

カナダ・日本・韓国の高齢化等の状況と医療政策の在り方

小島 克久
尾形 裕也

■ 要約

カナダ、日本および韓国の医療制度は、公的な皆保険制度を採用している点で共通している。その一方で、財源、一部自己負担の扱い、保険者の仕組み等でそれぞれ固有の特徴を有している。また、これらの3カ国の医療制度をめぐる基本的な環境の変化にも、共通点が見られ、特に高齢化の進展や所得格差の存在が共通して見られる。3カ国では、こうした社会経済の変化に対応して医療制度を改革していくことが求められているところである。政策立案にあたっては、社会経済の変化に敏感であることが必要であるが、エビデンスに基づいた政策形成もますます重要になっているものと思われる。

■ キーワード

高齢化 所得格差 国民皆保険 医療制度改革

はじめに

わが国は高齢社会に突入し、医療費の負担や医療提供の在り方等といった高齢化に対応した医療政策の展開が求められているところである。2006年には、医療制度の長期的持続可能性を維持することを目的とした医療制度構造改革が実現している。太平洋を挟んで位置するカナダや隣の韓国でも同様の問題を抱えており、カナダでは税方式の医療保険制度の維持発展、韓国ではわが国以上に急速な高齢化の中での医療制度の改革が求められているところである。また、後述するように、これら3カ国はOECD加盟国の中でもほぼ同程度の水準の格差社会である。そこで、本論文では、異なる医療制度を抱えながら、高齢化や格差の存在という点で共通しているこれら3カ国の医療費の負担や医療・介護制度、医療提供等に係る政策の在り方について考察を行う。

1. 高齢化の進展とユニバーサルカバレッジ

(1) 高齢化の進展と医療費

医療費を増大させる1つの要因として、高齢化がある¹⁾。それは、加齢等に伴う慢性の疾病が多くなることで、医療機関にかかることが多くなるためである。一人当たり医療費を、高齢者(65歳以上)とその他の年齢階級との比で見ると、カナダは5.32倍、日本は4.32倍、韓国は3.11倍である(2004年、“OECD Health Data 2007”、日本は厚生労働省「国民医療費」)。ほかの条件を一定とすれば、高齢化は医療費を増大させることになる。

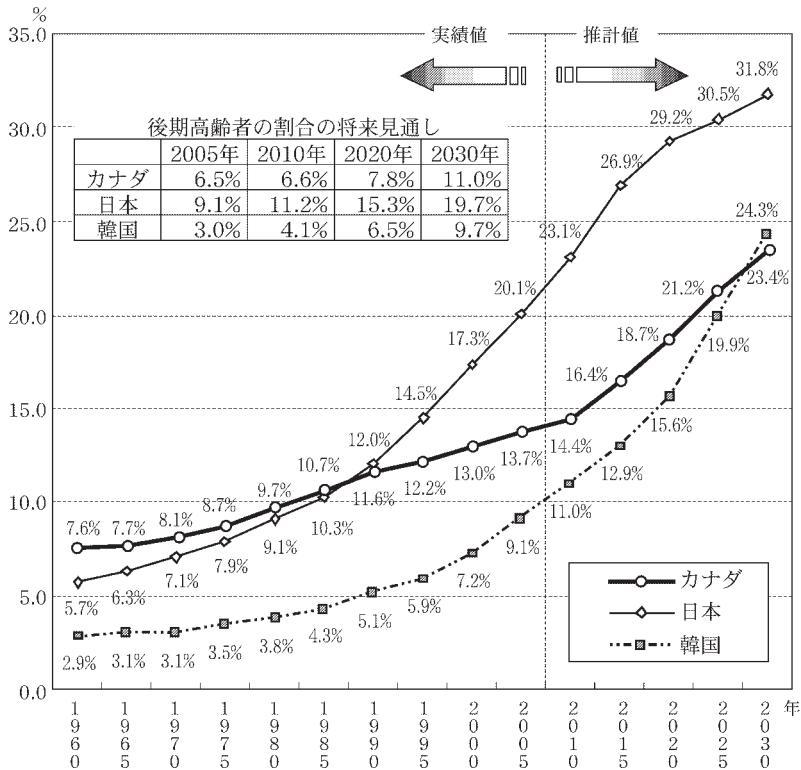
カナダ、日本、韓国の3カ国の高齢化の推移と見通しを見ると次の通りである。わが国が高度経済成長期にあった1960年の高齢化率(カナダは1961年)は、カナダが7.6%、日本が5.7%、韓国は2.9%であり、国連が定義する「高齢化社会」(高齢化率7%以上)に達しているのはカナダだけであった。しかし、1970年には日本が、2000年には韓国

