

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）「2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けたアジア各国の進捗状況と課題に関する研究」
令和4年度 分担研究報告書

「各国の状況に適した制度構築の重要性」

研究分担者 林 玲子 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

【目的】国際的な UHC の評価枠組は、妊婦検診実施率や子供の予防接種率といったアウトカム指標が用いられるが、そのような指標を向上させるには、医療サービスを提供するための制度が各国の法的枠組みで規定され実施される必要がある。本報告は、東アジア、東南アジアにおける UHC のための法的枠組みの推移と現状を比較し、UHC 達成に必要な課題を明らかにすることを目的とする。

【方法】東アジア、東南アジアにおける主要国の医療保障制度について、各国政府による公表資料、研究論文等を収集し、法・規則等の整備状況を把握し分析した。

【結果】日本においては1958年に成立・公布交付された国民健康保険法により1961年に皆保険が達成され、その後同法や、老人保健法、高齢者の医療の確保に関する法律などの成立制定、改正が行われている。中国においては、1951年に労働保険条例が制定されたが、改革開放の中、1990年代、2000年代に都市従業員、都市住民、農村住民それぞれを対象とした保険制度が構築された。韓国においては1963年に医療保険法が制定された後、農漁民、都市住民の強制加入により1989年に皆保険が達成され、さらに2000年には国民健康保険法により制度が統合された。東南アジアに目を転じれば、タイでは公務員医療給付制度が1978年、フィリピンではメディケア・プログラムが1972年と早い段階に導入されているが、全ての人を対象とした医療保障制度は多くの国で2000年前後に導入されている。

【結論】東アジア、東南アジアにおいて、公的医療保障制度はすでにある程度構築されている。UHC の達成はどのレベルに収めるのか、財源との兼ね合いで制度を最適化するアプローチが必要であり、現状の制度の状況が事業年報などの報告を通じ透明性をもって公表され、制度をよく理解したうえでその改善方法を検討・提案する必要がある。

※詳細は別添論文を参照のこと。

A. 研究目的

すべての人の健康長寿を目指すには、UHC (Universal Health Coverage) が達成されなければならない。UHC 達成は、SDGs (持続可能な開発目標) の中に明確に位置付けられ、その評価には指標 3.8.1

および 3.8.2 が用いられる。

一方、日本語で UHC が「国民皆保険」と訳されるように、国が実施する政策・制度がどのように整っているのか、という政策的な、マクロな視点も重要である。政策・制度に着目し、アジアの状況を比較分

析することが本稿の目的である。

B. 研究方法

東アジアから日本、中国、韓国、東南アジアのうち、タイ、フィリピン、インドネシアを対象とし、それらの SDG3.8 指標を確認したうえで、各国政府による公表資料、研究論文等により医療保障制度の沿革を概説する。制度は公的に行われるものであるため、アウトカムとしてその国の医療費（医療支出）が、政府と民間でどのような割合になっているかを確認した。また、各国で得られるその他の情報についても分析した。

<倫理的配慮>

用いるデータはインターネット上に公表されたものであり、特段の倫理的配慮が求められるデータ利用はない。

C. 研究結果

各国の状況を別添論文にとりまとめた。医療保障に関する制度構築の推移をみると、まずは公務員や公的企業従事者、退役軍人を対象した制度が構築され、その後民間企業従業員、それ以外の人々と制度が拡大される傾向がある。日中韓においては、日本の場合は第二次世界大戦、韓国の場合は朝鮮戦争、中国の場合は文化大革命や改革開放と、社会体制すべてに影響を及ぼす事象がそれぞれ異なり、医療保障制度構築の歩みが異なるが、タイ、フィリピン、インドネシアをみる限り、ASEAN では 1960-70 年代に公務員、企業従業員を対象とした制度が整備され、2000 年前後に全国民を対象とした制度に拡大される、という共通の流れがある。

D. 考察

タイ、フィリピン、インドネシアにおける制度構築の推移の類似性には ASEAN

の政策が関連している可能性もある。

その成立過程に応じて日本、タイでは複数の制度が分立しているが、韓国では 2000 年に制度が統合され、中国、フィリピン、インドネシアでは統合が進行中である。このような統合のメリットは、例えば韓国では全国民の医療データ評価により効率的な医療を進めることに成功しており、少なくないと考えられるが、官民連携、言い換えれば混合医療との兼ね合いをみながらも、どのような統合が最適なのか、さらなる国際比較分析が求められよう。

E. 結論

2030 年までに UHC を達成できるのか、今回取り上げた 6 개국については、後発である新興国でも 2015 年前後に制度構築が大きく進んでおり、今後の進展と UHC 達成に希望が持てる。一方、いずれの国も医療支出は大きく増加しており、今後の増大する高齢者数に応じて、さらなる増大は避けられないところ、それを公的に負担するのか、個人の支出と民間企業に頼るのか、といった点に、国際的なコンセンサスはなく、現状では国によって方針は異なっている。医療費の増大は、逆に言えば需要の増大による経済、GDP の増大をもたらすことにもなる。保健分野は公的政策の関与が大きく、それは一国の政策決定機関のみではなく、二国間援助機関、ASEAN、国連などの国際機関など多くの主体がある。UHC の推進は SDG と並んで国連により掲げられている目標であるが、それが実際に人々に届くのは各国固有の制度に左右される。制度がどのように構成され何が足りないか、といった分析には、各国の制度を的確に把握する必要がある。またその把握を通じて、効率的な施策を抽出し、他国へ適用することを提案することもできよう。こ

のような作業は継続的に行う必要がある。

F.引用文献

別添論文に記載した。

G.研究発表

学会発表

HAYASHI Reiko, “Global Impact of COVID-19 on Population Dynamics”, 2nd International Borneo Public Health Conference (IBPHC) 2022, online (2022.8.24)

HAYASHI Reiko, “Regional Difference of COVID-19 Mortality: Excess and Deficit”, The International Conference on Population Geographies 2022, online (2022.8.25)

林玲子、大澤絵里「各国の状況に適した制度構築の重要性アジアにおける UHC 施策の比較から」第 41 回日本国際保健医療学会西日本地方会、長崎大学 (2023.3.4)

論文発表

HAYASHI Reiko "COVID-19 and Mortality Decline in Asia in 2020", Journal of Population Problems (Jinko Mondai Kenkyu), Vol.78, No.4, pp.493-508, doi:10.50870/00000436 (2022)

