

領域 2 : 制度

【担当委員】池崎澄江

【執筆者】池上直己，池田俊也，今中雄一，折井孝男，川渕孝一，
木村早希，坂巻弘之，小山秀夫，松田晋哉，

● DPC（診断群分類）

Diagnosis Procedure Combination

診断群分類とは患者を、マンパワー、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から、統計学的に意味のある 500 から 2,000 程度のグループに整理し、分類する方法である。具体的には患者を病名と行われた医療行為、さらに合併症の有無などの重症度に関連した情報を用いて分類する方法である。その嚆矢となったのは Fetter らによって開発され、1982 年からアメリカの Medicare/Medicaid の包括支払い方式の基礎となった Diagnosis Related Groups (DRG) である。

1990 年代後半に我が国でも DRG の適用可能性が検証されたが、より日本の診療報酬制度に適した診断群分類が必要であるという認識のもと厚生労働省の研究班によって開発されたのが Diagnosis Procedure Combination (DPC) である。DPC の構成は、14 桁コードになっており、最初の 6 桁が病名、そして入院時年齢・出生児体重、手術の有無と種類、その他の手術処置等の有無、併存症の有無、その他重症度に関連する要因の有無がそれぞれコード化される。

DPC に基づく支払いは包括部分と出来高部分に分かれており、1,000 点以上処置や手術は出来高払い、その他は 1 日当たり包括払い方式になっている（これを DPC に基づく 1 日当たり包括払い Per Diem Payment System という意味で DPC/PDPS 方式という）。なお、1 日当たり包括支払い部分については、入院期間Ⅰ、Ⅱ、Ⅲが設定され入院経過とともに徐々に点数がさがる sliding scale が採用されている。また、入院期間Ⅲを過ぎると出来高払いとなる。現時点で DPC の包括支払い方式の対象となるのは急性期病院のみであるが、精神領域や慢性期に対応した DPC の開発も進められており、今後全診療領域に一般化される可能性もある。ところで、医療技術の進歩に合わせて分類の精緻化が必要になるが、この問題に対応するために現在 CCP matrix という新たな分類手法が検討されており、2016 年の DPC 分類から試行的に採用されている。

DPC における支払いについては、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱが別途設定されており、この合計を包括支払い部分に乗じたものが各施設への支払額になる。このうち基礎係数はⅠ群、Ⅱ群、Ⅲ群に分かれており、Ⅰ群は大学病院本院と特定機能病院、Ⅱ群は大学病院相当の機能を要する病院、Ⅲ群はそれ以外の DPC 病院に設定されている係数でⅠ群＞Ⅱ群＞Ⅲ群となっている。機能評価係数Ⅰは施設がとっている加算など出来高で別途設定されているものを係数に置き換えたもの、機能評価係数Ⅱはその病院の役割を係数化したものである。機能評価係数Ⅱは、保険診療係数、複雑性係数、カバー率係数、効率性係数、地域医療係数、重症度係数、後発医薬品係数が設定されており、各施設の実績値によって設定される。

平成 28 年度現在で DPC 対象病院は 1,667 施設、病床数換算で 495,227 床になっている。これ以外にデータ提出のみを行っているものを加えると約 3,000 の施設数となる。DPC 病院から提出されるデータは毎年病院名とともにその実績値が公開され、医療提供体制の在り方を考えるうえでの貴重な情報源となっている。地域医療構想や地域医療計画への応用、さらには DPC データを用いた臨床研究など、その応用範囲は徐々に拡大してきており、世界でも有数の医療ビッグデータの一つとなっている。

【関連用語】 DRG、出来高払い、包括払い、医療ビッグデータ

● 医療技術評価

Health Technology Assessment

医療技術評価とは、医薬品・医療機器等の医療技術を対象として、医学的・社会的・経済的・倫理的な問題等を系統的に整理し、意思決定に反映させる一連の過程を言う。最近では、欧米諸国を中心に、HTAのうちの医療経済評価のを研究や利用積極的が進んでいるに導入し、保険適用の可否の判断や価格設定、診療ガイドラインの策定等に活用されてきている。