がそれぞれ「高齢化社会」に達した。2005年の高齢化率（カナダは2006年）は、カナダが13.7%、日本が20.1%、韓国が9.1%である。2010年以降の見通しを見ると、日本の高齢化率は急速に上昇し続け、2030年には31.8%と3人に1人が高齢者となる。カナダの高齢化率は緩やかに上昇する一方で、韓国の高齢化率は急速に上昇し、2030年の高齢化率（カナダは2031年）はそれぞれ23.4%、24.3%となる見通しである。また、75歳以上の後期高齢者の割合も上昇する見通しである。このように、水準とテンポに差があるものの、3カ国はいずれも高齢化が進展しており、これが医療費を増大させ

る背景となっていることが分かる（図1）。

(2) ユニバーサルカバレッジ（国民皆保険）の実現

高齢化に加え、ユニバーサルカバレッジ（国民皆保険の実現）も医療費を増加させるものと思われる²⁾。この場合、患者が一部自己負担だけで医療機関を利用できる、つまり医療サービスの普及を図るという面では、これはプラスに評価すべき面があるものと思われる³⁾。わが国を含むOECD加盟国の多くが何らかの形でユニバーサルカバレッジ若しくはそれに近い制度を実現させている。医



注：カナダの年次は統計の関係によりグラフ横軸の年次より1年後。すなわち、順に1961年、1966年、…、2031年となる。

資料：カナダはカナダ統計局資料、日本は2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」、韓国は韓国統計庁資料（2005年までは実績値、2010年以降は2006年11月の推計値）。

図1 カナダ・日本・韓国の高齢化率の推移

療制度の類型と3カ国の位置づけは後述する通りであるが、3カ国の制度の概要をまとめると次の通りである。

カナダでは、カナダ保健法(Canada Health Act)に基づく税方式の医療(保険)制度“Medicare”が運営されている。州政府が保険者であり、州の住民は診療所や病院での診療を無料で受けることができる。その一方で、歯科診療等の給付対象外の項目もある。また、連邦政府は、Medicareへの財政支援、監督等を行うほか、先住民(First Nations)等を対象とした医療制度の提供等、州の制度を補完する役割を果たしている⁴⁾。次に、わが国では社会保険方式により、国民健康保険、健康保険(政府管掌健保、組合健保)等が国民全体をカバーしている。それぞれの制度の被保険者は保険料を負担するほか、受診の際に原則として医療費の3割(義務教育就学前は2割、70~74歳は2割(2009年3月までは1割に据え置き)、75歳以上は原則1割等一部異なる場合もある)を医療機関に支払う。なお、2008年4月から75歳以上の者を対象とした後期高齢者医療制度が施行された。そして、韓国では国民健康保険公団が運営する国民健康保険が、国民全体をカバーしている。財源

は保険料(政府からの補助がある)であるが、一部自己負担もある。一部自己負担の水準は医療機関の種類、地域等により異なり、その水準がわが国より高い場合がある。例えば、総合病院では50%、一般病院では40%(いずれも都市の場合)等となっている。また、財源としてたばこ税の税収もある⁵⁾。

このように、3カ国ともユニバーサルカバレッジを実現させる仕組みは国により異なる。ユニバーサルカバレッジは、(医療サービスが普及した結果として)医療費を増加させる。その一方でその制度の違いは、医療費の負担の在り方の違いにも結びついてくる(表1)。

2. 医療費の水準と負担の状況

(1) 医療費の状況

3カ国の医療費の状況は、どのようになっているのだろうか。“OECD Health Data 2007”から見ると次の通りである。2004年の保健医療支出(米ドル換算)はカナダが約968億米ドル、日本が約3,704億米ドルであり、韓国が約374億米ドルである。これを一人当たりで見ると、カナダの3,029米ドルに対して、日本は2,901米ドル、韓国は777米

表1 カナダ・日本・韓国の医療(保険)制度(主な内容)

