

目次

序文	9
謝辞	11
概要.....	13
池上直己、前田明子	
第1章 日本の医療制度の政治的・歴史的背景.....	31
ジョン・C・キャンベル、池上直己、津川友介	
第2章 日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを.....	47
維持するためのマクロ経済的な状況と課題	
小塩隆士、見明奈央子、池上直己	
第3章 日本の社会保険制度間の財政不均衡.....	63
高久玲音、別所俊一郎、西村周三、池上直己	
第4章 日本の介護保険制度：中所得国への教訓.....	79
ジョン・C・キャンベル	
第5章 日本の診療報酬改定による医療費の抑制.....	93
池上直己	
第6章 日本の診療報酬の政治経済学.....	141
ジョン・C・キャンベル、高木安雄	
第7章 日本の医師の配置を規定する要因.....	163
池上直己	

第8章	准看護師：日本における看護労働力拡大のひとつの 選択肢.....	179
	池上直己、ジェームス・ブチャン	
第9章	日本における国立病院改革：成果と課題	199
	田川洋平、津川友介、池上直己	
第10章	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	215
	津川友介、池上直己、見明奈央子、マイケル・ライシュ	

参考資料

著者略歴

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する日本・世界銀行共同
研究プログラム 本書以外の成果報告書一覧

表

表1	日本のデータ概要.....	13
表2	保健医療人材の現状.....	20
表2.1	医療費増加の要因(2002~12年).....	57
表3.1	国民健康保険の保険者間の保険料率の差(調整前および調整後).....	72
表3.2	国民健康保険制度間の非高齢者および高齢者世帯の保険料率の範囲 (2010年).....	73
表8.1	多様な看護従事者のカテゴリー:国際的な概観.....	193
表9.1	独法化による主要な改革.....	204
表9.2	「再生プラン」で設定された目標段階.....	207
表9.3	改革の効果.....	208
表10.1	地域保健法施行前後の保健所と市町村保健センターの機能.....	225

図

図1	社会保険制度間の補助金と内部補助.....	17
コラム1.1図	日本の医療保険制度.....	34
図2.1	実質GDP成長率.....	48
図2.2	1人当たり雇用者報酬2010年物価基準.....	49
図2.3	社会保険料収入および税収の名目GDPに対する比率.....	49
図2.4	一般会計における歳出・税収の状況.....	50
図2.5	政府債務残高の名目GDPに対する比率.....	50
図2.6	所得格差および所得再分配の寄与要因.....	51
図2.7	年齢階級別のジニ係数(1984年および2011年).....	52
図2.8	1967年および2011年の所得階層別の医療の現物給付、現金給付、 社会保障負担.....	53
図2.9	医療費の財源の変化(1954~2011年).....	54
図2.10	年齢階級別の1人当たり医療費(2001年および2010年).....	55
図2.11	65歳以上の人口の割合(1950~2010年).....	56
図2.12	年齢階級別の医療費(1977~2011年).....	57
図2.13	年齢階級別の医療保険料および給付(2011年).....	58
図3.1	社会保険制度間の資金の流れ(2011年).....	66
図3.2	国民健康保険と組合管掌健康保険加入者の年齢分布 (1970年および2010年).....	67

