

医療サービスへの公平なアクセス

—OECD 加盟国間の国際比較と残された分析課題—

山田 篤裕

■ 要約

経済協力開発機構(OECD)では、医療サービスのアクセスの公平性は、社会経済的地位にかかわらず、同じ健康状態にある人々が、同じ実際の医療サービス利用を享受している場合に達成されている、と定義され、分析されている。加盟国の経験に拠れば、アクセスの公平性は、保険制度の適用状況、患者の自己負担、所得・教育水準、地域格差により影響を受けるが、特に低所得者層をターゲットにした適切な政策介入手段により、その公平性を改善することは可能である。また新しい医療技術の普及に関しては加盟国間に3類型が見出されているが、普及速度とアクセスの公平性との関係はいまだ明らかでない。また、アクセスの公平性が、健康という結果にかんする公平性にたいし最終的にどのような影響を与えているかについての国際比較はいまだなされていない。日本においては、アクセスの公平性にかんする研究自体が端緒についたばかりであり、混合診療などアクセスの公平性をめぐる政策議論以前に、まず客観的研究蓄積が待たれる。

■ キーワード

医療サービス、アクセスの公平性、医療技術の普及速度

I はじめに

わが国における医療制度の特徴のひとつが、1961年に成立した国民皆保険制度を基盤とした、医療サービスへのフリー・アクセスである。

このフリー・アクセスに将来的に大きな影響を与えかねない、さまざまな改革案が現在、検討されている。例えば、規制改革・民間開放推進会議では、患者(被保険者)の主体的な選択の促進という名目の下、公的保険と保険外診療の併用(いわゆる混合診療)の推進が問題になっているところであり、すでに政府も、混合診療を一部解禁する方針¹⁾を固めている。

そもそも医療サービスにおけるアクセスとは、どのような意味なのか、そしてその公平性とは、どのように定義されるのであろうか。さらに、どのよう

な要因が、このアクセスの公平性に影響しているのだろうか。

経済協力開発機構(OECD)では、その最新報告書『質の良い効率的な医療システムに向けて(OECD(2004)、以下「報告書」とよぶ)』の第2章において、医療サービスのアクセス向上・維持について取り上げている。

すでに報告書の日本語版は近日刊行予定であるので、第2章の内容を満遍なく紹介するというより、本稿では報告書のバックグラウンドとなったいくつかの研究を適宜取り上げ、やや詳しいサーベイを行う(第II節)。さらに、それらの国際比較研究の多くで、日本は分析対象とされていないので、日本の関連文献を紹介することで補完する(第III節)。最後に医療のアクセスの公平性に関して、残されている分析課題について指摘する(第IV節)。

II アクセスを規定する要因

OECDでは、「アクセス」という言葉を「実際の医療サービスの利用」という意味で使用している。

報告書第2章では、アクセスを規定する要因として主に① 保険制度の適用状況、② 所得・教育水準、③ サービス提供者のマンパワー政策に注目している。また、アクセスといっても、その言葉が意味することは、(a) 医療サービスへのアクセス、という大括りの概念から、(b) 一般診療や、入院、専門医、歯科医などの個別サービスへのアクセス、そして(c) 新しい医療技術へのアクセス、というように、さまざまな種類・次元のアクセスを想定している。なお、本稿では紙幅の制約上、③については扱わず(ただし本特集号の他の論稿で扱われている)、①と②の(a)～(c)への影響について、バックグラウンドとなった研究のいくつかを紹介・検討する。

1. アクセスと保険適用

いうまでもなく、アクセスを決める大きな要因の一つが、公的医療制度の適用範囲であるが、むしろそればかりではない。

例えば、メキシコ、トルコなどの新興OECD諸国と、ドイツ、オランダ、アメリカの5カ国を除くと、ほとんどすべての加盟国で、公的制度が、基本的な医療サービスへのアクセスを保障している。ただし、公的制度に適用されていない人々の割合が高い5カ国においても、ドイツやオランダでは、私的医療保険が補完することで、(アメリカ、メキシコ、トルコとは相違し)皆保険の状態を実現している。

私的医療保険制度は、公的医療保険に対して、重複していたり、また、補完・補足する制度であったり、国によってその位置づけがまちまちである。この位置づけと、政府介入の度合いにより、私的医療保険制度がアクセスを悪化させているか、あるいは改善させているかの状況は各国で異なっている。

公的医療制度のサービス供給量が十分でない場合(例えば、手術などの患者待機リストが長いような場合には、私的医療保険に入っている人々へのサービス供給を優先するなどのインセンティブが供給側に生じて、重複している私的保険の存在は、そうした保険をもてない人々へのアクセスに悪影響を及ぼす。オーストラリア、アイルランド、スペイン、イギリスなどがその例として挙げられている。私的医療保険が補完・補足的な役割を果たしている場合には、アクセスは改善する可能性もある。例えば、アメリカのメディケア制度(患者自己負担が高く、処方薬などが償還されない)では、補足的な医療保険(メディケイドのような公的保険あるいは私的保険)が、アクセスを改善していることも報告されている。また、ドイツ、イギリス、スイスのようにアメニティー部分に関する任意の私的保険は、医療サービスの分布について小さな影響しか与えていないことも報告されている。

さらに、私的医療保険制度によって引き起こされる問題は、いくつかの政府の介入手段によって緩和することが可能であることも指摘されている。例えば、私的医療保険に加入している人々へのサービス供給が優先されるような場合には、利害関係のない第三者機関への待機リストの管理委託、公的保険加入者に対する医療提供者の義務の明示とその履行状況の監視、あるいは公的保険・私的保険加入にかかわらず単一の患者待機リストに基づく施療の割り当て、などの介入手段が考えられる。また次節でも述べるように、低所得層に対する適切な制度の適用も重要である。