	カナダ	日本	韓国
対象者	住民すべて	全国民	全国民
財政方式	税	社会保険	社会保険
保険者	州	市区町村、政府、健康保険組合等	国民健康保険公団
財源	税	社会保険料+税	社会保険料(政府からの補助あり)+たばこ税
一部自己負担	なし ※歯科診療等給付対象外の項目は全額自己負担	あり 医療費の30%(義務教育就学前までは20%等別の取り扱いもある)	あり 総合病院50%(都市) 一般病院40%(都市) 診療所 3000ウォン(医療費1万5千ウォン以下) 30%(医療費1万5千ウォン超)等

注：日本は2008年4月より後期高齢者医療制度を施行

資料：厚生労働省資料、カナダ保健省資料、韓国国民健康保険公団資料等から作成

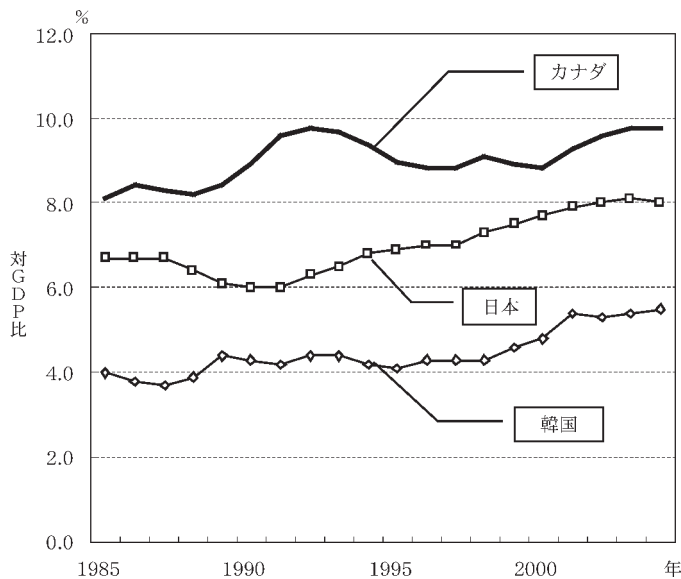
ドルとなる。カナダと日本の格差はわずかであるが、韓国はカナダおよび日本と比較して、4分の1程度の水準である。しかし、1985年からの伸び率(年率平均)を見ると、カナダの5.4%、日本の7.4%に対して、韓国は11.7%であり、カナダ、日本の医療費の伸びが着実であるのに対し、韓国の伸びが急速であることが分かる。

次に、保健医療支出の対GDP比を見ると、1985年にはカナダが8.1%、日本が6.7%、韓国が4.0%であった。カナダの場合、1990年代前半に10%近くまで上昇した後、9%程度で抑えられていたが⁶⁾、2000年頃から上昇に転じ、2004年には9.8%に達している。日本は、1990年頃に6%程度まで低下したが、その後上昇傾向に転じ、2002年以降は8%台の水準に達している。韓国は4%台の水準が続いた後、2000年頃から上昇し、2004年に5.5%へと達している。このように各国独自の動きがあるが、おおむね2000年以降の保健医療支出の対GDP比は上昇傾向にある。なお、今後の見通しをOECD

の将来推計で見ると、2050年の公的保健医療支出の対GDP比は、カナダ10.2%、日本10.3%、韓国7.8%になると見通されている⁷⁾。私費による負担を考慮すると、この水準はさらに高くなるものと思われる(図2)。

(2) 医療費負担の状況

医療費の対GDP比が近年上昇する中、3カ国では医療費はどのようにまかなわれているのだろうか。3カ国の医療費の財源構成を“OECD Health Data 2007”から見ると次のようになる。カナダの場合、医療費の財源として最も多いのは公費(社会保険制度以外からの政府部門からの支出)であり、68.7%を占める。社会保険は1.5%にとどまっており、カナダの医療制度が税方式であることを反映している。ただ、保険給付外の項目が多いことなどを反映して、私費も3割近くに達しており、家計支出が14.6%、民間保険からの給付が12.8%を占める。日本は社会保険が65.9%と最も多いが、