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

別表 1 各国統計 URL

- WHO-1: WHO, WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2019
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghc2019_cod_methods.pdf?sfvrsn=37bcfac5_5
- WHO- 2: WHO, Division of Strengthening of Health Services (1994) *The Health Centre in District Health Systems*, WHO/SHS/DHS/94.3, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62593>
- WHO- 3: WHO (1978) Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>
- 日本- 1: 『衛生局第一第二報告』 <https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/1939073> (13 頁)
- 日本- 2: 内閣統計局 (1902) 『明治 32 年日本帝国人口動態統計』
<https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/805977>
- 日本- 3: 『衛生局年報明治 35 年』 <https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/901794> (42 頁)
- 日本- 4: 厚生労働省「人口動態調査 結果の概要」 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>
- 日本- 5: 「e-stat 人口動態調査」 <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450011&tstat=000001028897>
- 韓国- 1: 朝鮮総督府『昭和十三年～十五年朝鮮人口動態統計』
<https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/1282050>
- 韓国- 2: 朝鮮総督府『昭和十六年朝鮮人口動態統計』 <https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/3454144>
- 韓国- 3: 朝鮮総督府『昭和十七年朝鮮人口動態統計』 <https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/3454146>
- 韓国- 4: 韓国統計庁 "Deaths and Death rates by cause(236 item), sex, and age(by five-year age group)"
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E07&language=en&conn_path=I3
- 中国- 1: 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心『全国疾病监测系统死因监测数据集』
https://ncncd.chinacdc.cn/xzzq_1/202101/t20210111_223706.htm
- フィリピン- 1: Philippine Statistics Authority, *Death Vital Statistics Report(VSR)*
<https://psa.gov.ph/content/vital-statistics-report-vsr>
- ブルネイ- 1: Department of Statistics, Department of Economic Planning and Statistics (DEPS), Ministry of Finance and Economy, *Brunei Darussalam Vital Statistics 2020*,
<https://deps.mofe.gov.bn/SitePages/Vital%20Statistics.aspx>
- マレーシア- 1: Department of Statistics Malaysia, *Statistics on Causes of Death Malaysia, 2021*,
<https://newss.statistics.gov.my/newss-portalx/ep/epProductFreeDownloadSearch.seam>
- シンガポール- 1: Immigration & Checkpoints Authority, *Quarterly Births & Deaths Statistics*,
<https://www.ica.gov.sg/news-and-publications/statistics>
- シンガポール- 2: Statistics Singapore, "Indicators On Population",
<https://tablebuilder.singstat.gov.sg/table/TS/M810001>
- タイ- 1: National Statistical Office, *Statistical Yearbook Thailand 2021*,
<http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/SYB-2021/244/index.html>, "Deaths by the First 10 Leading Cause Groups of Death" (2017-2019) p.182.
- ミャンマー- 1: Central Statistical Organization, *Myanmar Statistical Yearbook 2020*,
https://mmsis.gov.mm/sub_menu/statistics/fileDb.jsp?code_code=001
- DHIS2- 1: DHIS2 (District Health Information Software 2), <https://dhis2.org/>

- インド - 1: HMIS Health Management information System, Ministry of Health and Family Welfare,
<https://hmis.nhp.gov.in/>
- インドネシア - 1: インドネシア地域保健データシステム PUSDATIN, <https://pusdatin.kemkes.go.id>
- インドネシア - 2: インドネシア保健人材データシステム Informasi SDM Kesehatan Indonesia,
http://bppsdmk.kemkes.go.id/info_sdmk/
- インドネシア - 3: Profil Kesehatan Indonesia (インドネシアの健康プロフィール 2020),
<https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-Tahun-2020.pdf>

各国の状況に適した制度構築の重要性

林玲子

国立社会保障・人口問題研究所

I. はじめに

すべての人の健康長寿を目指すには、UHC (Universal Health Coverage) が達成されなければならない。UHC 達成は、SDGs (持続可能な開発目標) の中に明確に位置付けられ、その評価には指標 3.8.1 および 3.8.2 が用いられる (WHO/IBRD/WB 2017)。

指標 3.8.1 「UHC サービスカバレッジインデックス」は、表 1 に示した 4 つの分野の 14 の項目により成り立っている。各項目の指標は、たとえば必要な人が近代的な避妊を実施している割合、予防接種を受けている子どもの割合、といった、医療サービスがどのように提供され利用されているか、という指標もあれば、空腹時血糖値の平均値といった、状況を表す指標が混在している。また、日本においても一次データにより算出が不可能な指標も少なからず存在している (児玉 2022)。

表 1 SDG 指標 3.8.1 の構成

妊娠・出産・新生児・ 子どもの健康 Reproductive, maternal, newborn and child health	感染性疾患 Infectious diseases	非感染性疾患 Noncommunicable diseases	サービス能力と アクセス Service capacity and access
家族計画 Family planning	結核 Tuberculosis	高血圧 Hypertension	病院へのアクセス Hospital access
妊娠と出産 Pregnancy care	HIV/AIDS	糖尿病 Diabetes	保健人材 Health workforce
小児予防接種 Child immunization	マラリア Malaria	タバコ Tobacco	健康危機対応 Health security
小児の治療 Child treatment	水と衛生 Water, sanitation and hygiene		

指標 3.8.2 は、家計の支出又は所得に占める健康関連支出が 10%を超える人口の割合と 25%を超える人口の割合の二つが指標として設定されている。これは、医療支出は税金もしくは公的な医療保険により賄われるべきであり、家計の 10%、もしくは 25%を超える

医療費を払うことは、「壊滅的な医療支出 (catastrophic health spending)」に相当する、という定義 (Wagstaff et al. 2018) に基づくものである。

2030年のSDGs達成目標年までに向けて、この3.8.1と3.8.2を向上させることが目標となっているが、現状で世界全体の3.8.1は向上しているものの、3.8.2はCOVID-19パンデミック以前でも悪化していた(図1、3.8.2の値は医療支出の割合が10%以上について示し、以下同様である)。現時点(2023年3月)で国連SDG指標データベースには、3.8.1は2019年まで、3.8.2は2017年までしか掲載がなく、その後の値の推移、特に新型コロナウイルス感染症パンデミック(以下「コロナ」とする)中の値が世界全体としてどのように変化したのかはまだ明らかでなく、今後のデータ公表が待たれる

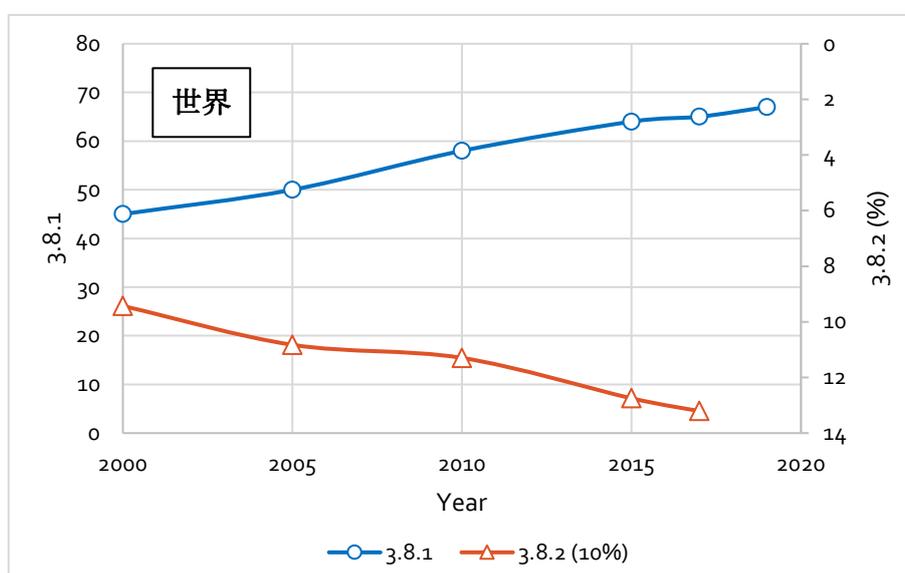


図1 UHC指標推移(世界)

資料: UN SDG Indicators Database

サービスを受ける個人が医療サービスを受けているかどうか、どの程度医療費を支払っているか、という個人ベース、ミクロな視点で構築されているのがこれらの3.8指標であるが、日本語でUHCが「国民皆保険」と訳されるように、国が実施する制度がどのように整っているのか、という政策的な、マクロな視点も重要である。政策により法律、国家計画、政令やプログラムが制定され、それらが制度となり、保健人材、保健施設、保健財政、医薬品・検査の流通といった保健システムが構築され、それがすべての人に行き渡った時にUHCが達成され、人々の健康長寿が実現する(図2)。SDG指標3.8は保健システムの状況や健康長寿の状況をしめすものであるが、これらをもたらず政策・制度に着目し、アジアの状況を比較分析することが本稿の目的である。