2. 「客観的」方法によるアクセスの公平性の測定

報告書では、アクセスが「公平」であるとは、社会経済的地位にかかわらず、同じ健康状態(ニード)にある人々が、同じ実際の医療サービスの利用(頻度)を享受している状態と定義している。

Le Grand (1991)は、医療をめぐる公平性の議論の中で、等しいニード²⁾に対する等しい治療・扱い(treatment)という問題と、治療(treatment)に対する公平なアクセスの問題とが、しばしば混同されていることを指摘している。すなわち、前者は需要側と供給側の両方の影響を受けるのに対して、後者は純粋に供給側の影響しか受けない。すなわち、まったく同じ健康状態にある二人に、まったく同じ治療(treatment)を医療機関が申し出たとしても、両人がその治療を受けることを望むとは限らない。その場合、治療に対するアクセスの公平性は確保されているが、等しいニードに対する等しい治療という公平性は満たされていないことになる。したがって、Le Grand (1991)による分け方からすると、報告書で扱っている「アクセスの公平性」は、その定義から、等しいニードをもつ人々が、等しい治療・扱い(treatment)を実際に受けているのか、という前者の観点から議論されていることに留意したい。

さて、いうまでもなく、基本的な医療サービスが、公的・私的医療保険によってすべての人々に対して提供される制度体系になっているからといって、実際のサービス利用に関して公平性を達成しているとは限らない。

報告書において、この公平性についての記述の基となったのが、Van Doorslaer *et al.* (2004)³⁾である。この国際比較研究には、データ制約上⁴⁾、日本は含まれていないが、21カ国についてのアクセスの公平性およびその要因について分析している。ニードは、(a)自分の健康状態についての自己評価と、(b)日常生活の妨げとなる肉体的・精神的問題の有無、という二種類の質問項目から推定され、アクセスの公平性はこのニードを調整した上で検討された。

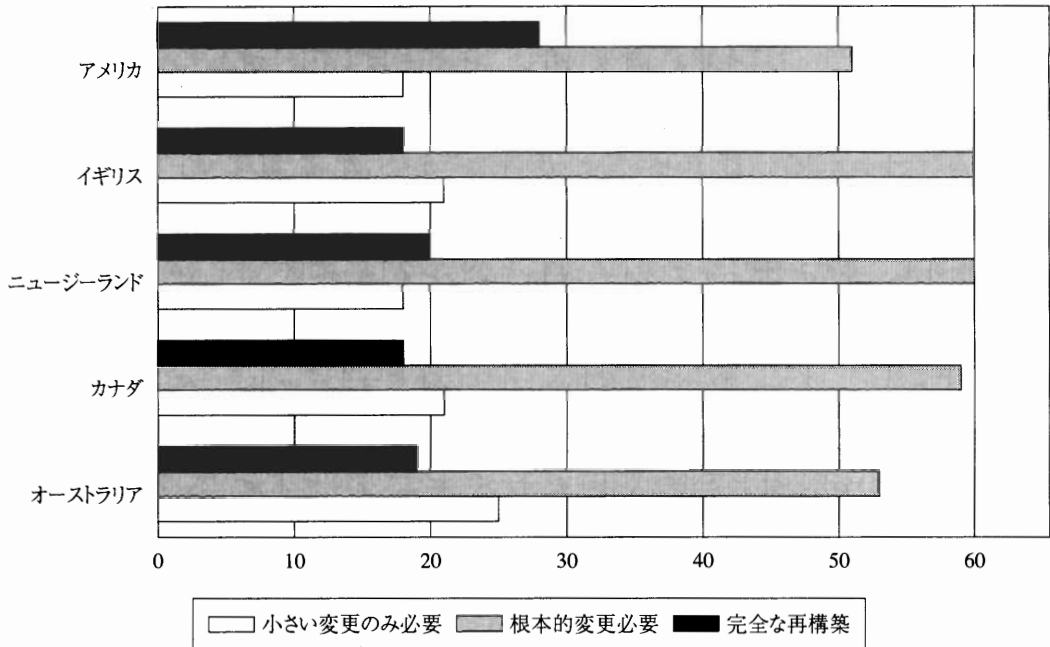
彼らの分析結果は以下の通りである。分析対象国となった国々において、①一般(初期)診療における診察件数(=アクセス)については所得に中立

的か低所得層に有利、②専門医診療については富裕層に有利(=ニード以上にアクセスが富裕層に偏っているという意味での不公平の存在)であり、さらに③入院治療については所得に中立的ではないが、されど各国に共通の明確なパターンはない、という傾向を見出している。④歯科医での診察件数⁵⁾については、分析対象となったすべての国々において、富裕層に有利な分布をしていたと報告している。

こうした公平性の相違が、何に由来しているのかについても、Van Doorslaer *et al.* (2004)は分析している。それによれば、富裕層への偏りには、所得だけではなく、教育水準による影響も大きい⁶⁾。また、就業状態(例えば引退)が、デンマークやハンガリーなどでは、低所得層への偏りの要因となっていることも確認している。