資料：OECD、“OECD Health Data 2007”より作成

図2 カナダ・日本・韓国の保健医療支出対GDP比の動き

公費も 15.8%を占めている⁸⁾。社会保険方式で運営される中、税財源も相当な地位にあることが分かる。これらの合計である公的な負担割合は 8 割を超え、3 カ国の中で最も高い。私費は家計支出がほとんどであり、17.3%となっている。韓国の場合、社会保険の割合は 41.6%、公費の割合は 11.0%と公的な負担割合は 52.6%にとどまる。私費のうち家計支出は 38.1%を占めるが、民間保険も 3.4%を占めている (表 2)。

3 カ国の医療費の財源構成に共通して見られるのは、私費の割合が相当な水準に上ることである。わが国と同様に、カナダや韓国でも所得格差が存在する。OECD の資料等⁹⁾によると、3 カ国の 2000 年～2005 年頃の等価可処分所得のジニ係数は、おおむね 0.31～0.33 の水準にある。これは、OECD 加盟国の平均 (0.33) に近い水準にあり、3 カ国は同じ程度の「格差社会」であるといえる。このことは、医療費 (私費負担分) の負担能力に格差があることを意味する。各国の統計から、世帯所得

五分位別の医療費等の保健医療支出の消費支出に占める割合を見ると、カナダでは、この割合は第 1 五分位で 4.0%である一方、第 5 五分位では 2.0%と半分程度にとどまっている。日本はそれぞれ、4.7%、3.7%と 1.0%ポイントの差、韓国はそれぞれ 7.7%、5.1%と 2.6%ポイントの差となっている。保健医療支出は、高所得層ほどよりよいサービスを求めるために支出金額自体が増加することも考えられる。しかし、消費支出に占める割合で見ると、低所得層ほど負担が大きくなっており、医療費負担能力の「格差」が明確に現れている (表 3)。

3. 医療制度の分類と 3 カ国の位置づけ

カナダ、日本、韓国の医療制度には上記のような違いが見られるが、各国の医療制度の分類に関しては、さまざまな考え方がありうる。Gordon (1988) によれば、各国の医療制度は次の 4 つに大別することができるという。

表 2 カナダ・日本・韓国における医療費の財源構成 (2004 年)

	公的財源			私費			
		社会保険	公費	家計支出	民間保険	その他私費	
カナダ	70.2%	1.5%	68.7%	29.8%	14.6%	12.8%	2.4%
日本	81.7%	65.9%	15.8%	18.2%	17.3%	0.3%	0.6%
韓国	52.6%	41.6%	11.0%	47.4%	38.1%	3.4%	5.9%

注：公費とは、社会保険制度以外からの政府部門からの支出を意味し、ここでは公的財源の割合から社会保険の割合を引いて求めた。なお、日本の場合、社会保険制度に公費負担が入っており、それを考慮した公費の割合は厚生労働省「国民医療費」で見ると、2004 年度で 34.8%となる。

資料：OECD、「OECD Health Data 2007」より作成

表 3 カナダ・日本・韓国における消費支出に占める保健医療支出の割合 (世帯所得五分位別)

	第 1 五分位	第 2 五分位	第 3 五分位	第 4 五分位	第 5 五分位
カナダ (2005 年)	4.0%	3.8%	3.3%	2.5%	2.0%
日本 (2006 年)	4.7%	4.8%	4.3%	4.1%	3.7%
韓国 (2006 年 3 月)	7.7%	6.1%	5.3%	4.7%	5.1%

注：国名の () 内は調査時点。日本の家計調査は総世帯ベース (単独世帯を含む)

資料：カナダ統計局資料、日本は総務省統計局「家計調査」、韓国は韓国統計庁「家計調査」

- ①伝統的な疾病保険制度 (Traditional sickness insurance)
- ②国民健康保険制度 (National health insurance)
- ③国民保健サービス制度 (National health services)
- ④混合型制度 (Mixed systems)

