

井伊雅子編
『アジアの医療保障制度』

(東京大学出版会、2009年)

米山 正敏

I はじめに

「アジアの医療保障制度」と言った場合、「アジア」は極めて多様性に富んでいる地域であることを想起しなければなるまい。さらに、「医療保障制度」についても、そのあり方はやはり多様であり、日本や韓国のような皆保険制度を採用する国から、オーストラリアのような税制度を採用する国などがある。そして、現代はまさに「アジアの時代」とも言われる国際的状況にあることは言を待たない。驚異的な経済成長を続ける中国、それに追従するかのように成長するインド、もはや経済的には先進国入りしたと見てよい韓国やシンガポールなど、これらの国々はみな本書で取り上げられている国々である。ただ、中国やインドでは、農村部と都市部の経済的格差が極めて大きいことも忘れてはなるまい。また、アジアの国々の中には、わが国と同様に深刻な少子化に見舞われている国もある。韓国や香港が日本より合計特殊出生率が低いことはよく知られている。少子化の急速な進行は人口構造の高齢化を招き、医療費の高騰をもたらす。それは、その国の国家財政への負荷を増し、ひいては経済成長に悪影響を与えかねない。これらはまさに、今後のわが国が直面している大きな課題でもある。本書は、中国やインドのように「成長と格差」の両面の様相を見せるアジア経済、東アジアを中心に進行する少子化と言った背景を踏ま

えながら、財源論、医師などのマンパワー、医療技術、病院運営、高齢者医療ないし介護の問題など、極めて多様な要素が複雑に交叉する医療保障制度を、アジアの各国ごとに解説した意欲的な著作である。

II アジア各国の医療保障制度の紹介

この節では、本書の章立てにしたがって、アジア各国の医療保障制度についての本書による解説をごく簡潔に紹介する。

①オーストラリア

この国の医療保障制度は、イギリスのそれに倣っており、税方式による皆保険制度を基本としプライマリケアシステムと一般医(GP)制度が確立されているなど、イギリス連邦諸国としての共通の枠組みを持っている。現在、医療制度のあり方として一番の争点となっているのは民間医療保険の位置づけである。オーストラリアでは、充実した皆保険制度の存在にもかかわらず、国民の43%(2005年)が民間医療保険に加入している。これには、さまざまな制度上の優遇措置が民間医療保険のシェア拡大に大きく貢献していることがある。このようなオーストラリア方式は公的・民間両部門の棲み分けが医療サービスの内容に応じてなされているという特徴を持った「官民二本立ての制度」である。

②シンガポール

シンガポールは日本より合計特殊出生率が低く¹⁾、政府は高齢化社会への移行に対処するための医療政策を打ち出している。すべてのシンガポール国民および永住権保持者に加入が義務付けられた強制貯蓄制度として中央積立基金(CPF)があり、これは年金、教育費、介護保険、生命保険、医療費、不動産購入などに使用される多目的社会保障制度である。シンガポールでは、日本と異なり国民には保健医療であっても自助努力が求められ、政府の関与は最低限であることが特徴である。そして、国民および永住権保持者が初めてCPF口座を開いた時点で加入可能となるMediShieldとIncomeShield Plusと呼ばれる医療保険は日本の公的医療保険とは趣が異なり、例えばこの保険を使用するか否かは加入者に選択の余地があるなど、民間保険と様相が似ている。

③香港

香港は合計特殊出生率が1.0(2007年)²⁾と世界的にも最も低い部類に入る。したがって、香港社会の高齢化は医療制度の財政的持続性を巡る議論を惹起している。香港の医療制度は医療財源を税方式としている。一般財源から病院機構下の病院などに公的資金が投入されており、香港市民であれば外来患者、入院患者ともそれぞれ一律の僅かな自己負担で医療サービスが受けられるというのが香港の基本的な医療制度である。ただし、一次医療と二次医療との相互連携が弱いことが香港の医療制度の大きな課題である。また、香港の65歳以上の人口は2004年総人口の11.7%から2030年には25%程度に達する見込みだ。したがって、香港でも医療部門と社会福祉部門の連携という日本と共通する難しい課題に直面している。