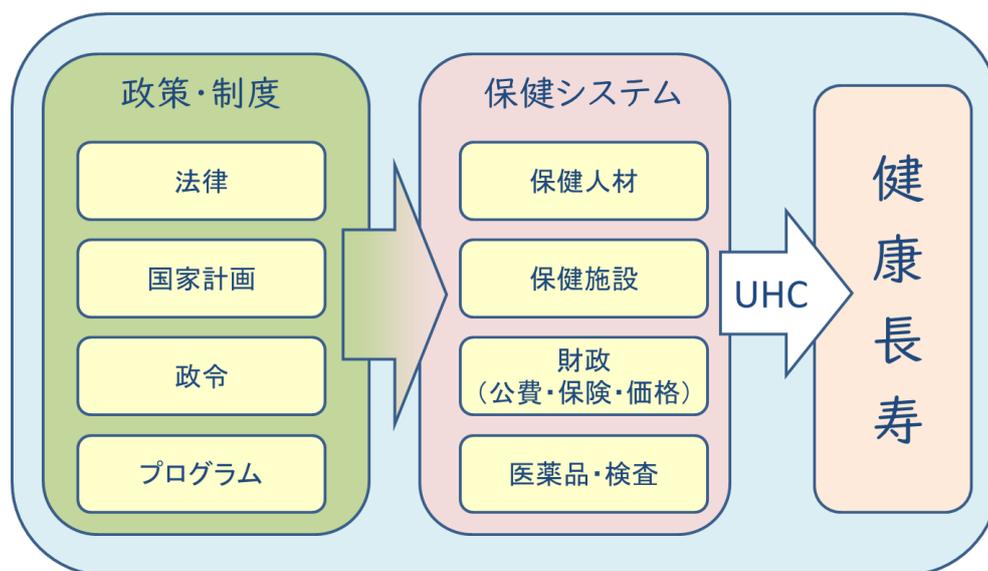


図 2 政策・制度→保健システム→UHC→健康長寿への道程

II. 方法

東アジアから日本、中国、韓国、東南アジアのうち、タイ、フィリピン、インドネシアを対象とし、それらの SDG3.8 指標を確認したうえで、各国政府による公表資料、研究論文等により医療保障制度の沿革を概説する。制度は公的に行われるものであるため、アウトカムとしてその国の医療費（医療支出）が、政府と民間でどのような割合になっているかを確認した。また、各国で得られるその他の情報についても分析した。

III. 結果

1. 日本

日本の UHC 指標のうち 3.8.1 は増加しているものの 2019 年では 85 にとどまり、3.8.2 は 2015 年以降悪化している（図 3）。日本の 3.8.2 の値は国連データベース（UN 2023）に付け加え、最新年が公表されている Japan SDGs Action Platform（外務省 n.d.1）の値も用いたが、2021 年まで継続して悪化（10%以上支出がある人の割合が上昇）している。

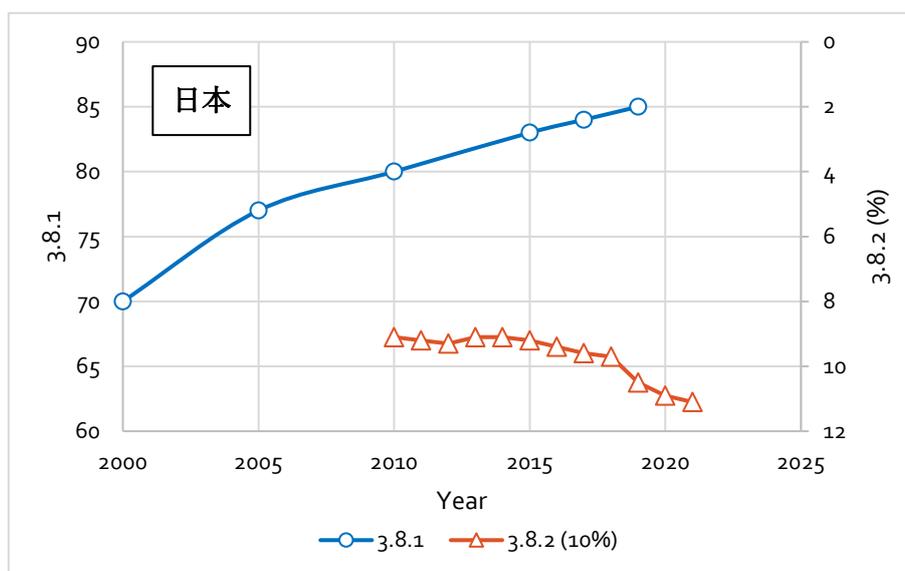


図 3 UHC 指標推移 (日本)

資料: UN SDG Indicators Database、

日本の 3.8.2 の値は、総務省が家計調査の個票を特別集計して算出し、作成方法として公表しているものである（外務省 n.d.2）。公表されている家計調査の集計表（総務省統計局 2022）をみると、2021 年 1 か月 1 世帯あたりの平均消費支出は 235,120 円で、保健医療の支出は 10,792 円（健康保持用摂取品を除く）であり、保健医療支出の平均消費支出に対する割合は 4.6%である。作成方法によれば、紙おむつ、出産入院料を除いたものとされているので、保健医療の支出はさらに少なくなるはずである。また、年間収入十分位階級で一番収入が少ない階級における、保健医療支出割合は 5.2%に過ぎない。2021 年の 3.8.2 の値は 11.1%となっており、年間収入が少ない世帯で保健医療支出割合が高くなると仮定すれば、少なくとも年間収入十分位階級が最低である階級で、医療支出割合が 10%に近くなるのではないかと考えられるが、個票による計算はそのようになっていない。

年間収入が低いので医療支出割合が高い、というわけではない可能性もある。例えば日本の国民健康保険では、年収が 1000 万円を超えると医療・介護・後期高齢者支援金分を合わせた保険料は概ね 10%程度となる。これが最高料率ではあるものの、さらに医療を受け 3 割負担分を払うと、支出に対する医療費の割合は 10%を超えるであろう。このようなケースが SDGs で問題とされる catastrophic health spending に該当するのかは議論が要されるところである。

日本は 1961(昭和 36)年に国民皆保険を達成したが、それは、1958(昭和 33)年に難産の未改正された国民健康保険法の中に、3 年後の 1961 年 4 月 1 日までに市町村に皆保険の実施義務が付されたことによるものである。公的な健康保険を規定する法律は 1922(大正 11)年に制定された健康保険法が最初で、関東大震災などの影響もあり 1927(昭和 2)年に実施された。日本の場合、この健康保険法の第一の目標は、工場法や鉱業法の適用を受ける事業の

労働者の保護であり、公務員、とりわけ官営製鉄所や鉄道といった官業の職員はすでに組織されていた個別の共済組合の制度を継続することとされた（厚生省 1988）。最初の法律が公務員を対象とするものではない、という点は新興アジアと比べると異質であるが、「制度」の範囲をどこまでと考えるか、官業の共済組合といった個別の組織を制度と定義するのであれば、健康保険制度の歴史はさらに過去に遡ることとなる。

表 2 日本における UHC に関わる法律・制度

西暦	和暦	法律・制度
1922	大正 11	健康保険法（施行は 1927(昭和 2)年）
1938	昭和 13	国民健康保険法
1939	昭和 14	船員保険法
1940	昭和 15	政府職員共済組合令
1958	昭和 33	国民健康保険法改正 （1961 年 4 月 1 日までに市町村に皆保険の実施義務）
1961	昭和 36	国民皆保険達成
1973	昭和 48	老人医療費無料化
1983	昭和 58	老人保健法（各保険の老人医療費負担の公平化）
1984	昭和 59	健康保険法改正（被保険者本人の一部負担金導入）
2008	平成 20	後期高齢者医療制度

資料：「厚生省五十年史」（厚生省 1988）等より筆者作成

1927(昭和 2)年に健康保険法が施行された後、1938(昭和 13)年には国民健康保険法が施行され、「人口政策確立要綱」で明記されたような「健康保険制度を拡充強化して之を全国民に及ぼす」政策により公的健康保険カバー率は 1944 年に 69.3%まで高まった（図 4）。しかし敗戦と戦後の社会情勢の悪化によりカバー率は大きく落ち込み、国民皆保険達成まで 16 年を要した。