医療経済評価とは、医療における複数の選択肢について、各々の「費用」と「効果」を計算し、相対的な費用対効果を分析する方法である。特に薬剤を対象とした医療経済評価を薬剤経済学（pharmacoeconomics）と呼ぶ場合がある。

費用には、薬剤費などの医療技術そのものの価格のみに限らず、その医療技術を用いる場合に付随して行われる検査の費用や、合併症が生じた場合の治療費など、当該医療技術に関連して発生するさまざまな費用項目を含める。医療費のみならず、介護費用や、患者本人や家族等の生産性損失を費用に含める場合もある。比較対照と比べた場合の当該医療技術の「増分費用」を「増分効果」で除した増分費用効果比（Incremental Cost-effectiveness Ratio, ICER）の値を元に費用対効果の良し悪しを評価することが一般的であり、その場合、効果は質調整生存年（Quality-adjusted life year, QALY）という効果指標を用いることが増えている。

1 質調整生存年とは「1 年分の健康な命の価値」に相当する概念であり、完全に健康な状態のスコアを 1、死亡を 0 としたスケールにおいて、半身不随の状態のスコアは 0.5 である、といった具合に、各健康状態における QOL を「効用値」としてスコア化し、これと生存年数とを掛け合わせることで、QOL と生存期間の両方を総合評価した指標である。例えば、効用値 0.5 の健康状態で 10 年間生存した場合には、 $0.5 \times 10 = 5$ 質調整生存年 ということになる。

医療経済評価の分析結果を医療技術の価格算定や償還の可否の判断に用いる国が増えてきている。我が国においても、中医協に費用対効果評価専門部会ならびに費用対効果評価専門組織が設置され、2016 年度から一部の既収載医薬品や医療機器を対象として、費用対効果の観点を経済政策に反映させることとなった。また、政策レベルだけではなく診療現場における治療選択にも費用対効果の考え方を反映することが重要と考えられており、診療ガイドラインにおいて費用対効果を考慮することも増えてきている。

【関連用語】医療経済評価，薬剤経済学，費用対効果，増分費用効果比：ICER，質調整年：QALY

● 介護保険制度

Long-Term Care Insurance System

2000（平成 12）年 4 月に社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして創設された介護保険制度は、加齢などにより脳梗塞などの病気やけがをして、寝たきりをはじめ身体が不自由な状態になったり、あるいは認知症を発症したりして、比較的長期に介護が必要になった場合に、かかった費用の 1 割又は 2 割を負担することにより、介護サービス事業者の提供するサービスを受けることができる仕組みである。

制度の基本的な考え方は、自立支援、利用者本位、社会保険方式の 3 つである。具体的には、自立支援とは、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするということを超えて、高齢者ができるだけ自立した生活を送れるよう支援することを理念とするものである。また、利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービスや福祉サービスを総合的に受けられる仕組みとした。さらに給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用した介護保険の財源は保険料が 50% である。介護保険制度の被保険者は、40 歳以上の者が対象となり、二種類に分類される。第 1 号被保険者は 65 歳以上の者であり、第 2 号被保険者は医療保険に加入している 40 歳から 64 歳までの者である。介護保険サービスについては、65 歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64 歳の者は特定疾病が原因で要支援・要介護状態となったときに、受けることができる。

保険者である市町村は、第 1 号被保険者から保険料を徴収するとともに、被保険者からの申請があれば要介護認定を行う。その認定に基づいて、ケアマネジャー（介護支援専門員）が、要介護・要支援者がその心身の状況などに応じた適切なサービスを利用できるように「介護サービスの利用計画」（ケアプラン）や「介護予防ケアプラン」を作成する。ケアプランの作成に当たっては、それぞれの利用者の要介護度と希望に応じた介護サービスが選択される。