図3.3	国民健康保険加入者の職業分布	67
図3.4	一般会計歳出に占める社会保険関係補助金の割合	68
図3.5	国民健康保険の収入構成の推移.....	69
図3.6	国民健康保険の加入者の課税所得額、保険料率および給付費	70
図3.7	各自治体の医療費指数と保険料率、および平均所得と保険料率 (2010年) ...	74
図3.8	組合健保における被雇用者1人当たりの保険料および保険料率の推移.....	75
図3.9	被雇用者1人当たりの平均保険料および保険料率と、法定給付費、付加給付費、平均賃金との相関関係の推移.....	76
図4.1	介護保険への政府支出.....	83
図4.2	75歳以上の国民1人当たりの介護に係る支出	83
図5.1	国民医療費と薬剤費 (1990～2011年)	96
図5.2	診療報酬改定率と医療費の推移 (1990～2012年)	97
コラム5.1図	MRI：撮影回数と医療費 (1994～2010年)	101
図5.3	薬価引き下げの効果 (2001～2012年)	105
図5.4	2002年以降および2001年以前に上市された先発薬、および2002年から2012年に上市された後発薬の数量と売上高の推移	106
図5.5	白金抗がん剤の先発薬と後発薬の数量および売上高構成の日米比較 (2002～2012年)	107
参考図表5.1	収載年度別の売上高ならびに新薬比率の推移	117
参考図表5.2	薬価引き下げがなかった場合の収載年度別の売上高ならびに新薬比率の推移	118
参考図表5.3	抗がん剤ならびに抗生剤の売上数量、売上高等 (2001～2012年)	119
参考図表5.4	薬効 (ATC) 別 で見た売上高の増減が大きかった薬剤	122
参考図表5.5	降圧剤の売上数量、売上高等 (2001～2012年)	124
参考図表5.6	免疫抑制剤の売上数量、売上高等 (2001～2012年)	126
参考図表5.7	糖尿病治療剤の売上数量、売上高等 (2001～2012年)	128
参考図表5.8	その他の中枢神経系用剤 (抗アルツハイマー薬含む) の売上数量、売上高等 (2001～2012年)	130
参考図表5.9	心臓用治療剤の売上数量、売上高等 (2001～2012年)	132
参考図表5.10	カルシウム拮抗剤の売上数量、売上高等 (2001～2012年)	134
参考図表5.11	免疫賦活剤の売上数量、売上高等 (2001～2012年)	136
参考図表5.12	診断用造影剤の売上数量、売上高等 (2001～2012年)	138
図6.1	国民医療費、診療報酬全体改定率、診療報酬医科改定率、薬価改定率の年間増加率.....	148

図7.1	国公立以外の病院の医師の収入（一般的な労働者の平均との比較、1990年の消費者物価指数および年齢構成で標準化）	171
図8.1	准看護師養成機関と看護師養成機関の数（1950–2011年）	184
図8.2	看護師の数と准看護師の総人数（1952–2010年）	185
図8.3	准看護師と看護師の年齢構成（2010年）	186
図8.4	国公立病院以外の病院の看護師の収入（消費者物価指数および1990年度の年齢構成で補正済み）1990–2010年度	189
図8.5	勤労者全体の平均と比較した国公立病院以外の病院の看護師・准看護師の収入（消費者物価指数および1990年度の年齢構成で補正済み）1990–2010年度	190
図9.1	2004年の改革前後の国立病院への資金の流れ	202
図9.2	独法化前後の意思決定過程	206
図9.3	収支の傾向	211
図10.1	死亡原因の推移	222
図10.2	全国的な塩分摂取の経時的变化	223
図10.3	日本の保健所の役割の変遷	224

コラム

コラム1.1	日本の政治体制の主な特徴	32
コラム1.2	国民健康保険—地域保険	34
コラム5.1	新しい処置について価格を低く設定し、さらに引き下げる—MRIのケース	100
コラム6.1	2004年と2006年の上昇と下落	152
コラム10.1	保健師の役割	219
コラム10.2	医療政策の策定に必要な統計データを収集する組織・制度面での能力	221

序文

『世界保健報告書 2010 年度版——保健医療システムの財政：ユニバーサル・カバレッジへの道』が刊行されて以来、低中所得国では、他国がどのようにユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成し維持しようとしているか、その経験に関する体系的な評価への関心が高まっている。さらには、UHC 政策やその制度設計に必要な技術的助言や財政的な支援を求める声も多く上がっている。

2011 年、日本は国民皆保険達成から 50 周年を迎えた。それを契機に、日本政府と世界銀行グループは、低中所得国で高まる要望に応えるため、日本を含む複数の国を対象とした国際研究を実施し、UHC 戦略の導入から実施に至る諸段階にある国々が有する多様で示唆に富む経験を共有することを着想した。これを受け、UHC に関する日本・世界銀行共同研究プログラム（以下、プログラム）が発足し、日本政府と世界銀行の共同研究チームが編成された。同プログラムは、各国が UHC を政策目標とする際の決定・実施プロセスに関する知識ギャップを埋めることを目的とする、2 年間の多国間国際研究である。