①は、ドイツ、オランダ、フランスといったヨーロッパ大陸諸国に多く見られる伝統的な社会保険方式の医療制度である。保険者は職域を基盤とした複数の「疾病金庫」が分立する形態をとることが一般的である。日本は地域保険である国民健康保険を基盤とする皆保険体制をとっているが、基本的にこの類型に属しているものと考えられる。近年の市町村合併等の結果、保険者の数は減少傾向にあるが、それでもなお3,000を超える数の保険者が分立している。その一方で、保険給付の内容等については制度間の差違はほとんどなく、②に近い要素も含んでいると考えられる。次に、②は、カナダの Medicare を典型とする、一国レベルでの統一的な医療保険制度である。韓国は、従来は日本と類似した①のタイプの分立型の社会保険医療制度であったが、2000年7月のいわゆる「統合改革」(Integration Reform)によって、複数の保険者分立の状態から国民健康保険公団に一本化が図られ、②の類型に移行したと考えることができる¹⁰⁾。ただし、財源的にはカナダが税方式であるのに対し、韓国は社会保険方式であるという相違がある。また、③は、イギリスを典型とする、いわゆる NHS (National Health Service) タイプの制度である。この場合、医療需要(財源面)のみならず、医療サービスの供給についても国が主要な役割を果たしている。こうした基本性格は、いわゆるサッチャー改革後においても基本的に変わっていない。最後に、④はこれらの混合型であり、Medicare および Medicaid という公的制度和民間保険が並立しているアメリカがこれに相当すると考えられる。この

4分類においては、カナダ、日本、韓国の3カ国は①ないしは②の類型に属していることになる。

また、今回の高齢化とヘルスケア (health care systems in diversified and aging societies) という課題との関連では、高齢者介護の問題にどのように取り組んでいるかも各国の制度の在り方を考察する上で重要である。日本は、ドイツの介護保険制度に倣い、2000年4月に公的介護保険制度を導入した。そして制度創設後5年目に当たる2005年に一定の見直しが行われたが、医療保険制度や福祉制度から独立した社会保険方式の制度によって高齢者の介護問題に対応するという基本的な性格は変わっていない¹¹⁾。一方、韓国は、2008年7月から介護保険制度を導入することが予定されている。これに対し、カナダの場合は、伝統的な医療および福祉サービスによって高齢者介護の問題に対応しようとしている¹²⁾。

カナダ保健法 (Canada Health Act) は、Medicare の運営に当たる各州政府が連邦政府から満額の補助金を受けることができるための各種の要件を規定している。その中で、次の5つが基本的な基準として挙げられている¹³⁾。すなわち、a) 公的運営基準 (public administration)、b) 包括性基準 (comprehensiveness)、c) 皆保険基準 (universality)、d) ポータビリティ基準 (portability)、および e) アクセス基準 (accessibility) である。これらの基準は、カナダのみならず、基本的には日本および韓国の医療保険制度にもあてはまる要件であると考えられる。さらに、以上の5つの基準に加え、カナダの Medicare については、次の2つの規定が適用されている。すなわち、i) 混合診療禁止 (no extra-billing) および ii) 患者一部負担禁止 (no user charges) である。カナダにおいては、混合診療や患者一部負担は、医療サービスを受けようとする人々に対する(経済的)障害とみなされ、上述したアクセス基準に反するものと考えられている。これに対して、日本および韓国は、これら

の規定に関して明らかにカナダとは異なった政策スタンスを取っている。日本の場合、混合診療は、保険外併用療養費の場合を除いて原則として禁止されている。また、患者の一部負担は、少なくともこれまでは、医療費適正化対策として活用されてきており、国民医療費総額の14%を占めるに至っている。韓国の場合、上述したように、日本以上に患者一部負担は医療財政上重要な位置を占めている。こうした患者負担の問題については、一般的なアクセス基準や特に低所得者への影響から医療における公平性を損なうという考え方がある一方で、患者負担をなくすことは、明確な価格シグナル機能の欠如につながり、消費者のモラル・ハザードや医療サービスの過剰消費につながるという考え方もある¹⁴⁾。カナダと日本および韓国は、この点では明らかに異なった見解を取っているように見える。

4. 3カ国の医療制度のパフォーマンス評価

WHO (2000) は、加盟 191 カ国の医療制度のパフォーマンスについてランク付けを行ったことで有名である。表 4 は、いわゆる G7 諸国および韓国の医療制度に関する WHO の全般的評価を示したものである。

これを見ると、カナダおよび日本は相対的にかなり良好なパフォーマンスを示していると評価されていることが分かる。全体的な目標の達成度では、カナダおよび日本はいずれもベストテンに入っている。韓国も、加盟 191 カ国の中では、上位 20～30%以内にランクされている。しかしながら、こうしたランキングは、必ずしも実態を反映したものではないという批判は当然ありうる。また、評価の基礎となったデータは 1997 年のものであり、この 10 年間で医療の状況に大きな変化が起こっていることもありうる。特に韓国の場合、近年の抜本的な医療制度改革の動向等を踏まえれば、その