介護保険サービスについては、訪問介護（ホームヘルプ）に代表される訪問系サービス、通所介護（デイサービス）に代表される通所系サービス、短期入所生活介護（ショートステイ）に代表される短期滞在系サービス、特定施設（有料老人ホーム等）に代表される居住系サービス、そして介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に代表される入所系サービスまで様々なものがある。サービス提供する対価としての介護報酬は、社会保障審議会介護給付費部会の意見を聞き、厚生労働大臣がサービスの種類毎、要支援・要介護度別に定める。

この制度は、施行から 5 年後を目途に、必要な見直しを行うこととされていた。その結果、「制度の持続可能性」「明るく活力のある超高齢社会の構築」「社会保障の総合化」を基本的視点として検討を重ね「予防重視型システムへの転換」「施設給付の見直し」が進められた。2011（平成 23）年改正（翌年 4 月施行）では、高齢者が地域で自立した生活を営むことができるようにするために、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の実現を図ることが必要ということから「医療と介護の連携の強化等」「介護人材の確保とサービスの質の向上」「高齢者の住まいの整備等」「認知症対策の推進」「市町村（保険者）による主体的な取り組みの推進」がなされた。

直近の 2014（平成 26）年改正では、(1)要支援 1・2 の対象者について介護保険本体の給付（予防給付）から、訪問介護と通所介護を外し、対応するサービスについて地域支援事業を再編成する、これに従い地域支援事業を再編成する。(2)個別のサービスでは、通所介護の機能の改革、特に定員 10 人以下の小規模型については、地域密着型サービスへ移行させ、今後新たな事業所開設については保険者の管理下に置く。(3)特別養護老人ホームの入所対象者を原則要介護 3 以上にする等が行われた。

【関連用語】 地域包括ケアシステム、要介護認定、ケアプラン

● ケアミックス

Care Mix

ケアミックスとは、同じ病院の病棟あるいは病室単位に、急性期医療と慢性期医療あるいは介護療養機能を併せもつことの総称。Care Mix は、和製英語で、合衆国で研究が進められ老人や障害者の医療保険であるメディケア制度と医療扶助制度であるメディケイド制度に1980年代に導入された Case Mix 分類による診断名手術・処置別予見支払方式である DRG など（日本の DPC が制度立案のため参考にした）から連想された日本独自の造語である。

1983（昭和 58）年 2 月に老人診療報酬制度が創設されるまで、わが国の一般病院の一般病棟の看護方式は、病棟別の看護体制をかたくなに認めてこなかった。例えば、患者 4 人に対して 1 人の看護配置とか、3 人に 1 人、2 人に 1 人といった病棟別看護傾斜配置は認めないという立場であった。これは、看護職の配置状況によって入院時の看護料を算定できるという診療報酬設定方式で、当時、病棟別看護傾斜配置を認めると、不正請求の温床となるのではないかと考えた官僚の発想による理屈であろう。入院患者一人ひとりの看護必要度を科学的に測定出来ない時代には、病院毎に、A 病院の一般病棟の全てが 3 人に 1 人、B 病院では 2 人に 1 人というような状態でしか看護料を算定できない仕組みにしていたことになるが、病院経営上は看護職を多く配置すれば多くの看護料が算定できることになるため、あながち悪弊があるとは考えられてこなかった。しかし、医学医術の進歩、看護職の労働条件改善、長期入院する高齢者の増加、平均在院日数短縮化政策の徹底などにより、病院毎に全ての一般病床（一時期「その他の病床」というわかりにくい病床名であった）を同一看護体制にしておくことの弊害が徐々に認識されるようになった。