さらに、関連する変数が入手可能である国々については、地域差や保険適用範囲による不公平性への影響についても分析を行っている。彼らの分析では地域差とは、地域における病院ベッド数や医師の人口当たり密度を指すのではなく、単なる地理的な差異(より具体的に言えば都市・地方ダミー)を示すものでしかない。こうした変数で定義された地域差は、多くの国で、専門医診療や入院治療の富裕層に有利な偏りを説明しており、特にメキシコでは、入院治療の富裕層に偏った不公平性の半分以上が、都市・地方間の相違に由来することを見出している。

保険適用範囲が、公平性に与える影響についても彼らは定量的に確認している。例えば、フランスでは、2000年に低所得者に対して資力調査に基づき患者自己負担をすべてまかなう普遍的医療保障(包括的医療給付)制度(Couverture Maladie Universelle: CMU)が導入され、2002年時点において全人口の8%が給付対象となった。この制度により、任意の私的医療保険がもたらした専門医サービス利用の富裕層への偏りは大きく相殺され



出典: Blendon *et al.* (2002)

図1 5カ国における人々の医療制度に対する見解

たという。それ以外にも、アメリカでは、保険未適用(あるいは不完全適用)者の医療機関利用の低さが、富裕層に偏ったアクセスの不公平性の約30%を説明すること、入院治療や専門医診療に私的保険が重要な役割を果たしているアイルランドでは、一般医診療の公的保障制度が、低所得層における専門医の利用を低めてしまう、という公的制度による意図せざる効果も報告している。

ただし、Van Doorslaer *et al.* (2004)の結論部分において、自ら注意深く言及しているように、以上の分析は、(ア)一般医と専門医などの区別がなされているとはいえ、医療サービスの利用は回数等の「量」で計測されており「質」が考慮されているものではないこと、(イ)「ニード」の調整が健康状態の自己評価に基づくなど粗いものであること、(ウ)アクセスの不公平性が、健康状態など結果の不公平にどれほど結びついているかまでは分析していない⁷⁾こと、などの限界をもっている。

3. 「主観的」方法によるアクセスの公平性の測定

一方で、電話調査により、主要な英語圏諸国(オーストラリア、カナダ、ニュージーランド、イギリス、アメリカ)において、各国約1,400人を調査対象として、所得階層⁸⁾別に「主観的なアクセス」を尋ねたBlendon *et al.* (2002)⁹⁾の研究も報告書で紹介されており、似たような傾向を見出している。

この分析は、異なる所得階層における、アクセスの相違ばかりでなく、医療制度全体への評価の相違や過去1年間に受けたケアの「質」の相違まで浮き彫りにしようと試みている点が興味深い。また、各国とも制度上の相違が大きいかかわらず、調査対象者を平均してみると、医療制度改革に対する5カ国の調査対象者の見解は似通っている点も興味深い(図1)。どの国においても、「根本的変更が必要とされている」と回答している者の割合はほぼ半数を超えている。もちろん、その

公的医療制度による適用範囲の突出した小ささから容易に説明がつくように、「完全な再構築」と回答している者の割合は、こうした類似性からすれば、アメリカの高さが際立っている。

ただし、こうした所得階層による見解の相違は、各国によって異なっている。オーストラリア、イギリスを除く3カ国では、「非常に多くの問題があるので根本的に再構築されるべきだ」という意見を持つ人々は、低所得層の間で有意に高くなっている。カナダを除く4カ国の低所得層で、「過去2年間に医療アクセスが悪くなった」との意見をもつ人々の割合が多くなっている。また、オーストラリアを除く4カ国で低所得層の専門医へのアクセスが「極めて困難」あるいは「とても困難」だと回答している人々の割合は有意に高い。カナダやアメリカでは、夜間や週末に医療を受けることが「とても困難」あるいは「やや困難」、と回答している人々の割合は、低所得層において顕著に多いことを見出している。さらに、必要な医療が自分の住んでいる地域では入手可能でないで、「しばしば」あるいは「ときどき」受診ができないと回答している人々の割合が、カナダ、ニュージーランド、アメリカで低所得層では統計的に有意に高いことを見出している。

彼らの研究では、費用(自己負担)のためにアクセス問題が生じているかどうかに関しては、5項目質問している。すなわち、費用の高さゆえに、①処方薬がもらえなかった、②推奨されている検査・治療・追加治療が受けられなかった、③治療が必要なのに歯科医に診てもらえなかった、④医学的問題を抱えているのに医者のところにいけなかった、⑤薬剤費を支払うことに問題あり、である。オーストラリアは③と⑤、カナダは、③、④、⑤、ニュージーランドは①、②、④、⑤、アメリカはすべての項目について、低所得層で問題があるとしている者の割合が有意に高い¹⁰⁾。なお、イギリスはいずれの項目についても低所得層と高所得層の間で有意な差は無かった。

さらに Blendon *et al.* (2002) では、過去1年間に回答者および回答者の家族が受けた医療の「質」についても尋ねている。それによれば、低所得層において「優れている」あるいは「とても良い」と回答した人々の割合が低所得層で有意に低いのは、カナダとアメリカである。イギリスでは逆に低所得層の方が有意に高く、国によって結果はまちまちであることが明らかにされた。

各国のアクセスの公平性に関する相違が何によってもたらされているかについて、Blendon *et al.* (2002) では定量的には分析されていないが、やはり保険の適用範囲や自己負担の相違から来しているのではないかとしている。

4. アクセスと自己負担

アクセスの不公平性には、保険適用の範囲ばかりでなく、患者の自己負担も大きな影響を与えている。

近年、日本以外においても、ベルギー、フィンランド、フランス、アイルランド、ルクセンブルグやスウェーデンなどで、外来診療や病院サービスについて患者自己負担の引き上げ¹¹⁾が行われた。ただし、患者自己負担の引き上げの影響がより大きいのは、薬剤についてであり、償還されない薬剤の種類が増大している¹²⁾ことなどが、報告書では指摘されている。