④中国

中国では、いわゆる「一人っ子政策」による出生率の低下により、若年人口(0-14歳)の急速な減少と同時に高齢化も進行している。高齢化の速度は加速度的であり、65歳以上人口の割合は2027年には14%に達するが、この速度は日本の経験とほぼ同様である。高齢者の一層の増加は中国の医療保障制度改革を考える上で重要である。中国の保健水準を見ると、農村部における保健状況の改善が重要な課題であることが確認される。例えば、農村部や経済水準の低い地方で周産期医療改善の遅れが示唆される。さらに、農村部の医療施設の病床数は非常に低水準であるなど、中国の医療状況は都市・農村間または地方間によって大きく異なっている。一方、改革開放以降中国は急速な経済成長を遂げ、1998年に都市部労働者向けの医療保険制度が設立された。また、旧来の農村合作医療が急速に衰退した後、2000年代に入り新型農村合作医療制度が設立された。このように、20世紀末より中国は社会保険型の医療保障体制構築に向けて改革を進めてきていると見ることができる。

⑤インド

インドは人口増加を続ける若い国であり、高齢化に伴う社会保障上の問題は顕在化しておらず、この点で、同規模の人口大国である中国が④で述べたように高齢化が急速に進んでいるのと対照的である。この国の公的保健政策を見ると2005年に農村などにおける保健システムや保健指標の改善を念頭に、国民保健政策2002とMDGs(ミレニアム開発目標)の実現を促すべく「農村保健ミッション」が設立された。同ミッションは公表した保健指標を2012年までに時限つきで達成するように運営される。次に、インドの医療保険制度についてであるが、まず、インドの医療保険は国民皆保険ではない。公的医療保

険としては公務員とフォーマルセクターの企業従業員向けの制度のみである。このほかの大多数の国民には民間医療保険があるのみであるが、料率が高い上、病院が遠くの町や都市にあるため、仮に高い料率を払ってもその保険が機能しない可能性がある。このように、公的医療保険のカバレッジが狭く罹患による経済コストの負担ができていない。なお、インドは多様性を内包する国土をもつので、地域ごとの事情が大きく異なり、したがって地域に適合した制度を採用する必要がある。

⑥韓国

韓国では現在のベビーブーマーが高齢化してゆくにつれて、出生率の急激な低下(2007年の合計特殊出生率³⁾は1.2と日本(同年で1.3)を下回り、世界最低水準である)も相俟って日本以上のテンポで高齢化が進むと予想される。韓国の医療保険制度は朴政権誕生直後の1963年11月に制定された医療保険組合法に始まる。これに続いて同年12月医療保険法が制定・公布された。1970年代半ば以降急激な経済成長に伴い医療需要が急増するなど医療保険の必要性が大きくなった。医療保険法の数次の改正により適用事業所の拡大を進め、最後の懸案である農漁村のような地域住民への保険制度は、1988年に農漁村医療保険が実施され、翌1989年、皆保険の達成をみた。その後、2000年に「医療保険完全統一元化」を目指すという大改革が実施された。組織の統合から始まって、2003年7月より被用者と自営業者が完全に財政統合され、国民健康保険公団の被保険者となった。しかし、容易に想起されるように、源泉徴収される被用者と所得が自主申告の自営業者の所得捕捉率の格差が問題となる。そこで自営業者対象の地域保険については保険料は所得のみでなく、自動車や不動産などの資産や全体的な生活水準を点数で評価し保険料に

反映させる賦課方式がとられている。このほかに特筆すべきは、診療報酬請求オンライン(EDI)化と情報活用が進んでいること、2008年7月より介護保険制度が開始されたことである。