もともと老人病院は看護職が集まらず、看護助手や介護職員により対応せざるをえなかったが、このような現状を公認する介護職員を法定化した介護力強化病院が老人診療報酬上誕生し、この制度が療養型病床群という医療制度に再編、さらに 2001（平成 13）年 3 月 1 日に施行された改正医療法は、それまで結核病床、精神病床、その他の病床とされていた病床の種別のうち、「その他の病床」を、主に慢性疾患の患者が入院する「療養病床」と主に急性疾患の患者が入院する「一般病床」とに、再区分し、それまで同一だった「その他の病床」に、それぞれに異なる人員基準や施設の構造設備基準が新たに設けられた。

その結果、今日では、慢性期患者用の病棟と、急性期の患者を収容する病棟とを併せ持つ施設形態のことをケアミックス病院と呼ぶようになった。地域医療構想で高度急性期、急性期、回復期、慢性期に病床区分を再編させようという政策から、実際には、ICU、CCU、HCU などの特殊病床、緩和ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、および療養病棟を同一病院内に配置することが一般的になりつつあり、いずれケアミックスが当然視されるようになると考えられる。

【関連用語】急性期医療、慢性期医療、医療法、看護必要度、療養病床、一般病床

● 後見人制度（成年後見制度）

Adult guardianship system

認知症，知的障害，精神障害等により，通常の状態において判断する能力に欠けている人を保護・支援するための制度であり，「成年後見制度」として存在している。

成年後見制度は家庭裁判所が選任した成年後見人が本人を代理して契約，財産等に関する法律行為を行うことができる。後見人になるには，親族等が家庭裁判所に申し立てを行い，法律により後見人を選ぶ法廷後見（家庭裁判所が選任した後見人）制度と，判断する能力があるうちに将来を踏まえて後見人を事前に選ぶ任意後見（契約でお願いされた人）制度とがある。成年後見人の役割は，身体的に不自由がある人の世話をする療養管理と被後見人の財産の管理をするため弁護士や司法書士などの法律に詳しい専門家が担うことが多い財産管理である。

法廷後見制度は，本人の事情（判断能力の程度等）により，「後見」「保佐」「補助」のいずれかを選ぶことができる。「後見」については，対象となる人は，判断能力が欠けているのが通常の状態の人であり，申立てをすることができる人は本人，配偶者，四親等内の親族，検察官，市町村長などである。被後見人については成年後見人等の同意が必要な行為はない。成年後見人によって取消しが可能な行為は日常生活に関する行為以外の行為となっている。そして，成年後見人に与えられる代理権の範囲としては，財産に関するすべての法律行為となっている。また，制度を利用した場合の資格等の制限については，医師，税理士等の資格や会社役員，公務員等の地位を失う等としている。

任意後見制度は予め自らが選んだ代理人に，本人の判断能力が低下した後に，任意後見人が，任意後見契約で決めた事務について，家庭裁判所が選任する「任意後見監督人」の監督の下，本人を代理して契約等を行うことによって，本人の意思に従った適切な保護・支援を行うことが可能となる。

□成年後見人としてできること：・本人の預貯金の管理・解約，・事前に裁判所の許可が必要であるが本人名義の居住用不動産の処分，・保険金の受取，・遺産分割などの相続手続き，施設の入所・退所の手続きや介護保険等の手続き，病院の入退院等の手続き等，これを身上監護（しんじょうかんご）という。ただし，身のまわりの世話など本人の介護をすることはこの制度に含まない・本人が行った法律行為の取り消し等。

□成年後見人としてできないこと：・本人名義の現金や預貯金を成年後見人や本人以外の人（以下，後見人等）が自分の生活費等のために使うこと，・本人に代わり株や債券等の運用，・本人所有の財産を借りたり，贈与すること，・本人名義の不動産および株式・債券等を後見人等の名義にする，・本人の現・預金や不動産などを担保にする，・後見人が親族以外の場合手術・延命処置など医療についての同意。