こうした自己負担の引き上げは、医療アクセスに対して望ましくない影響を与えかねない。Zweifel and Manning (2000) に依拠しつつ、患者自己負担に関するサーベイを行った Docteur and Oxley (2003) は、医療需要に対する自己負担の引き上げの影響が低所得世帯で大きいことを指摘している。同時に、実際の自己負担額は、定額負担、定率負担、自己負担上限、免責額 (deductibles) など、いくつかの方法が組み合わせり決まっている。そのため、自己負担がどれほど医療サービスへのアクセスに影響をはたして与えているのかという定量的把握は、

実際には困難であると述べている。とはいえ、研究によりばらつきはあるにせよ、自己負担引き上げに対する医療需要の弾力性が大きいのは外来診療や薬剤であり、専門医や病院での治療については低い、という傾向では一致している。こうした傾向は、患者は外来診療をまず受けるため、そこでの自己負担額には敏感であるが、病院レベルでの治療となると、医師の決定権が大きくなるので、あまり自己負担額は関係なくなる、と考察されている。

自己負担増によるアクセスへの悪影響を避けるため、各国では自己負担の免除ルールが設けられている。例えば、イタリアのように、所得を基準として自己負担免除を行ったり、自己負担額が大きくなりそうな特定の疾病を持つ人々に自己負担免除を行ったりする。これらは日本でも(そのアクセス改善の定量的把握はあまり行われていないとはいえ)、すでにさまざまな制度によって行われているものであり、目新しいものではない。また報告書では、アクセスを改善するための自己負担免除の仕組みによっては、多大な運営費用がかかりかねないことが指摘されているが、残念ながら具体的にそれがどのような仕組みかについてまで踏み込んで分析されていない。

5. 新しい医療技術へのアクセス(普及速度)

報告書では、医療支出に大きな影響を与える新しい医療技術に対するアクセスについても一節を割いている。すでに、Jacobzone *et al.* (2002)は、OECD加齢関連疾病研究(Ageing-Related Diseases Study: ARD Study)で、虚血性心疾患、乳癌、脳梗塞の各疾患について、特定の医療技術あるいは検査機械の利用・普及率のOECD加盟国間での相違、および、それを受けた人々の死亡率の相違などの国際比較研究の中間報告を行っている。世界保健機構(WHO)もMONICA(Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases)と呼ばれるプロジェクトの中で、心疾患のリスク要因およ

び急性期治療とその効果について21カ国(日本は含まれていない)の国際比較を行っている。このように特定の医療技術とそれが適用された場合のパフォーマンスを比較する分析が蓄積されつつある一方で、新しい医療技術の普及「速度」自体が先進諸国間で、どのように相違しているのかについての詳しい分析はあまり行われてこなかった。その点について報告書では、TECH Research Network¹³⁾(2001)の国際比較研究が紹介されている。

TECH Research Networkは、各国における技術変化のトレンドをマイクロ・レベルで分析している。研究ネットワークは、各国の臨床医学、経済学、疫学の専門家から構成され、論文では心臓発作に関する17カ国における技術変化を比較対象としている。心臓発作が選ばれた理由は、いくつかある。まず、心臓発作については、各国で臨床状態がはっきりと定義されていること、その患者データは、各国で最も信頼に足るものであり、救急処置に関してのほぼ完璧な情報を提供してくれること、さらに、心臓発作に対する効果的な治療方法は、近年、大きく変化しているからである。したがって、もし各国間で医療技術の普及速度に相違があるのならば、そうした相違は心臓発作に関する集中的医療技術の変化¹⁴⁾において現れてくると考えられるからである。

TECH Research Networkでは、技術変化のパターンにより、各国を3分類できるとしている。アメリカのようにその技術採用が早く、急速に普及していくパターン、そして、カナダやオーストラリアのように、採用は遅いが、その後急速に普及していくパターン(最終的に普及率はアメリカに近づく)、北欧諸国やイギリスのように、採用も遅く、普及も遅いパターンである。日本やフランスも、限られた証拠に基づくものとはいえ、アメリカと同じパターンに分類されている。高価な医薬品の普及についても似たような傾向が(限定されたデータからではあるが)、確認されている。

この研究で特に興味深いのは、心臓発作を起こした高齢者(65歳以上)と非高齢者の間での集中的医療技術の利用格差についても比較分析されている点である。アメリカは、高齢者・非高齢者間で技術利用に差異がない、という特徴を持つ一方、フィンランドやスコットランドでは、高齢者に新しい医療技術が適用される割合は全人口の半分に過ぎない、という差異がある。カナダは、その中間に位置し、州間格差も確認されており、アルバータ州では4分の3、オンタリオ州では3分の2の利用率となっている。

こうした相違が何に由来するのかは、まだTECH Research Networkは最終的な結果を得ていないが、少なくともこれまでのところの分析から、供給側の制約が大きな鍵を握るのではないかと指摘している。すなわち、アメリカのように新技術提供に対する償還に制約がない場合および新技術の採用自体に制約がない場合には普及速度は上がり(したがって高齢者における普及率も上がる)¹⁵⁾、カナダや北欧諸国のように、病院に対する総額予算や集中的医療技術の採用が中央計画されている場合には、普及速度は下がる。