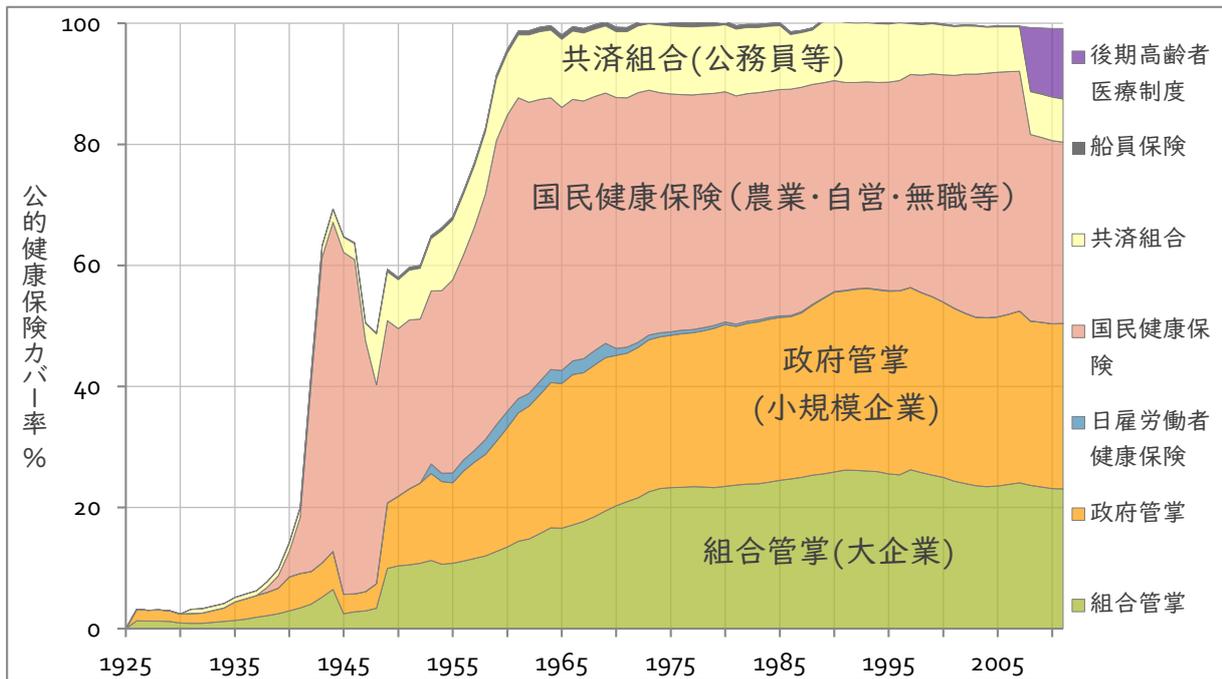


図 4 日本における公的健康保険のカバー率の推移

資料: 医制百年史 (厚生省 1976)、長期統計 (日本統計協会 1988)、社会保障統計年報各年 (国立社会保障・人口問題研究所)、高木 (1994) より筆者作成。初出は林 (2015)。

戦前はもちろんであるが、戦後においても、健康保険でカバーされているといっても、医療費の支払いがゼロになるわけではない。1961年の皆保険達成後の一部負担割合の推移をみると(表 3)、皆保険達成当初、自己負担額がゼロであったのは、組合健康保険の被保険者本人のみであり、その家族や国民健康保険の被保険者は、医療費の半分の自己負担が必要であった。その後、この格差を縮めるよう法律の改正が続けられ、ようやくすべての被保険者の自己負担額が同一の3割負担になったのは2003年のことである。その後後期高齢者医療制度の導入により、被保険者である75歳以上の後期高齢者の自己負担割合は1割となったが、近年所得に応じて3割まで増加している。自己負担額が過大にならないように、高額療養費制度が設けられ、生活保護の受給対象者は医療費の自己負担額はないなど、二重三重の制度で皆保険を達成しているのが日本の状況であるが、一定の額の医療支出があるのも英国などと比べた日本の特徴であるといえる。

表 3 皆保険達成後の一部負担割合の推移

保険種類	被保険者	1961	1964	1968	1973	1984	1997	2003
健康保険 (組合・政 府管掌・船 員)、共済	被保険者 本人	0%	0%	0%	0%	10%	20%	30%
	扶養者	50%	50%	50%	30%	30%	30%	30%
国民健康 保険	世帯主	50%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
	世帯員	50%	50%	30%	30%	30%	30%	30%

資料: 厚生統計協会「国民衛生の動向」各年版より筆者作成

このような制度と共に、日本における医療支出は増加しているものの、政府支出の割合は概ね 80%程度で推移し、2011 年からは若干割合は上昇し 84%となっている。

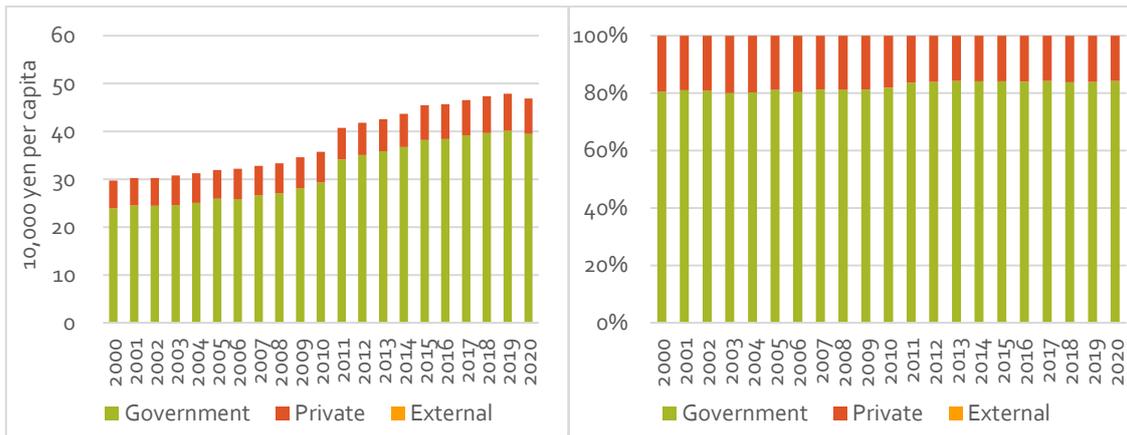


図 5 日本におけるセクター別医療支出額・割合推移

資料: WHO Global Health Expenditure Database

2. 韓国

韓国の SDGs3.8.1 指標は上昇しながら 2019 年には 87 と日本の 85 を追い抜いている。3.8.2 は日本同様 2016 年に 13.9%となるまで悪化したものの、その後 12.3%まで回復している (図 6)。

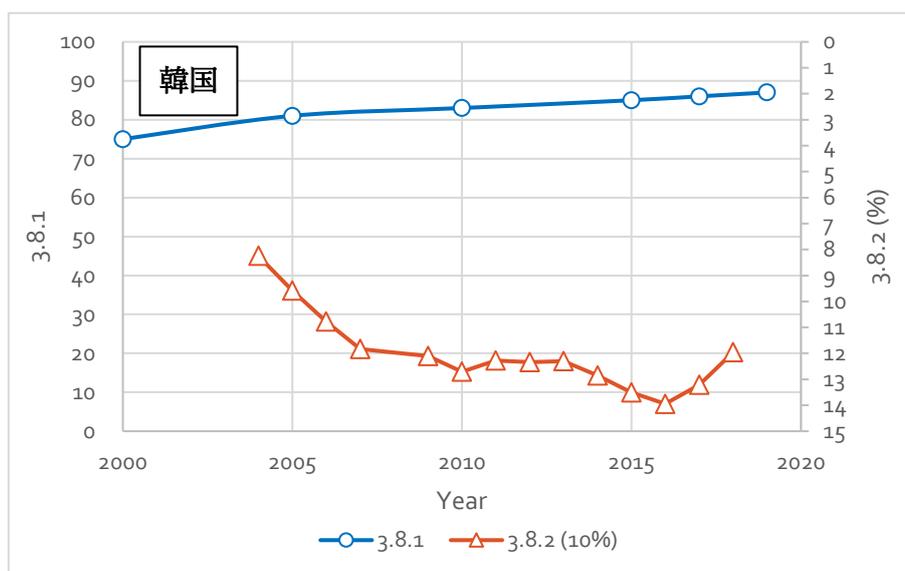


図 6 UHC 指標推移 (韓国)