成年後見制度は本人の利益となることを最優先とし，本人の財産を管理・保護，医療・介護に関する手続きや法律行為を行ったりするための制度である。

【関連用語】成年後見人，法廷後見，任意後見

● 国民皆保険制度

Universal Health Insurance System

国民皆保険制度は1961年に達成されたとして一般に理解されているが、同年において国民全員が一挙に加入したわけではなく、社会保険としての整備は、1922年の健康保険法及び1939年の国民健康保険（国保）法の制定から始まっていた。戦時下の国策で形式的にはほぼ全員が加入したが、実態を伴わず、戦後の混乱が収まった1955年においても、未だ国民の3人に1人は保険に加入していなかった。

こうした状況から皆保険が実現したのは、自民党の主導下で、1958年に以下の国保法の全面改定が行われたからである。

- (1)全ての市町村に対して国保事業を義務付けし、それを受けて大都市においても事業が開始された（東京都23区は1959年に開始）。
- (2)被用者保険に加入していない住民全員に対して、国保への加入を義務付けるという強制加入の原則を確立した。
- (3)各国保の裁量に任されていた給付の内容と医療機関に対する支払方法を、被用者保険の診療報酬に統一した。その結果、国保の加入者は、被用者保険の加入者と同様に、全国のどの医療機関にもフリーアクセスできるようになった（県外の医療機関は事務体制の遅れもあって実現は数年後）。

以上のように国民皆保険は、既存の保険制度を温存して、政治主導で短期間に達成された。しかし、当時の医療保険体制は、現在のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC、皆適用）の目標である医療費による貧困化を無くすという観点からすると、以下の要件を満たしていなかった。

第一は、患者の負担する医療費を患者の支払える範囲に留める。この課題は、1973年（国保は1975年）に導入された高額療養費制度によって解決した。すなわち、保険診療における患者負担に月額の上限を設け、それ以上の負担額については保険から給付するようになった。同制度は、その後、高所得者に対しては適用額が引き上げられ、また高額分にも1%の自己負担が設けられたが、骨格は変わっていない。

第二は、適切なサービスを原則的に全て保険で給付する。医師から勧められると、患者は無理してでも求めるので、保険外の医療を規制しないと、依然として貧困化する危険性がある。こうした事態を防止するために、1984年に特定療養費が導入され、保険外の徴収を差額ベッド等と高度先進医療に限定し、後者についても有効性・安全性が検証された時点で保険適用にする原則を確立した。同制度は、2016年に患者申し出医療に変わり、保険外の抗がん剤等の利用が幾分しやすくなったが、骨格は変わらない。

問題は、こうした公平な体制が、約1,500の健保組合や共済組合等の被用者保険、約1,700の国保と75歳以上高齢者のための広域連合によって維持されているので、税からの交付と、保険者からの拠出による複雑な財政調整を必要としていることにある。しかし、保険者を統合すれば、今まで低かった保険者の保険料は上がるので、実現するうえで多くの障壁がある。

【関連用語】 Universal Health Coverage, 社会保険, 保険者, 財政調整, フリーアクセス

● 疾病管理

Disease Management

特定の疾患について目標を設定し、診療ガイドラインをベースに、医療提供者、患者・住民への働きかけを行い、保健医療コストのコントロールとサービスの質の向上を実現することを目的とした介入・コミュニケーションのシステム。医療現場からの情報をもとに、目標や介入戦略にフィードバックすることが疾病管理における特徴である。

疾病管理プロセスでは、対象疾患の母集団の中から介入の対象となる候補者を明らかにし、対象集団の健康リスクに応じて患者への介入方法を決定する。介入は、患者の自己管理をサポートすることを目的として、教育やコミュニケーションが行われる。介入後、遵守すべき標準との比較、臨床的アウトカム（検査値や健康状態の変化など）、経済的アウトカム（総コストや医療資源の利用率など）、QOLや患者・医療サービス提供者の満足度などが評価され、新たな介入計画へフィードバックされる。

疾病管理では、医師以外のコメディカルスタッフも含め、多職種が関与することから、情報の共有化と役割分担の明確化も必要である。わが国では、「特定健康診査・特定保健指導」に疾病管理の概念が取り入れられている。