⑦台湾

台湾の合計特殊出生率は、1984年には人口置換水準(約2.1)を下回り、2005年時点では1.12となっており、日本1.26をも下回り、少子化についてはすでに日本を追い越している。高齢化のスピードも日本より速く、2050年時点での高齢人口割合は台湾37%、日本40.4%と、ほぼ同水準となると予想されている。1995年、国民皆保険制度である国民医療保険制度が導入された。国民医療保険は「出来高払い」でスタートしたが、不要な医療需要を惹起する可能性が指摘されていたため、段階的にDRG/PPS(診断群分類別定額支払方式)が採用され、2002年7月にはすべての病院に「総額予算支払制度」が導入された。課題としては、今後台湾がより豊かになると同時に、先述のように急激な高齢化を迎えるなかで、医療費の抑制を続けていけるかどうかということである。

⑧日本

近代明治政府は殖産興業に力を入れ、近代産業が勃興してきたが、これとともに工場労働者や賃金労働者が発生した。こうした中、労働者を保護し労使の協調と融和を図るものとして、1922年に健康保険法が制定された。同法はドイツの疾病保険法をモデルとしている。この後、1929年に世界恐慌が発生、日本に波及して昭和恐慌が発生し、農村と農民に大きな打撃を与えた。農村は、兵の供給源でもあり、国防力充実のためにも農村の保健対策が強く要請された。こうした状況の中、1938年、旧国民健康保険法が制定された。同法では市町村を単位とする組

合主義を採用した。戦後、激しいインフレによる医療費の高騰などの厳しい時期を経て、1958年に新国民健康保険法が成立し国民健康保険事業の実施を市町村に義務付け、1961年から全国で実施された。1959年には国民年金法も成立し、1961年4月、国民皆保険・国民皆年金の達成をみた。こうした医療保険制度とともに重要なのは、わが国の医療制度・政策における需要面でのフリーアクセス、供給面での自由開業制と自由に診療科目を標榜できる自由標榜制である。しかし、いつでも誰でも全国どこでも必要な医療サービスを受けられるフリーアクセスの政策が、必要以上の医療サービスの受診などの過剰な需要、患者の大病院への集中といった適正な資源配分を損なう非効率性をもたらしてきたのである。なお、医療のシステムや政策について現状の評価などによる設計を行うために、医療統計の体系化が必要である。

Ⅲ 本書から敷衍される「アジアの医療保障制度」に係る論点と議論

島崎(2005)によれば、医療保障制度と公的年金制度との違いは、後者が基本的にはファイナンスの仕組みのみで構築されており、年金給付の財源をいかにして調達するかという財源論にとどまるのに対し、前者は医療の「供給」を行うシステムがまず始めにあった上で、その費用をいかにして調達するかというファイナンスの問題が存在するという、「供給」と「財源」の二元論になっていることにあるという。しかし、同じく島崎(2005)によれば、わが国では人口の高齢化により、医療保険も実質的に賦課方式をとっている公的年金制度と同様に、「世代間扶養」の仕組みに近くならざるを得ないという。すなわち、2007年度(推計)でも総人口の約2割を占める65歳以上の高齢者が医療費の半分以上を消費し、

2025年度(推計)では総人口の約3割を占める高齢者が医療費の7割を消費することになれば、当然医療保険においても「世代間扶養」の要素が強くなるというのだ。このように、医療保障制度には「供給」と「財源」の二つの側面があり、また、高齢化によって公的年金制度と同様に医療保険も世代間扶養の仕組みに近くなるという島崎の議論は、「アジアの医療保障制度」を考える上でも参考になる。上記Ⅱのアジア各国の医療保障制度の紹介では、医療の「供給」と「財源」の二側面のうち後者に重点を置いて記述したが、本書においては前者の医療「供給」についての解説が軽視されているわけでは決していない。例えば、シンガポールにおいては、「供給」面に含まれる医療技術において、診療科によっては日本より進んでいると思われるとの記述が本書中にある。その理由として、日本では厚生労働省の政策により海外で開発された新薬・医療器具の承認は10年かかることも珍しくないが、シンガポールでは欧米で開発された新型薬剤・医療器具は迅速に承認されることが多いことが挙げられている。高齢化と医療保障制度の関連についても、上記Ⅱでも触れたように、出生率の急激な低下が見られる各国において、すなわちシンガポール、香港、中国、韓国、台湾、日本、といった国々で高齢化に伴う医療保障制度上の課題が表面化してきている。特に、高齢化で先頭を走る日本が、アジアのほかの国々にとって参考となる高齢者医療政策を打ち出せるかを、アジア各国が見守っている。わが国で2008年4月に施行された後期高齢者医療制度については、翌2009年に政権交代を果たした民主党により、制度の廃止ないしは見直しが検討されている。また、医療保障の財源論に目を向ければ、アジアの一部の国でユニークなのは、社会保険方式や税方式でもなく、米国のような高齢者や低所得者などの特定の層にのみ公的医療保険を適用させると