資料: UN SDG Indicators Database

韓国は朝鮮戦争後 1963 年に任意保険である国民健康保険制度がはじまり、その後強制加入対象を広げ、1989 年に制度としての UHC を達成した (表 4)。当時は日本同様、多くの健康保険組合が乱立している状況であったが、1997 年のアジア経済危機を契機に、2000 年には国民健康保険に一本化され、国民健康保険公団が国民すべての医療保険の運営を行っている。また同じ年、健康保険審査評価院 (HIRA) が設立され、国民健康保険公団から独立した健康保険請求・給付の審査を行うとともに、国民すべての医療保険データを解析・公表し、皆保険制度の効率化が図られている。2017 年からの 3.8.2 の改善がこのような組織的な取り組みが功を奏したのかはより詳細な分析が必要であるが、韓国の医療保険制度の進展は他国に対して貴重な示唆を与えるものである。

表 4 韓国における UHC に関わる法律・制度

年	法律・制度
1963	医療保険法 (任意保険)
1976	医療保険法改正
1977	職場医療保険 (従業員 500 人以上の企業の強制加入)
1979	公務員および私立学校教職員医療保険
1988	地域医療保険 (農村・漁村住民を対象)
1989	地域医療保険 (都市部自営業者を対象) → UHC 達成
2000	国民健康保険法施行 (医療保険統合) 健康保険審査評価院 (HIRA) の創設

資料: 岡本 (2008)、増田・金 (2015)、小島 (2016)、金 (2022a)、韓国健康保険審査評価院 (n.d.)

韓国の医療支出は、2000年から2021年にかけて、右肩上がりに増加し、2000年では542,826ウォンであったところ、2021年では3,467,546ウォン（約34.7万円）と6倍強になっているが、政府支出と民間支出の割合はこの期間を通じてあまり変化がなく、6割程度が政府支出となっている（図7）。2018年より政府支出の割合が微増しているが、これが3.8.2の向上と関係している可能性もある。

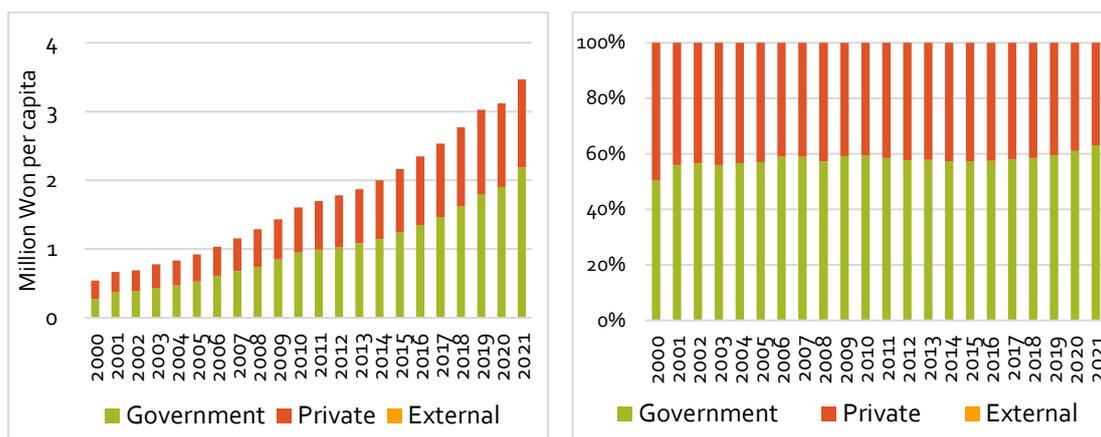


図7 韓国におけるセクター別医療支出額・割合推移

資料: WHO Global Health Expenditure Database

3. 中国

中国におけるSDG 3.8.1は上昇しているが、3.8.2は悪化しており、またその値は2002年で10%、2016年で24%と他国と比べても高い値になっている。この値は国連SDG指標データベースより2023年2月にダウンロードしたものであるが、その後更新されたデータセットには中国の3.8.2の値は表示されなくなった。現在、統計算定方法を見直しているのではないだろうか。果たして24%という数値が他国と比較可能な値なのかは、今後より詳細にみる必要があるだろう。

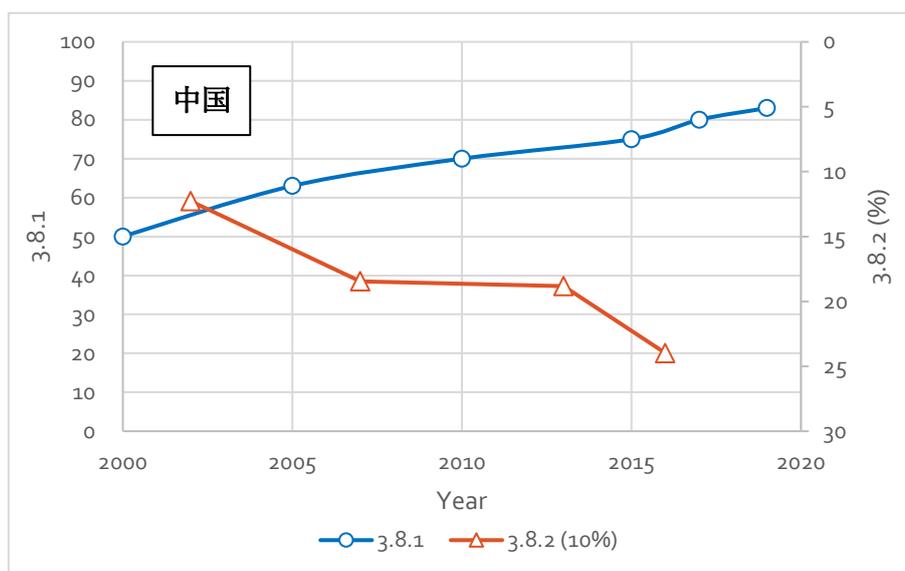


図 8 UHC 指標推移 (中国)

資料: UN SDG Indicators Database

中国の健康保険制度は、1949年の改革開放後、共産主義政権のもと、1951年に都市戸籍労働者に対する労働保険条例、1952年に公務員に対する公費医療制度が整備された後、1956年より、農村戸籍住民に対して農村合作医療制度が整備された。その制度のもと、はだしの医者（赤脚医生）が養成され、その医療モデルやはだしの医者は1978年のWHOアルマータ宣言とプライマリーヘルスケア報告書（WHO 1978）により広く知られるところである。しかしながら、1970年代の文化大革命による社会インフラの瓦解、1980年代の人民公社解体による農村合作医療制度の崩壊で、医療制度は弱体化した。

1990年代に入ると改革開放の流れの中、まずは都市部からモデル地区での医療保険制度の試行を経て、1998年労働保険および公費医療を統一する公的医療保険制度が構築された。モデル地区での施行を経て全国に拡大する、というのは中国における一つの制度構築のやり方であるが、中国における介護保険制度は、現在、このモデル地区での試行段階にある。

農村部では2003年に任意加入であるが新型農村合作医療制度が始まり、加入者数はその後増加した（表6）。中国における都市部と農村部は、戸籍制度からして分離されているが、近年その改革がなされており、都市部と農村部の統合は喫緊の課題であり、医療保険制度においても2022年に全国基本医療保険制度が発足し、統合が図られている（馬2022、表5）。