【関連用語】 特定健康診査・特定保健指導

● 診療報酬制度

Medical fee Payment System

「診療報酬」は、国の決める「医師の技術料」として一般に理解されているが、それ以外にも入院した場合の室料や看護料、放射線技師による撮影料、理学療法士によるリハビリテーション療法等の料金を規定している。また、こうした医療サービスの「本体」部分以外にも、薬や医療材料について、医療保険が医療機関に支払う価格を決めている。

支払う際の原則は、個々の行為の料金に回数を乗じる出来高払いであり、これは実績によって払われない限り、医師の裁量権が担保されないという日本医師会等の主張により、診療報酬が導入された 1927 年以来踏襲されている。確かに入院料については包括評価が導入されたが、DPC の病院においても手術料等は出来高払いである。また訪問診療料等は登録患者ごとの人頭払いであるが、対象になった場合には、訪問日数等の縛りがある。

各サービスの料金は点数（1 点 10 円）で提示され、点数は全国のどの医療機関のどんな医師が実施してもほとんどの場合は同じである。すなわち、東京の大学病院の教授が行っても、へき地の診療所の若い医師が行っても、同じ「診療行為」に対しては、同じ点数である。地域による相違は、室料だけに認められているが、それも 1 日当たり最大 180 円の差にすぎない。こうした対応は、大都市の物価賃金水準を反映しないので不適切にみえるが、医療機関の偏在を緩和するうえで一定の役割を果たしている。

サービスの料金を、4 千以上の行為ごとに細かく設定しているだけでなく、それぞれを保険に請求する際の、設備や人員の資格・人数等の要件、及び患者の臨床的な状態についても要件を規定している。すなわち、診療報酬は「料金」(Price) だけでなく、「質」(Quality) と「量」(Quantity) も規定しており、しかも順守をレセプトの審査及び現場における指導・監査によって監視しているので、医療の提供において決定的な影響を与えている。

診療報酬の改定はほぼ 2 年に 1 回行われ、そのプロセスは大きく 3 つの段階に分かれる。第 1 段階は、全体としての改定率の決定であり、それによって医療費全体の規模が決まる。第 2 段階は、薬や医療材料の改定があり、薬は銘柄別に、材料は機能分類ごとに改定される。第 3 段階は、個々の行為の点数と請求要件の改定であり、それによって医療費の配分が決まる。

第 1 段の全体改定は、高齢化や技術進歩等による医療費の「自然増」を、どこまでマイナス改定によって相殺するかについては、首相による政治判断である。第 2 段階は、市場における取引価格について薬価調査を実施することによって把握し、加重平均した市場価格に 2% の調整幅を上乗せした価格が、原則的に改定後の薬価となるが、販売額が予測よりも大きく増えた新薬等は再算定によっても引き下げられる。

第 3 段階は、中医協（中央社会保険医療協議会）の諮問を経て厚労大臣が決めるが、診療報酬を所管する保険局医療課が事務局案を作成し、それを医療関係団体と交渉して細部まで規定している。その際、第 1 段、第 2 段の改定によって決まった財源の枠の範囲に収まるように、各行為の点数と請求要件の改定を繰り返し、このようにして医療費の総枠だけでなく、細部の配分までを規定している。