Moïse(2003)でも、例えば患者自己負担などの需要面での規制は、虚血性心疾患、乳癌、脳梗塞に対する特定の医療技術普及にほとんど影響しない一方、供給の規制は影響を与えることを指摘しており、TECH Research Networkの分析を支持している。つまり、これらの研究が意味することは、専門的で高度な医療は、より供給側の制約を受けやすいということであろう。

ただし、これらの医療技術の普及に関する研究において、まだその速度と一国内の(新しい医療技術への)アクセスの公平性との関係を分析するまでは至っていない。すなわち、普及速度が上がると、社会経済的地位が相違するグループにおける新しい医療技術の利用における差異が小さくなる、といったような証拠を見つけるような分析まで

は至っておらず、新たな分析が待たれるところである。

III 日本における関連研究

報告書では、医療サービスのアクセスの公平性に関して、日本については、データ制約上、分析に含まれていないので、国内での近年の研究蓄積のいくつかを紹介することで補完しよう。

1. 日本におけるアクセスの公平性についての研究

本多・大日(2003)は、報告書が基づいたVan Doorslaer *et al.*(2004)の医療アクセスの公平性に関する分析と、ほぼ同じ枠組で、3時点の「国民生活基礎調査(厚生労働省)」を用いて、日本におけるアクセス(=外来受診の有無)の公平性を分析している。彼らの分析によれば、1992年と1995年において高所得者層に有利な外来受診の不公平性が存在したが、1998年には、そうした不公平性が解消されたという。その理由としては、1997年に行われた被用者保険加入者本人への給付率を9割から8割に引き下げたこと¹⁶⁾、および老人保健制度にカバーされる70歳以上人口比率の増加によるものではないか、と考察している。ほかに独自調査も併用し、① 外来受診の有無以外に、② 過去の入院経験の有無、③ 過去1年間における入院経験の有無、④ 現在の入院の有無、⑤ 世帯の医療費支出についても、公平性を検討し、②以外に不公平は存在しない、と報告している。彼らの研究では、Van Doorslaer *et al.*(2002)を引用する形で国際比較も行っているが、定義の相違や有意水準に留意すると、他国と比較した日本の特徴はそれほどはっきりとはしない。

また、遠藤・駒村(1999)は、2時点の「所得再分配調査(厚生労働省)」の個票を用いて、「公的医療保険による医療アクセスの改善(=公的医療保

険の所得再分配効果)」について、医療保険に対する拠出および給付額、所得、ならびにジニ係数の改善度¹⁷⁾から、年齢階層別に検討している。その結果、① 公的医療保険給付額(=医療需要)と(世帯単位の)当初所得は65歳以上では無相関であること、② 15-59歳層では負の相関がある¹⁸⁾こと、③ 所得格差を改善する効果は拠出段階でなく給付段階で生じていること、④ そうした所得再分配効果は高齢者でより大きいこと、⑤ この再分配上の特徴は1981年よりも1993年の方が明確なことを報告している。

遠藤・篠崎(2003)では、公的医療保険の患者自己負担に着目したアプローチから医療アクセスの公平性を論じている。具体的には、1979年から1999年までの『全国消費実態調査(公表集計データ)』の課税前所得を基準に、支出比率(医療費関連の自己負担を課税前所得で除した値)とカクワニ指数¹⁹⁾の両方を用い、外来、入院、薬剤にかかる各費用について公平性を判断している。その結果、入院医療費は逆進性が傾向的に高まっていることを見出し、高齢者の増加や患者自己負担の引き上げがこうした逆進性を高める方向で働いているのではないかと推論している。また、遠藤・篠崎(2003)も国際比較も行っており、低所得者の医療アクセスについて、日本は、イギリスより不利であるが、カナダとほぼ同じ水準にあり、アメリカや韓国よりは不利な状況ではない、との分析結果を得ている。

2. 日本における健康の公平性に関する研究

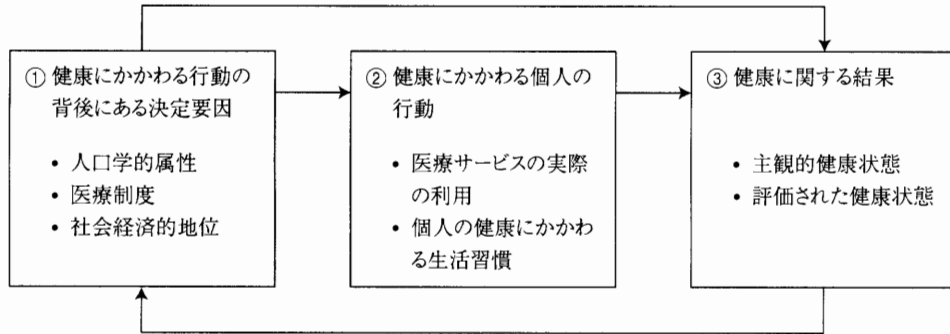
報告書では、日本の状況も含め、社会経済的地位と健康の公平性との関係については、直接は扱っていない²⁰⁾。しかし、こうした関係についての研究は、日本以外の先進国ではかなり蓄積されており、すでに重要な研究領域のひとつとなっている。なぜなら、医療アクセスの公平性を保障したところで、社会経済的地位によりアウトカムとして残

る健康状態の不平等はあるかもしれないからである。なお、健康の不平等の存在は即、不公平であると考えられており、その為、医療の公平性ほどは注目されてこなかったといわれている(Le Grand(1991))。

イギリスにおいては、すでに1980年に、社会階層と健康との関係を明らかにし、保健サービスの利用の相違によって健康の不平等をすべて説明することはできないとして、大きな議論を呼び起こしたブラック報告がある。このブラック報告は、日本でも武川(1983)の紹介によって早くから知られている。