表 4 WHO による各国医療制度の評価
(1997 年時点、191 カ国中順位)

国名	全体的目標到達度	全体的な医療制度のパフォーマンス
カナダ	7 位	30 位
フランス	6 位	1 位
ドイツ	14 位	25 位
イタリア	11 位	2 位
日本	1 位	10 位
韓国	35 位	58 位
イギリス	9 位	18 位
アメリカ	15 位	37 位

資料：WHO、“World Health Report 2000”より作成。

位置が大きく改善している可能性がある。

OECD (2001) によれば、日本の医療提供体制については、「機能分化と標準化の欠落」という大きな問題があるとされている。例えば、病院と診療所は機能が分かれておらず、地域の医療において協力・連携するというよりはむしろ互いに競合する関係にある。診療所が病床を有するケースも少なからずある一方で、病院も通常大きな外来診療部門を有している。近年に至るまで「医薬分業」も十分ではなく、医師は医薬品の処方・調剤によって大きな収益を上げてきた。こうした状況は基本的に韓国も同様であり、2000 年 7 月のいわゆる「分離改革」(Separation Reform)によって、ようやく医薬分業が達成された¹⁵⁾。日本における 2006 年のいわゆる「医療制度構造改革」は、基本的にこうした医療における機能分化と標準化を推進する方向の改革であると考えられる。

5. 医療分野における diversification

ここで、医療分野における diversification の問題について考えてみよう。まず、医療サービスに対する需要面に関しては、一般に医療サービスは急性期医療と慢性期医療に大別される。その構成割合は、疾病構造の変化に応じて変化する。介護サービスに対する需要は多くの先進諸国において増大

しつつあるが、これは人口の高齢化のみならず、家族構造や特に女性の役割の変化に基づくものである。一方、在宅医療サービスに対する人々のニーズには大きなものがあるが、実際の医療費の配分は施設サービスに偏したものとなっている¹⁶⁾。近年の医療をめぐる議論において、QOL (Quality of Life) は、キーワードの1つとなっており、従来のサービス提供「量」から、提供される医療サービスの「質」がより問われるようになってきている。また、予防医療や健康増進に対する人々の関心も高まってきている。こうした変化はすべて当該社会における個人の価値観（の変化）に基づくものであり、医療政策はこうした多様化する人々のニーズに適切に応えるものでなければならない。

一方、医療サービスの供給面に関しては、限りある希少な資源の配分が問題となる。入院医療と外来医療、施設サービスと在宅サービスの間の適切な組合せが求められる。日本および韓国においては、医療サービスの提供は、非営利ベースの民間供給主体によって主として担われてきた。このことは全体として効率的な医療サービスの提供につながってきたと考えられるが、他方で、近年における所得格差の拡大傾向等を考慮すれば、国立および自治体立病院を含む公的な供給主体の役割および機能も重要である。こうした面における官民の役割分担が求められる。また、伝統的なパターンリスティックな医療は、次第に消費者重視の医療に置き換えられてきている。その場合、医療における情報の非対称性の問題をどのようにして克服するかが課題である。政府や保険者、非営利機関等重層的な主体による適切な情報開示を推進することが求められている。

最後に医療費負担、特に家計による負担について考えておきたい。すでに述べたように、3カ国には医療費の負担能力の「格差」が存在する。このことは、同じ疾病にかかっても低所得層にとっては、医療費負担が重く感じられ、結果として低所

得者には健康状態が良くない者が多くなるという、「健康状態」と「所得格差」がリンクした状態につながりかねない。そのため、医療費の負担の在り方について、所得格差に配慮する必要があるものと思われる。カナダの場合、民間保険の普及率が高く、2000年で65.0%となっている¹⁷⁾。その一方で保険給付対象の拡大も重要な政策課題であり、2002年のロマノウ報告は¹⁸⁾、薬剤費や在宅ケア等を給付対象にすることを勧告している。薬剤費については、州政府が補助する制度を設けている¹⁹⁾。患者の一部負担に関しては、日本では低所得者への配慮が行われている。例えば、現役並みの所得がある高齢者は3割負担である一方で、低所得の高齢者は1割負担とした上で一般の高齢者よりも低い一部自己負担の限度額が設けられている。韓国では、一部自己負担はわが国よりも高くなっているが、地方の医療機関や高齢者に対しては一部自己負担を軽減する等の対応を取っている。このように、高齢化の進行や所得格差が存在する中、現在の仕組みの中で医療費の負担における多様な人々への配慮が重要であることが共通しているものと思われる。