このような制度の統合・拡充に応じて社会保障の加入者数は増加しており（表6）、医療保険の加入者数は2022年に13.5億人と、ほぼ全人口に達している。

表 5 中国における UHC に関わる法律・制度

年	法律・制度
1951	労働保険条例(当初は大規模国有企業労働者、その後都市戸籍労働者に拡大)
1952	公費医療制度(対象は公務員)
1956	農村合作社(後の人民公社)による医療保健所の設置と農村住民の労働災害、疾病の治療対応義務、「赤脚医生」(はだしの医者)の養成
1980年代	人民公社の解体による農村合作医療制度の崩壊
1994	モデル地区医療保険制度(両江、北京、海南、深圳など)。
1998	都市従業員基本医療保険制度
2003	新型農村合作医療制度
2007	都市住民基本医療保険
2020	基本医療衛生と健康促進法施行
2022	全国基本医療保険制度

資料: 馬 (2022)、金 (2022b)

表 6 中国における社会保障加入者数 (万人)

年	介護保険	医療保険	失業保険	労災保険	生育保険
1995	10,979	746	8,238	2,615	1,500
2000	13,617	3,787	10,408	4,350	3,002
2005	17,488	31,683	10,648	8,478	5,409
2010	35,984	126,863	13,376	16,161	12,336
2015	85,833	133,582	17,326	21,432	17,771
2018	94,240	134,459	19,643	23,868	20,435
2019	96,754	135,436	20,543	25,478	21,432

資料: 金(2022b)

中国における一人当たりの医療支出は、2000年では356元であったところ、2020年には4,026元と11倍に増加している(図9左)。セクター別割合をみると、2000年には公的20%、民間80%であったが、2015年には公的60%、民間40%と逆転した。これは公的医療保険制度の拡充によるものであろう。しかしながらその後はわずかながら民間の割合が増加している。中国では公的医療保険を補充するために商業ベースの民間医療保険導入を推進し、多層的な医療保障体制を構築することが目されており(金2022b)、民間の医療支出が増加するのもこのような政策に応じたものかもしれないが、3.8.2指標の悪化もあり、今後、米国のように、医療費が高騰しないか危惧される。

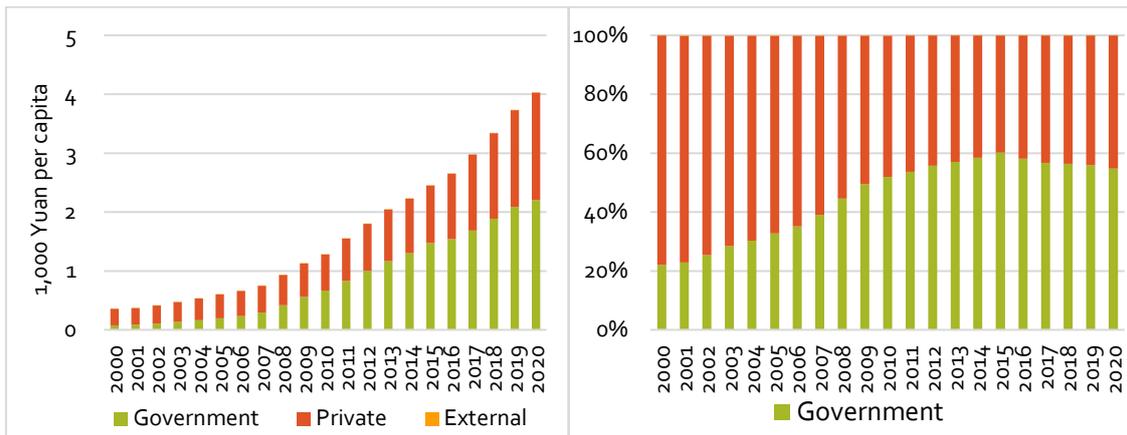


図 9 中国におけるセクター別医療支出額・割合推移

資料: WHO Global Health Expenditure Database

4. タイ

タイのSDG指標は、3.8.1、3.8.2のいずれも向上している（図10）。

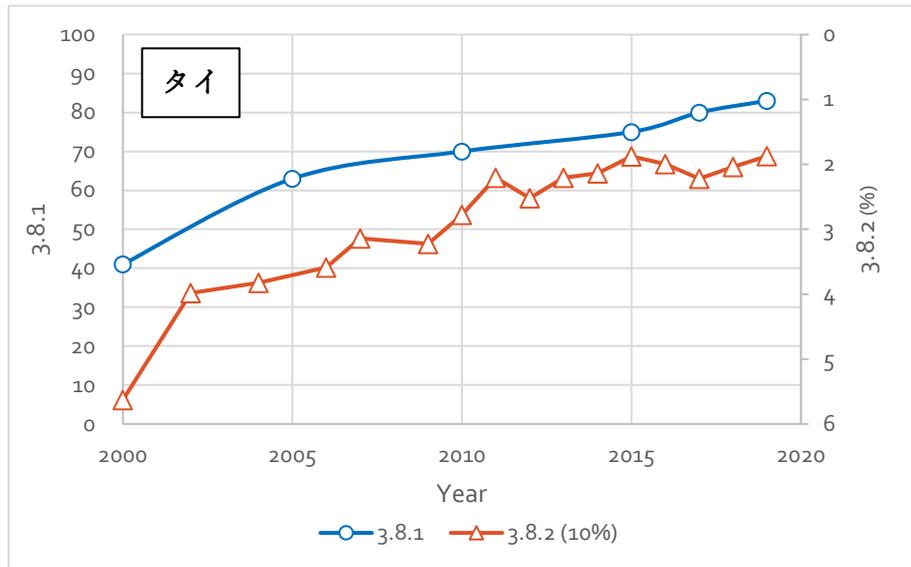


図 10 UHC 指標推移 (タイ)

資料: UN SDG Indicators Database

タイの公的医療保険制度は、公務員 (CSMBS)、企業 (SSS)、その他すべて (UCS) の三本立てとなっており、それぞれ1978年、1990年、2001年に開始した(表7、菅谷2015a)。それらの加入者の構成を所得水準別にみると、CSMBS、SSSは高所得層が多く、低所得層をカバーしているのはUCSであることがわかる(図11)。

表 7 タイにおける UHC に関わる法律・制度

年	法律・制度
1978	公務員医療給付制度 (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS)
1990	社会保険医療 (Social Security Scheme: SSS)
2001	30 パーツ医療制度 → 普遍的医療制度 (Universal Coverage Scheme: UCS)

資料: 菅谷(2015a)

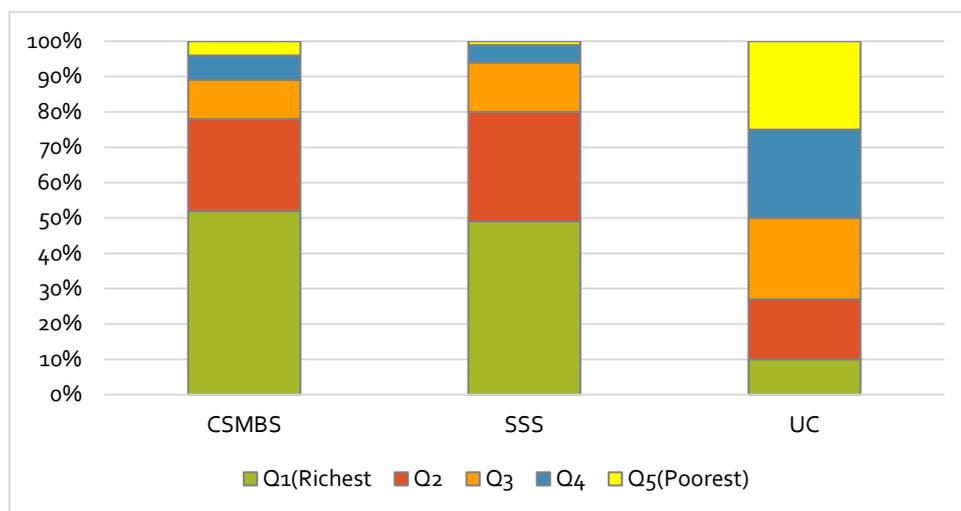


図 11 タイの保険種類別加入者所得水準

資料: Health and Welfare Survey 2004, In: Asia Pacific Observatory on Health systems and Policies (2015), Thailand