【関連用語】 出来高払い、包括払い、人頭払い、薬価

● 保険外併用療養費制度

Medical Expenses Combined with Treatment Outside Insurance Coverage

現物給付制度を旨とするわが国の健康保険法の下では原則、混合診療は禁止とされている。そのため「保険がきく」と「保険がきかない」ものを併用すると、すべて自費診療になってしまう。しかし、その一方で「混合診療禁止についての明文上の法的根拠はない」とする判例も散見される。そこで国はこれまでの特定療養費制度を改め、保険外併用療養費制度を創設した。というのも従前の特定療養費制度では、必ずしも高度ではない先進技術や国内未承認薬などは対象となっておらず、保険診療との併用が認められていなかったからである。保険外併用療養費は「評価療養」および「選定療養」からなり、前者は保険導入を前提とした先進医療や医薬品・医療機器を指す。より具体的には、先進医療、医薬品・医療機器・再生医療等製品の治療に係わる診療、薬事承認後で保険収載前の医薬品・医療機器・再生医療等製品の使用、適応外の医薬品・医療機器・再生医療等製品の使用の 10 種類。たとえば先進医療はがんの重粒子治療や家族性アルツハイマーの遺伝子診断など、厚生労働大臣が定める高度な医療技術のことをいう。2016 年 9 月現在、101 種類の先進医療が認められている。一方、後者の選定療養は保険導入を前提としない差額ベッド代や予約料をいう。より厳密には、特別の療養環境（差額ベッド）、歯科の金合金、予約診療、時間外診療、大病院の初診・再診、制限回数を超える医療行為等の 10 種類だが、2016 年 6 月にはその範囲が拡大し、内容も明確化された。例えば、差額ベッド代は、(1)診療時間が概ね 1 時間超、(2)完全な個室環境、(3)患者が静穏な環境下で受診できる構造設備等の確保—などの要件が加わった。さらに、「予約診療」に関しては、夜間、休日又、深夜であっても差し支えないと明記された。また、医科点数表等の規程回数を超えた患者の不安を軽減する必要がある場合の検査（腫瘍マーカー）のうち、「 α -フェトプロテイン（AFP）」、「癌胎児性抗原（CEA）」の費用を患者から徴収することも可能となった。

【関連用語】 混合診療，特定療養費制度，評価療養，選定療養

● ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

Universal Health Coverage

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (Universal Health Coverage: UHC) とは、「全ての人々が、適切な予防、治療、リハビリ、緩和ケア等の、全ての範囲の必要な保健医療サービスを、支払い可能な費用で受けられる状態」を指す。健康は、人権であり、特権ではない。人種、性別、年齢、能力、富や市民権に関わらず、全ての人々が適切な保健医療サービスを受けることができることが求められる。

UHC は、保健医療への財務的なことだけではない。保健医療の提供システム、専門職の人的資源、施設設備や通信ネットワーク、技術、情報システム、質保証のメカニズム、統治と法制度といった、保健医療システムの全ての要素を含む。また、個人の治療のみならず、集団ベースのサービスも、UHC を構成要素である。公衆衛生キャンペーン、水へのフッ素の添加、蚊の制御なども含む。

保健医療の資金源は、政府の予算、家庭や職場による強制的な保険料、あるいは自発的な保険料など、様々である。集められた資金は、今まで受けられなかった人々の医療をカバーしたり、今まで受けられなかった保健医療サービスをカバーしたり、患者の自己負担分をより大きくカバーできるようになる。UHCにおけるカバレッジのこれら3軸の各軸をどの程度に拡充していくかは、それぞれの間でトレードオフの関係があり、政策として、財源のあり方とともに選択していかなければならない。

UHC は、2015 年の国連総会で定められた、2016 年から 2030 年までの国際目標である「持続可能な開発目標 Sustainable Development Goals: SDGs」のゴール 3（健康と福祉）の中で、達成目標の 1 つとして位置づけられている。SDGs は、経済、社会、環境の各次元でバランスをとりつつ持続可能な開発を図る総合的な目標である。例えば、UHC の達成を目指すことにより、健康に関連する他の目標の達成に繋がってくる。健康であれば、子供たちは学ぶことができ、成人は働き生計を立てることができ、長期の経済発展の基盤となる。即ち、健康であれば、家庭、コミュニティおよび経済が、潜在力を発揮できるようになる。

【関連用語】 Sustainable Development Goals: SDGs, アクセス, 質, 公正, 財源, 医療システム, WHO (世界保健機関), UN (国連)