で会議が開催されることとなっている。

- 3) PMACでの各演者の発表資料が以下のURLで入手できるので、参考にされたい。なおPSはParallel Session, PLはPlenary Sessionで、番号はセッション番号、それに続くのが演者名である。

http://www.pmaconference.mahidol.ac.th/index.php?option=com_content&view=article&id=5191Itemid=135

- 4) Esping-Andersen (1990) が福祉レジームを conservative, liberal, and social democratic の3種類に分けたのに対して、Holiday (2000) は、日本を始め韓国・台湾などの東アジア諸国は、そのいずれにも当てはまらないとし、そのイデオロギー的特徴を productivist welfare capitalism と呼んでいる。人権や human security などを福祉政策のドライバーとするのではなく、あくまで経済成長を目標とし、それを支える下部政策として社会保障政策を位置づけており、対GDP比での福祉・医療・教育などへの投資が比較的強く抑えられている。また、エリート官僚の主導により、政治的危機を機会とした比較的急速な制度展開をその特徴とする。戦前の政策では軍国主義がフォーマルセクターを優先する国策を裏付けるイデオロギーであったが、戦後の政策においても、フォーマルセクターとインフォーマルセクターの統合化・衡平化が中心課題とならなかったのは、所得捕捉の問題だけでなく、既得の権限を持ったフォーマルセクターを守り、製造業を中心とした経済成長の基盤を揺るがさないようにするイデオロギーが強く作用していたと考えられる。
- 5) Wagstaff や van Doorslaere, O' Donnell らの一連の EQUITY project による欧州各国の制度比較や、アジア諸国の医療保険制度のパフォーマンス評価では、アクセス衡平性、負担の累進・逆進性評価、公的医療扶助の配分効率性、自己負担による家計負担ならびに破たんの発生状況などをアセスメン

トする手法が用いられている。すでに World Bank から評価手法のマニュアルが出版されている (Analyzing Health Equity Using Household Survey Data, WB, 2009)。同書には STATA のコマンドまで付いていて、各国で共通の手法による制度比較を進めるうえで実用的である。今回の PMAC では、さらにこれをユーザーフレンドリーにした新しいソフト ADePT (Automated DEC Poverty Table) のチュートリアルがサイドミーティングのひとつとして開催されていた。

- 6) 世界銀行の研究グループが提案しているフレームを利用し、環太平洋諸国17カ国の世帯調査個票データを用いて、医療制度のパフォーマンスを比較分析する動きも見られている (EquiTap; <http://www.equitap.org/>)。日本では大日らが一時期データ提供していたが (O' Donnell, et al., 2008)、その後途絶えていたので、筆者が厚生科研などを利用してデータ提供を再開してみた。しかし、現在の日本の公的統計の内容が薄く、比較分析の要求水準に満たないため、負担の累進・逆進性評価など一部の分析を除いて、データを受け付けてもらうことができなかった。国民生活基礎調査の調査項目を見直す必要があることを別途指摘しているので参照されたい (橋本, 2010)。

引用文献

- 1) Gottret, Schieber, and Waters, *Good Practices in Health Financing*, World Bank, 2008
- 2) 橋本英樹 国民生活基礎調査の調査実施方法ならびに調査項目についての検討 (分担研究報告9) 平成21年度 厚生統計研究委託 研究報告書 国民生活基礎調査の新体系の構築に関する調査研究 (研究代表者 橋本英樹)、2010
- 3) Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *Lancet* 2011; published online Sep 1. DOI:10.1016/S0140-6736 (11) 60987-2.
- 4) Holliday I. Productivist welfare capitalism; Social policy in East Asia. *Political Studies* 2000, 48; 706-723.
- 5) Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet*

- 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736 (11) 61055-6.
- 6) Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736 (11) 60828-3.
- 7) 新村 拓 国民皆保険の時代 一九六〇、七〇年代の生活と医療 法政大学出版局 2011
- 8) O' Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, et al. Who pays for health care in Asia? *J Health Econ* 2008; 27: 460-75.
- 9) O' Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data; A Guide to Techniques and Their Implementation. Washington D.C., The World Bank, 2008.
- 10) Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010) .
- 11) 島崎謙治 日本の医療 制度と政策 東京大学出版会 2011
- 12) Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan' s long-term care insurance policy *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736 (11) 61176-8.
- 13) Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Performance Measurement for Health System Improvement; Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge, 2009.

著者連絡先

橋本 英樹

hidehashimoto-circ@umin.ac.jp