タイにおける一人当たりの医療支出は、2000年の2,493 バーツから2021年の9,547 バーツペソ (約38,476 円) へと3.8倍に増加した。セクター別にみると、2000年では政府支出が全体の55%であったところ、2007年には76%に増加し、その後微減して2020年では70%になっている (図 12)。

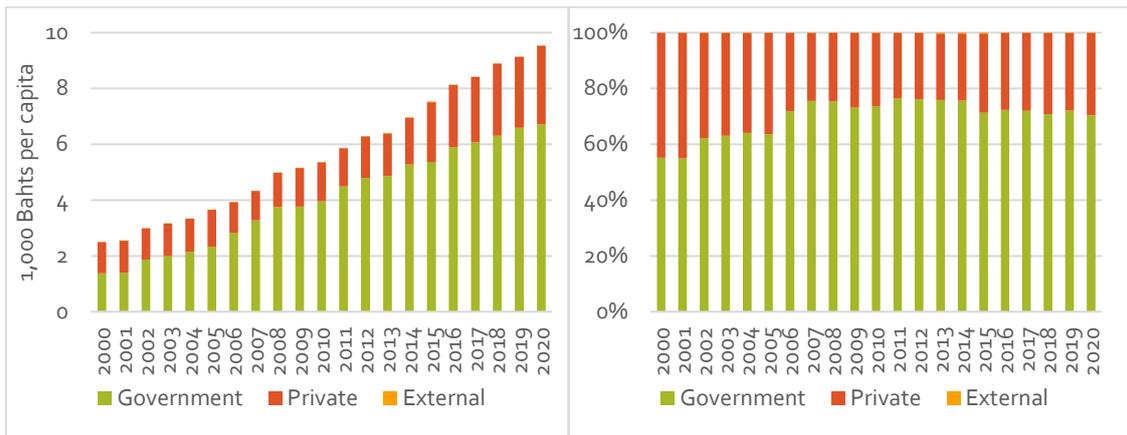


図 12 タイにおけるセクター別医療支出額・割合推移

資料: WHO Global Health Expenditure Database

5. フィリピン

フィリピンの SDG 指標をみると、3.8.1 は微増しているが、その水準は 55.0 (2019 年) と低い。3.8.2 は 2000 年から悪化の傾向である (図 13)。しかしながらその割合は 6.3% (2019 年) と、日中韓よりもよい。

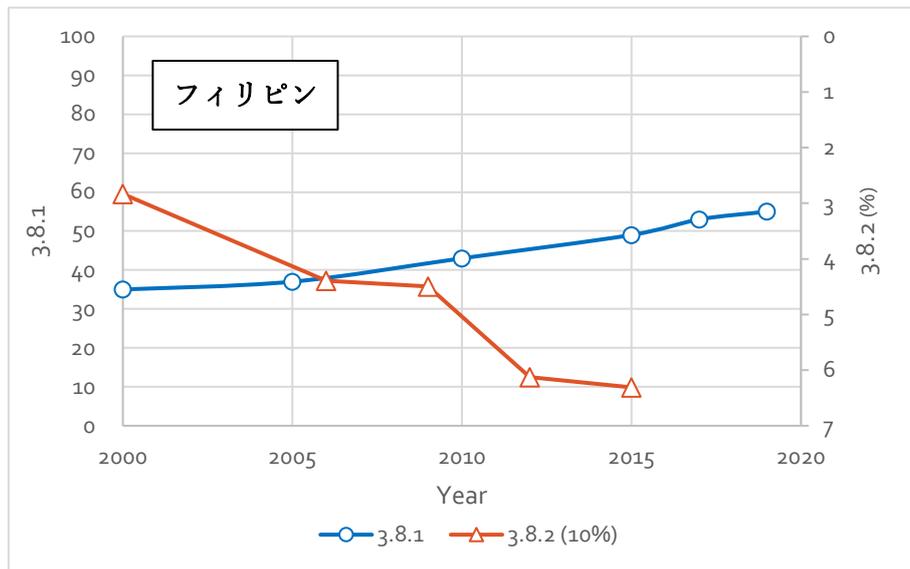


図 13 UHC 指標推移 (フィリピン)

資料: UN SDG Indicators Database

フィリピンにおける医療保障制度の歴史は短くなく、1972 年にはメディケア・プログラムがはじまり、そのうち公務部門 (GSIS) と民間部門 (SSS) を対象とした制度が先行して実施され、それ以外を対象とした制度は 1995 年になってようやく実施された (表 8)。こ

のような流れは、タイと類似している。1995年に成立した国民健康保険法は、正式な名称は「すべてのフィリピン国民に国民健康保険プログラムを制度化しそのためにフィリピン健康保険公社を設立する法律」（共和国法 7875）であり、名実ともに、国民皆保険制度を実施するものであった。その3年後にはGSISとSSSがフィリピン健康保険公社(PhilHealth)に移管され、さらに20年後の2018年にUHC法（共和国法 11223）が制定された。

表 8 フィリピンにおけるUHCに関わる法律・制度

年	法律・制度
1972	メディケア・プログラム I:公務部門 GSISと民間部門 SSS II:それ以外
1995	IIの強化のための国民健康保険法 (PhilHealthが運営)
1998	GSISとSSSがPhilHealthに移管
2018	UHC法制定

資料: 菅谷(2017)、DOH (n.d.)

フィリピンにおける一人当たりの医療支出は、2000年の1,449ペソから2021年の9,545ペソ（約23,194円）へと6.6倍に増加した。セクター別の内訳をみると、制度としては皆保険になってはいるが、政府支出割合は2000年から減少し、2011～3年には26%にまで落ち込んだ（図14）。その後割合は増えているが、2021年において44%と半分に達していない。いまだ、民間セクターが医療ケアの提供に果たす役割が大きい国である。

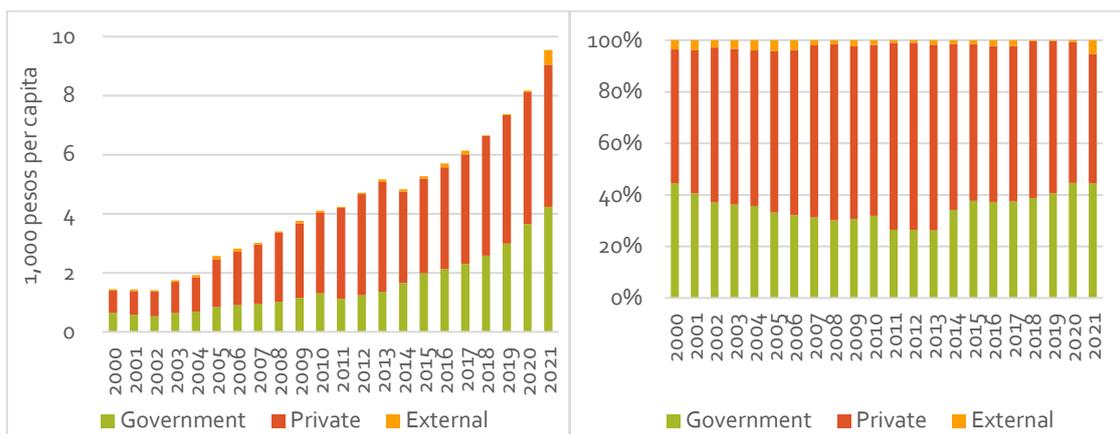


図 14 フィリピンにおけるセクター別医療支出額・割合推移

資料: WHO Global Health Expenditure Database

6. インドネシア

インドネシアのSDG指標3.8.1は順調に向上しており2019年では59である。一方3.8.2は悪化しているが、その値は2017年で4.5%であり、日中韓よりも好成績である(図15)。