近年、日本においても、徐々に社会経済的地位と健康との関係についての研究が積み重ねられて²¹⁾いる。例えば、深谷(2001)は、健康指標として老研式活動能力指標(客観的指標)と健康度自己評価(主観的指標)の二つを用い、社会経済的説明変数として50歳時点での職業、年金収入、住居の有無、学歴を選択し、65歳以上の男女(1996年実施の東京都在住者対象650人規模の独自調査)の健康規定要因を分析している。さまざまな属性をコントロールして、ロジット分析を行った結果、客観的健康指標には学歴が正の影響を与えており、主観的健康指標には50歳時点での職業が正の影響を与えている、ということを確認している。すなわち、高齢者の健康に社会経済的地位が影響を与えていることを見出している。

同じく65歳以上高齢者を対象(1998年度の人口4万人都市の全高齢者)として、近藤(2000)は、健康指標として「要介護」を被説明変数とし、また社会経済的説明変数として、「給与控除後の総所得(=住民税の課税対象額)」を用いて、年齢や性別をコントロールした上でロジット分析を行っている。その結果、年齢が5歳上がると、要介護リスクは1.8倍、そして所得が100万円下がると1.7倍になり、100万円の所得減少が5歳加齢とほぼ等しい効果を持つことを見出している²²⁾。



出典：Andersen (1995)における図を改変。

図2 医療へのアクセスをめぐる各要素間の連関

日本の後期高齢者を対象としたLiang *et al.* (2002)の研究は、13年間に及ぶパネル・データを用いて、「死亡」および「健康属性(身体機能の状態、主観的健康度、認知障害)」の差異に対する社会経済的地位の影響を分析している。社会経済的地位を示す変数は、教育、所得、住居形態の3変数である。それによれば、最低所得層、最低教育層と比較して、他の所得層、教育層の死亡率は確かに低い、系統的な(つまり所得や教育水準が高いほど死亡率が低いというような)関係はないことなどを見出している。また、高い教育水準は認知障害の低さに影響し、世帯所得や住居形態は健康属性に有意に影響しており、死亡率への間接的効果を持つことなどを確認している。

また、所得格差と健康の不平等の関係を直接計測しようとする研究もある。Shibuya *et al.* (2002)は、1995年度の国民生活基礎調査を用いて県単位のジニ係数が高いと主観的健康度で測定された不健康になるリスクが14%上昇すること、個人所得が所得不平等よりも不健康に対してより強い正の影響を与えていること、さらに在住している県の中位所得が、主観的健康に負の影響を与えていることなどを、さまざまな属性をコントロールした上で見出している。

ただし、これらの日本についての研究において

計測された社会経済的地位と健康の不平等の相関についての発見事実には、一致しない部分もあり、いっそうの研究蓄積が待たれるところである。

IV まとめにかえて

紙幅もつきたので、これまで概観してきた研究で、何が確認され、そして、何がまだ確認されていないかについて最後に確認し、まとめにかえたい。

Andersen (1995)に依拠しつつ、本稿で取り上げた医療へのアクセスをめぐる問題を図式的にまとめると、次のようになるであろう。

① 健康にかかわる行動の背後にある決定要因には、人口学的属性のほか、これまで述べてきたように、医療制度(保険適用範囲、私的医療保険の比率、患者自己負担、新しい医療技術の普及速度、医療提供機関の配置など)、および社会経済的地位(所得や教育水準など)があり、これが② 健康にかかわる個人の行動に影響している。健康にかかわる個人の行動とは、受診行動や個人の健康にかかわる生活習慣などである。アクセスの公平性にかかわる分析は、実は①と②の二つのボックス間の関連を部分的に実証したに過ぎない。

しかしながら、より重要なのは、アクセスの公平性が健康に関する結果、すなわち、主観的健康状

態や(医学的に)評価された健康状態にどのような影響を及ぼしているかである。いくつかの国別の研究は、報告書でも紹介されていた(本稿注7を参照)とはいえ、まだ、この3つのボックスの相互連関を明らかにするような国際比較分析はない。

もちろん、アクセスの公平性という視点のみで、これら3つのボックス間の連関を統一的に分析するのはかなり困難であろう。しかしながら、年金制度と比較して、はるかに各国間での多様性が大きい医療制度におけるアクセスの公平性について評価するためには、①、②、③の間の連続的な関係についての分析が今後求められよう。もちろん、先述のように、アクセスの公平性ではなく、②と③に関する国際比較研究は、乳癌、脳梗塞、虚血性心疾患などの各疾病について、Jacobzone *et al.*(2002)などに紹介されているように、徐々に出てきてはいる。しかし、慢性疾患についての同様の研究も今後必要であろう。

日本の研究状況を鑑みれば、①と②の関係を明らかにし始めたばかりの段階であり、国際比較研究を引用する形で、ようやくOECD加盟国の中での日本の特徴が浮き彫りにされつつある段階である。まだ、混合診療等、アクセスの公平性にかかわる問題について政策的議論ができるほどの研究蓄積は行われているとはいえない。

また、日本でも徐々に出てきた健康の不平等についての研究は、医療のアクセスの公平性について明示的に取り上げてはいないものの、①と③の連関を明らかにするものとして位置づけられるが、こちらも研究蓄積は少ない。また、高齢者ではなく、若年者など他の人口属性集団における同様の研究も待たれるところである