6. 結論

カナダ、日本および韓国の医療制度については、多くの共通点が存在する。中でも、まず第1に、これらの3カ国は、イギリスのようなNHSでも、アメリカのような民間保険中心型でもない、公的な皆保険制度を採用していることが大きな特徴である。医療制度は、結局、当該制度を成立させている社会の基本的価値観に基づくものであり、これらの3カ国はその点でも多くの共通点があるものと思われる。その一方で、各医療制度は、それぞれ固有の特徴を有している。例えば、日本および韓国は、患者一部負担を医療費抑制政策として活用するとともに、消費者のコスト意識を重視す

る政策をとってきたのに対し、カナダは、患者一部負担はアクセス基準に反するとして、原則としてこれを排除してきている。また、保険者に関しては、韓国が2000年7月以降単一の統合された保険者に移行したのに対し、カナダおよび日本は複数の保険者システムを維持してきている。

第2に、これらの3カ国の医療制度をめぐる基本的な環境の変化は、多かれ少なかれ共通であるように思われる。高齢者人口の増大および出生率の低下は、そのペースは異なるものの、これら3カ国に共通した高齢化ないしは高齢社会をもたらしている。そして、高齢化は医療および介護ニーズの在り方に大きな影響を及ぼしている。日本はすでに独立した公的介護保険制度を導入しており、韓国もこれに追随しようとしている。その一方で、カナダは伝統的な政策を維持しようとしている。また、人口高齢化に加えて、人々の医療に対するニーズの多様化も重要である。政策立案者は社会の多様化するニーズに対して敏感に対応しなければならない。その場合、異なったニーズと利害を有する人々の間に合意を形成するためには、エビデンスに基づいた政策形成がますます重要となつてこよう。

第3に、3カ国においては、それぞれの社会における諸変化に対応して、今後とも医療制度改革を継続していくことが求められている。その場合、各国の置かれた状況や背景の相違を考慮に入れながら、それぞれの国の改革の経験からお互いに学びあうことが有益かつ有効である。長期的な医療政策の方向性は、基本的に3カ国共通であり、今回のような比較研究を通じて、多くを学ぶことができるものと思われる。

謝辞

本論文は、2008年2月16日にカナダ大使館で行われた、カナダ・日本・韓国3カ国社会保障研究プロジェクトのシンポジウム「多様化する高齢社会にお

ける医療、仕事と家庭の両立および所得再分配のあり方」での報告原稿（Reorganizing Health Care Systems in Diversified and Aging Societies, Trilateral Social Policy Research Project : Canada, Korea and Japan, February 2008）を元に加筆・修正を加えたものである。シンポジウム当日に有益なコメントをいただいた参加者の方々および関係者の方々にはこの場を借りて厚く御礼を申し上げたい。

なお、本論文の作成にあたっては、平成19年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「所得・資産・消費と社会保険料・税の関係に着目した社会保障の給付と負担の在り方に関する研究（H19-政策-一般-021）」より助成を受けた。

注

- 1) 医療費を増大させる要因としては、医療技術の進歩が大きいとされている（Newhouse（1992））。
- 2) この点については、厚生省（1999）で言及がある。
- 3) 日本の平均受診回数は13.8回であるが、これについて、UNESCAPの専門家会合であるExpert Group Meeting (EGM) on “Strengthening Health Systems for Economic Growth and Achieving MDGs in the Asian and Pacific Region”（2006年11月）での議論では、ユニバーサルカバレッジが達成された結果、医療サービスを受けやすくなったことを反映しているとしている。
- 4) カナダ保健省（2005）、城戸・塩野谷（1999）参照。
- 5) 韓国の医療保険制度の沿革、現状については、許・角田（2003）、国民健康保険公団（2007）が詳しいほか、詳細な情報は韓国国民健康保険公団 web サイト <http://www.nhic.or.kr> を参照。
- 6) 詳細は尾形（2002）参照。
- 7) 医療費が増加トレンドをとった場合の推計。医療費を抑制した場合の2050年の対GDP比は、カナダ8.4%、日本8.5%、韓国6.0%となる。詳細はOECD（2006）を参照。
- 8) 日本の場合、社会保険制度に公費負担が入っており、それを考慮した公費の割合は厚生労働省「国民医療費」で見ると、2004年度で34.8%となる。
- 9) OECD雇用労働社会局作成の資料等による。
- 10) 韓国の医療制度改革については、OECD（2003）