本書は、日本の UHC に関わる経験を 10 のテーマで分析した研究成果をまとめたものである。その際、各研究では、共通の分析枠組みが取られ、特に UHC 改革の政治経済面、保健財政と保健人材に見られる課題に取り組む政策や戦略に焦点が当てられた。日本が第二次世界大戦後、経済復興を果たした背景には、同国の国民皆保険に対するコミットメントが影響しており、それが健康な中産階級を育み、経済成長の果実を公平に配分することで、社会の安定化にも寄与した。

我々は、まず本国際研究の資金を提供していただいた日本政府に感謝の意を示したい。また、研究に参加し、データと経験を快く共有していただいた他の 10 カ国の政府——バングラデシュ、ブラジル、エチオピア、フランス、ガーナ、インドネシア、ペルー、タイ、トルコ、ベトナムにも謝意を表した

い。11 カ国研究から得られた最初の成果は、2013年12月5日から6日に東京で開催された「包括的で持続可能な成長のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」をテーマとした国際会議「保健政策閣僚級会合」で発表された。同会議において、麻生太郎副総理とジム・ヨン・キム世界銀行グループ総裁は共に、包括的かつ持続可能な発展を目指す各国の基本目標のひとつとしてUHCの重要性を主張した。プログラム全体の研究成果は、前田明子他による *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies* (邦訳『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：11カ国研究の総括』) に要約されている。

UHCの目標は、全ての人々が質の高い医療サービスを受けられることを保証し、公衆衛生上の危険から全ての人々を保護し、本人や家族が病気になった際の医療費の自己負担額や所得喪失による貧困化から全ての人々を守ることである。UHCへの道筋は国ごとに異なるが、本書で扱っている、日本が国民皆保険を達成し維持する中で得たさまざまな経験が、UHCを目指す各国にとって有用な教訓となるよう期待している。

参議院議員
プログラム調整委員会共同議長
武見敬三

世界銀行グループ
保健・栄養・人口上級局長
プログラム調整委員会共同議長
ティモシー・グラント・エバンズ

謝辞

本書は池上直己 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授が主査を務める研究チームによってまとめられた。著者は以下の通り。

[プログラム共同主幹]

- | | |
|-------------|--|
| 池上 直己 | 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
[概要、第1章、第2章、第3章、第5章、
第7章、第8章、第9章、第10章] |
| 前田 明子 | 世界銀行グループ人間開発局リード・ヘルス・
スペシャリスト [概要] |
| マイケル・ライシュ | ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健政策
武見太郎教授 [第10章] |
| (以下、五十音順) | |
| 小塩 隆士 | 一橋大学経済研究所教授 [第2章] |
| ジョン・C・キャンベル | ミシガン大学政治学部名誉教授、東京大学高齢社会
総合研究機構訪問教授 [第1章、第4章、第6章] |
| 高木 安雄 | 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
[第6章] |
| 高久 玲音 | 医療経済研究機構主任研究員 [第3章] |
| 田川 洋平 | (株)川原経営総合センター・税理士法人川原経営
事業推進企画室コンサルタント [第9章] |
| 津川 友介 | ハーバード大学医療政策学、世界銀行グループ
コンサルタント [第1章、第9章、第10章] |
| 西村 周三 | 医療経済研究機構所長 [第3章] |
| ジェームス・ブチャン | クイーン・マーガレット大学保健大学院教授 [第8章] |
| 別所 俊一郎 | 慶應義塾大学経済学部准教授 [第3章] |
| 見明 奈央子 | 世界銀行グループ人間開発局業務調整官
[第2章、第10章] |

(2014年9月現在)

著者は、次の査読者から貴重なコメントを得た：ムケシュ・チョウラ、サマー・エル・サハティ、ジェラード・ラ・フォージャ、ジョン・ランゲンブルナー、クリストフ・ルミエール、フィリップ・オキーフ、小野智子、メリーゼ・ピエール・ルイ、アパルナー・ソマナサン、アジェイ・タンドン。

また、本研究活動の調整をサポートしてくれた（公財）日本国際交流センターの鈴木智子と吉岡加奈、そして英語版の校正を担当してくれたジョナサン・アスピンに感謝する。