いう方式でもない、「強制貯蓄制度」を持つシンガポールの方式である(ちなみに本書評の執筆直前に、米国ではオバマの医療保険改革が成立した)。この「強制貯蓄制度」は、医療費のファイナンスの観点からも有効であるのみならず、この貯蓄から教育費や不動産購入にも用いられるため、公的年金制度における強制貯蓄機能と類似する側面がある。公的年金制度による強制貯蓄は投資の源泉となりマクロ経済の成長に寄与するが、シンガポール流の強制貯蓄制度も、それと同様の効果が期待でき、医療費のファイナンスと「一石二鳥」であるという、ユニークな制度である。この制度はこれから経済成長と医療保障制度を同時に達成しようと努力する途上国にとっては、採用を検討するに値する制度ではないだろうか。また、わが国にとって参考となるのは、韓国の医療保険制度である。わが国でも、産業構造の変化による農林漁業従事者の減少、日本型雇用システムの変容による正規労働者と非正規労働者の二分化による被用者保険の変容といった条件から、国保と健康保険を統合化(一本化)するべきとの議論が起こっている。この問題については、被用者保険と地域保険の両者を完全に財政統合して、保険者を一本化することに成功した韓国の例が多いに参考となろう。わが国が本気で、韓国と同様のことに挑戦するのならば、韓国においてはいかなる条件があったから、この困難な被用者保険と地域保険の統合に成功したのか、十分な研究がなされる必要がある。

IV むすび

IIIで詳しく議論したように、日本もアジアの

一員として、ほかのアジア諸国と経済的・社会的共通点のある国も多く、日本がほかのアジア諸国から学ぶべき点、逆にほかのアジアの国々が日本から学ぶべき点の双方があるということ、本書を通読して感じた。また、医療保障制度は、農村と都市部と言った地域格差、民間医療保険の位置づけ、ファイナンスのみならず供給面の課題など、考慮すべき要素が著しく多い。また、人口動態については、日本は先進国の中ではドイツと並んで出生率が相当低い部類に入るが、アジアには日本の出生率をも下回る韓国、シンガポール、香港、といった国々があり、今後の人口高齢化の中で高齢者医療を中心にいかにして制度を組み立てていくか、共通の課題である。このように、「アジアの時代」と言われる中、日本をアジアの一員と位置付けて、ほかのアジア諸国の医療保障制度を詳細に紹介し、分析している本書は、今後のわが国の医療保障制度をより「ベター」なものにしていく上で、極めて示唆的である。「アジア」という観点に関心をお持ちの諸氏にも、「医療保障制度」という観点に関心をお持ちの諸氏にも、ぜひ一読をお勧めしたい。

注

- 1) 合計特殊出生率は、日本1.3に対し、シンガポールは1.0(ともに2007年)。出所：World Development Indicators (2008)。
- 2) データの出所は上記1)と同じ。
- 3) データの出所は上記1)と同じ。

参考文献

島崎謙治(2005)「わが国の医療保険制度の歴史と展開」
遠藤久夫・池上直己編著『医療保険・診療報酬制度』勁草書房

(よねやま・まさとし 国立保健医療科学院
福祉サービス部主任研究官)