を参照。

- 11) 日本の近年における介護保険制度および医療保険制度改革については、尾形（2006）を参照。
- 12) 各国の介護サービス提供制度については、OECD（2005）を参照。
- 13) Canada Health Act 等の内容については、Health Canada web サイト http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2006-cha-lcs-ar-ra/chap_1_e.html を参照。
- 14) OECD（1995）p49 を参照。なお、Manning and Marquis（1996）によれば、最適な患者自己負担比率は45%と推計されている。
- 15) OECD（2003）を参照。
- 16) 日本においては、国民医療費33兆円余のうち、在宅医療費は約2%程度の水準にとどまっていると推計されている。
- 17) OECD（2004）参照。
- 18) 詳細は金子（2004）、岩崎（2003）、Commission on the Future of Health care in Canada（2002）参照。
- 19) 各州（準州を含む）の制度の概要は、以下の web サイト <http://www.drugcoverage.ca> を参照。

参考文献

- 1) カナダ保健省（2005年），“Canada’s Health Care System”。
- 2) 城戸喜子・塩野谷祐一（1999年），“先進諸国の社会保障3 カナダ”，東京大学出版会。
- 3) 韓国国民健康保険公団（2007年），“2007 National Health Insurance Program of Korea”。
- 4) 許棟翰・角田由佳（2003年），“韓国の社会保障”，広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』，東京大学出版会，第4章。
- 5) 尾形裕也（2002年），“日本とカナダの医療保険制度改革：共通の課題と多様性”，『海外社会保障研究』，第139号，2002年6月，pp.14-26。
- 6) OECD（2006），“Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the main drivers ?”，Economics Department Working Papers No. 477。
- 7) OECD（2004），“Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems”，OECD Health Working Papers No. 15。
- 8) UNESCAP（2007），“Achieving the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific

Policies and Actions within Health Systems and Beyond”，Asia-Pacific MDG Study Series.

- 9) 金子能宏（2003年），“カナダの国民医療制度改革動向—連邦財政主義のもとでの皆保険の課題と展望—”，『海外社会保障研究』，第145号，pp.53-67。
- 10) 岩崎利彦（2003年），“医療保障制度改革への勧告—王立カナダ医療保障将来委員会の最終報告書から—”，『けんぼれん海外情報』，第58号，pp.10-16。
- 11) Commission on the Future of Health care in Canada（2002），“Building on Values: The Future of Health Care in Canada”。
- 12) Folland, Goodman, Stano（2006）*The Economics of Health and Health Care*, fifth edition, Pearson Prentice Hall.
- 13) Gordon, Margaret S（1988）*Social Security Policies in Industrial Countries*, Cambridge University Press.
- 14) Manning, Willard G. and M. Susan Marquis（1996）*Health Insurance : The Tradeoff Between Risk Pooling and Moral Hazard*, *Journal of Health Economics* 15 609-639.
- 15) OECD（1995）*Internal Markets in the Making: Health Systems in Canada, Iceland and the United Kingdom*, OECD, Paris.
- 16) OECD（2001）*OECD Economic Surveys : Japan*, OECD, Paris.
- 17) OECD（2003）*OECD Reviews of Health Care Systems : Korea*, OECD, Paris.
- 18) OECD（2005）*Long-term Care for Older People*, OECD, Paris.
- 19) WHO（2000）*World Health Report 2000*, World Health Organization, Geneva.
- 20) 尾形裕也（2006年），“2006年医療制度改革及び2005年介護保険制度改革”，医業・会計システム研究会編著『病医院の経営・会計・税務』，TKC出版。
- 21) Newhouse, Joseph P.（1992），“Medical Care Costs: How Much Welfare Loss ?” *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 6, No. 3, Summer, pp. 3-21。

（こじま・かつひさ 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部第3室長）
（おがた・ひろや 九州大学大学院医学研究院教授）