さらに、これらの研究を後押しするためには、国際比較などの観点から、欧米調査の質問項目との比較可能性を考慮した大規模データの整備・拡充も欠かせないだろう。

謝辞

本稿の執筆にあたっては、慶應義塾大学経商連携21世紀COEプログラムの援助を受けた。ここに記して感謝の意を表したい。

注

- 1) 日本経済新聞2004年10月20日朝刊, 1面。
- 2) 医療の公平性の議論の中では、需要(demand)という言葉より、ニード(need)という言葉の方が使用される。Le Grandは、その理由として、医療における需要(demand)が、個人のコントロールできる範囲外にあるという理解に基づくものであることを指摘している。
- 3) Van Doorslaer *et al.* (2004)はさらに、Van Doorslaer, Koolman and Puffer (2002)に基づいている。
- 4) ただし、Van Doorslaer, Koolman and Puffer (2002)から分析対象国および分析対象年を拡張することで、Van Doorslaer *et al.* (2004)では、データ面での比較可能性はやや落ちた。
- 5) 歯科医に対するニードにかんする質問項目は、分析対象国のほとんどの調査で取れず、年齢をニード調整のための変数として用いている。
- 6) OECD (2004)でも、カナダでは教育水準の低い母親は低体重児出産の危険性が高く出生後1年間に少なくとも1回は入院しなければならない危険性が高いにもかかわらず、普遍的で自己負担のない予防的医療を受けることが相対的に少ないこと、アメリカにおけるメディケイド制度においてアフリカ系の人々は推奨された臨床ケアを受ける可能性が相対的に低いこと、こうした問題はオーストラリア、カナダ、ニュージーランドにおいても先住民の間でみられることが指摘されている。
- 7) 後の節で指摘するように、国際比較分析のレベルで、こうした医療サービスに対するアクセスの公平性が、健康状態という結果の公平性に影響を与えていることを直接に検討した分析ははまだ存在していない。しかし、国別では、証拠は限られているとはいえ、サービス利用における不公平が、実際に健康状態の公平性に影響を与えているかについての研究はある。OECD (2004)で引用されている文献(Alter *et al.* (1999)とAlter *et al.* (2004))では、特定の社会経済的地位にある人々が、特定の治療を受けるかどうかについて相違がある(つまりアクセスの不公平性がある)ことを確認したが、社会経済的地位により治療1年後の死亡率について相違がある(つまり健康状況にかんする結果の不公平性がある)かどうかについては、影響があるという分析結果と、影響がないという分析結果の両方があり、定型化されうるような明確な結論はまだ得ていない。
- 8) 所得階層は、2001年における各国の中位世帯所得

- を参照させた上で、調査対象者の年間所得が、その所得より、「かなり上」あるいは「やや上」であるか、または、「かなり下」あるいは「やや下」であるかを回答してもらうことによって、高所得層および低所得層に分類している。約1,400サンプルの中、高所得層には約4割から5割、低所得層には約3割から4割の人々が分類される。
- 9) この研究成果は、すでに何度か行われている調査の最新版である。過去の研究結果については、Blendon *et al.* (2002)の注1で紹介されている論文を参照のこと。
 - 10) さらに、アメリカについては無保険者の広範な存在が問題であり、この割合の高さは、無保険者の低所得層についてみると一層顕著になることも確認している。
 - 11) OECD諸国が、一般医、専門医、薬剤など、どのようにして患者自己負担を定めているかについては、報告書のpp.47-49の一覧表を参照されたい。
 - 12) 疾病治療を目的とする薬ではなく、生活の質を向上させることを目的とする薬(男性機能障害治療薬や肥満治療薬など)や治療効果が不確実である薬など。
 - 13) TECHは、The Technological Change in Health Careの略。
 - 14) 集中的医療技術とは、具体的には、心臓カテーテル法、冠動脈バイパス・グラフト、経皮経管冠動脈形成術である。
 - 15) その結果、Atella and TECH Investigators (2003)によれば、分析対象国の心臓発作の後の死亡率と技術変化の速度との相関はそれほど大きくはないが、普及速度の速かった国々では、特に高齢者間で心臓発作を再度起こした生存者における余病の併発を抑えており、普及速度は高齢患者の生活の質に影響を及ぼしている。
 - 16) 組合健康保険における1997年の給付率引き下げが与えた影響に関する実証分析のサーベイは、澤野(2004) pp.23-24が簡潔かつ体系的に行っている。
 - 17) 遠藤・駒村(1999)では、「ジニ係数の改善度 = $\frac{\text{再分配所得の Gini 係数} - \text{当初所得の Gini 係数}}{\text{当初所得の Gini 係数}} \times 100$ 」を「医療アクセスの改善度」として定義している。なお、「当初所得」とは、一般に「市場所得」と呼ばれている収入であり、「再分配所得」とは「当初所得 - 税・社会保障料 + 社会保障給付(年金・医療サービス・その他)」である。現物給付である「医療サービス」も含まれている点で、「可処分所得」の定義とは異なる。
 - 18) 遠藤・駒村(1999)注4参照。
 - 19) ここでは、所得順に人口を並べ替えられた所得データからローレンツ曲線(相対累積所得率)を描き45度線と囲まれた領域の面積の2倍を求め(G_a)、同じく所得順に並び替えられた医療費支出データから集中

度曲線(相対累積支出率)を描き同様に45度線と囲まれた領域の面積の2倍を求め(G_b)、そこからカクワニ指数($K = G_a - G_b$)を計算している。

- 20) その理由を報告書執筆者の一人に直接尋ねたところ、国によっては、こうした研究は、政治的に非常にセンシティブに扱われるためではないか、との回答であった。
- 21) この問題についてのより幅広い視点からのサーベイとしては、早坂(2001)を参照されたい。
- 22) ただし、筆者が認めている通り、これらの結果に対しては、要介護状態になったから所得が減少したという関係を逆にとらえているのではないかという批判が有りうる。これに対して、筆者は、①就労者割合が高齢者は低い上、全部年齢層で要介護者高齢者割合は高いこと、②年金受給開始後に要介護状態になっても給付額は減少しないこと、さらに③このような因果関係をもたらす過去の研究蓄積があることを指摘して反論している。なお、近藤(2002)は、近藤(2000)で使用されていない別の図表を用いて、性別、年齢ごとの各所得階級における「要介護出現者頻度」を示しているが、両論文が指摘していない点で、興味深いのは、男性では、どの年齢階級においても、要介護者出現頻度と所得階級は、所得が上がるほど低くなるという関係(つまり単純な右下がりの関係)があるのだが、女性の場合には最高所得階級において、要介護者出現頻度がやや高くなるという関係(つまり左右逆のJ型の関係)がある、ということである。

参考文献

- Alter, D.A., Iron, K., Austin, P. C. and Naylor, C. D. (2004), "Socioeconomic Status, Service Patterns, and Perceptions of Care Among Survivors of Acute Myocardial Infarction in Canada", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 291, No. 9, pp. 1100-1107.
- Alter, D.A., C.D. Naylor, P. Austin and J.V. Tu (1999), "Effects of Socioeconomic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction", *New England Journal of Medicine*, Vol. 341, No. 18, pp. 1359-1367.
- Andersen, R. M., (1995), "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?", *Journal of Health and Social Behavior*, vol.36 (1), pp. 1-10.
- Atella, V. and TECH Investigators (2003), "The Relationship between Health Policies, Medical Technology Trends and Outcomes," In *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD.
- Blendon, R.J., C. Schoen, C.M. DesRoches, R. Osborn, K.L. Scoles and K. Zapert (2002), "Inequities in Health Care: A Five-Country Survey", *Health Affairs*, Vol. 21 (3), pp.

- 182-191, May/June.
- Docteur, E., and H. Oxley (2003) Health-care Systems: Lessons from the Reform Experience, *Economics Department Working Papers*, No.374, OECD.
- 深谷太郎 (2001) 「健康と心身機能」平岡公一編『高齢期と社会的格差』東京大学出版会, pp. 51-59.
- 早坂裕子 (2001) 「健康・病気の社会的格差」山崎喜比古編『健康と医療の社会学』pp. 49-71.
- 近藤克則 (2000) 「要介護高齢者は低所得層になぜ多いか—介護予防策への示唆」社会保険研究所編『社会保険旬報』2073, pp. 6-11.
- (2002) 「社会経済的格差による健康の格差」『経済』, No.82: 27-37
- Le Grand, J., (1991) “Equity, Health and Health Care,” In *Equity and Choice*, Harper Collins.
- Liang, J., J. Bennett, N. Krause, E. Kobayashi, H. Kim, J. W. Brown, H. Akiyama, H. Sugisawa, and A. Jain (2002) “Old Age Mortality in Japan: Does the Socioeconomic Gradient Interact With Gender and Age?” *Journal of Gerontology Series B: SOCIAL SCIENCES*, vol.57, no.5: s294-307.
- 武川正吾 (1983) 「健康の格差—『ブラック報告』について」『海外社会保障情報』, no.62, pp. 40-49
- 遠藤久夫・駒村康平 (1999) 「公的医療保険と医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』vol.35:2, pp. 141-148.
- 遠藤久夫・篠崎武久 (2003) 「患者自己負担と医療アクセスの公平性」『季刊社会保障研究』vol.39:2, pp. 144-154.
- 本多智佳・大日康史 (2003) 「健康の公平性」『健康経済学』pp. 267-285, 東洋経済.
- Jacobzone, S., P. Moise and L. Moon (2002) “Opening the Black Box: What can be Learned from a Disease-based Approach?”, In *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*, pp. 159-195, OECD.
- Moise, P., (2003), “The Heart of the Health Care System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-related Diseases Study”, In *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OECD.
- OECD (2004) *Towards High-Performing Health Systems*, OECD.
- 大日康史 (2003) 「公的介護保険による実際の介護需要の分析—世帯構造別の推定」『季刊社会保障研究』vol.38:1, pp. 67-73.
- 澤野孝一郎 (2004) 「家計における医療費—自己負担率引き上げ政策の効果とその影響」『季刊家計経済研究』no.62: 20-29.
- Shibuya, K., H. Hashimoto, E. Yano (2002) “Individual Income, Income Distribution, and Self Rated Health in Japan: Cross Sectional Analysis of Nationally Representative Sample”, *British Medical Journal*, vol. 324, 5 January 2002, pp. 1-5.
- The Technological Change in Health Care (TECH) Research Network (2001) “Technological Change around the World: Evidence from Heart Attack Care”, *Health Affairs*, Vol. 20 (3), pp. 25-42, May/June.
- Van Doorslaer, X. Koolman and F. Puffer (2002) “Equity in the Use of Physician Visits in OECD Countries: has equal treatment for equal need been achieved?”, In *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*, pp. 225-248, OECD.
- Van Doorslaer, C. Masseria and the OECD Health Equity Research Group Members (2004) “Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD countries,” In *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*, OECD.
- Zweifel, P. and W. G. Manning (2000) “Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care (chap. 8)”, A. J. Culyer and J. P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier.

(やまだ・あつひろ 慶應義塾大学講師)