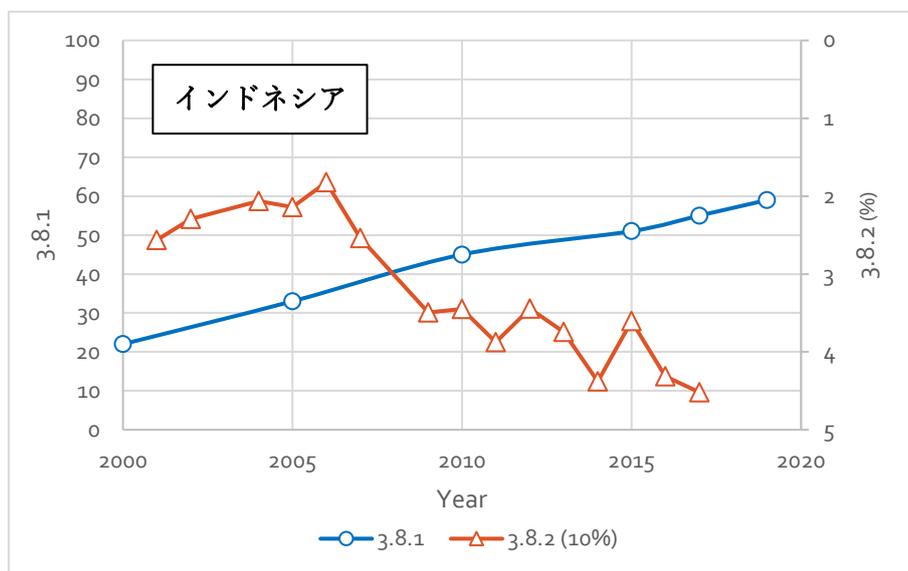


図15 UHC指標推移 (インドネシア)

資料: UN SDG Indicators Database

インドネシアの医療保障は、オランダ統治時代の公務員とその家族を対象とする制度が1949年の独立以降も存続しており、その時点で国民すべてをカバーする医療保険の構想もあったが実現しなかった(BPJS Kesehatan 2020)。その後1968年に、国営企業従業員、年金受給者とその家族の医療保障を行う医療基金管理庁が設立され、1992年にはPT Askesとなり、公務員、国営企業従業員、退役軍人、建国功労者とその家族の医療保障が講じられていた。医療保障の対象が拡大されたのは2004年の国民社会保障制度法の制定による。翌2005年には貧困者向け健康保険プログラムPJKMM、それら既存の制度もしくは民間保険に加入していない人を対象とした公的医療保険プログラムPJKMUが開始された。2004年から始まる一連の社会保障制度の構築の中で、PT AskesはBPJS Kesehatanとなり、2014年に既存の制度を統合して国民健康保障制度JKNが発足した(表9)。

2014年のJKN加入者は1億3340万人であったが、2021年には2億3572万人と増加した。コロナの影響もあり、2019年から2020年にかけて加入者数は若干減少したが、2021年にはふたたび増加に転じ、国民の87%が加入している状況である(KKRI 2022)。地域別にみるとジャカルタ、パプア、西パプア、アチェ、東カリマンタン、南スラウェシでは100%を超えており、これは加入者数のカウントが住所地ではなく勤務地で行われているためであるが、地域的には皆保険を達成したところも多い(図16)。

表 9 インドネシアにおける UHC に関わる法律・制度

年	法律・制度
1949	インドネシア独立に伴い、オランダ統治時代の公務員およびその家族を対象とした医療保障が継続
1968	医療基金管理庁(BPDPK) 設立(対象: 国営企業公務員、年金受給者とその家族)
1984	BPDPK が保健省管轄の国有企業化(PHB に改称)
1992	PHB が PT Askes に変更
2004	国民社会保障制度法成立
2005	PT Askes が貧困者向け健康保険プログラム(PJKMM)、公的医療保険プログラム(PJKMU)を開始
2011	PT Askes が健康社会保障運営機関(BPJS Kesehatan)として社会保障制度の保健部門を担当
2014	BPJS Kesehatan が運営する国民健康保険(JKN)開始

資料: BPJS Kesehatan (2020)、菅谷 (2015b)

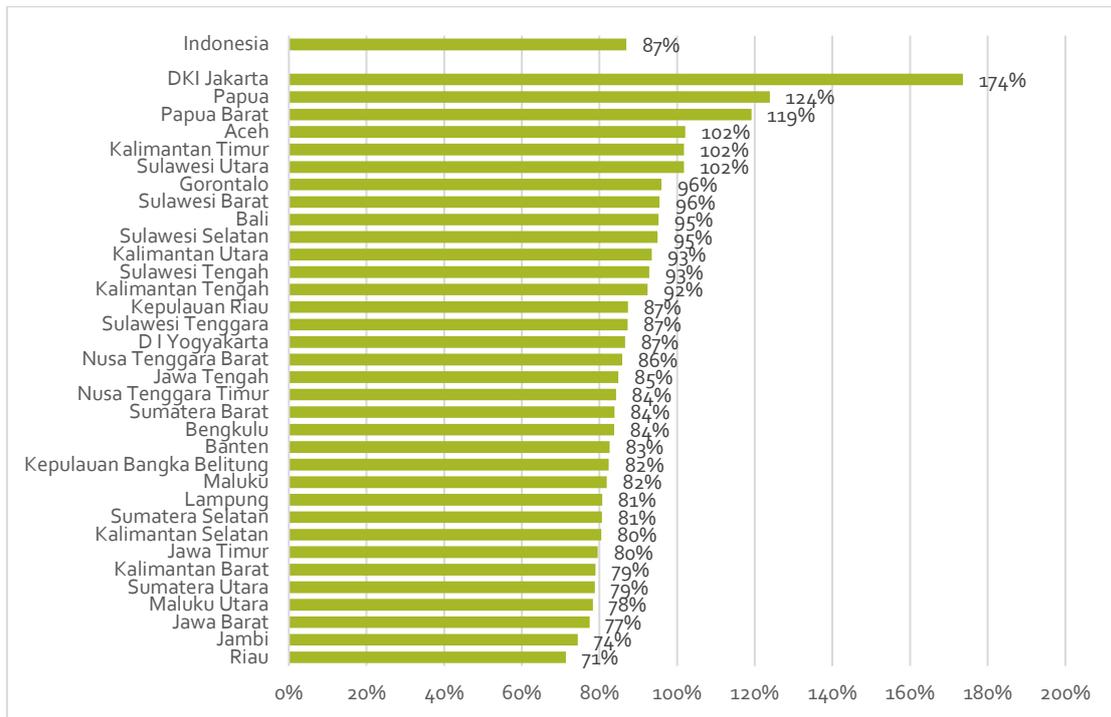


図 16 インドネシア州別国民健康保険 (JKN) 加入者割合 (2021 年)

注: 100%を超えている州があるのは、分子の加入者数は住所地ではなく勤務地の登録によるため。

資料: Profil Kesehatan Indonesia 2021 (KKRI 2022)

近年インドネシアによる保健統計の充実は著しく、上述した国民健康保険加入者数のみならず、保健人材についてもその数が日々webにアップデートされるようになっている。医師と看護師数についてみると（図 17）、2010年には医師 33,736 人、看護師 160,074 人であったところ、2023年3月1日には、医師 103,066 人、看護師 556,397 人となった。

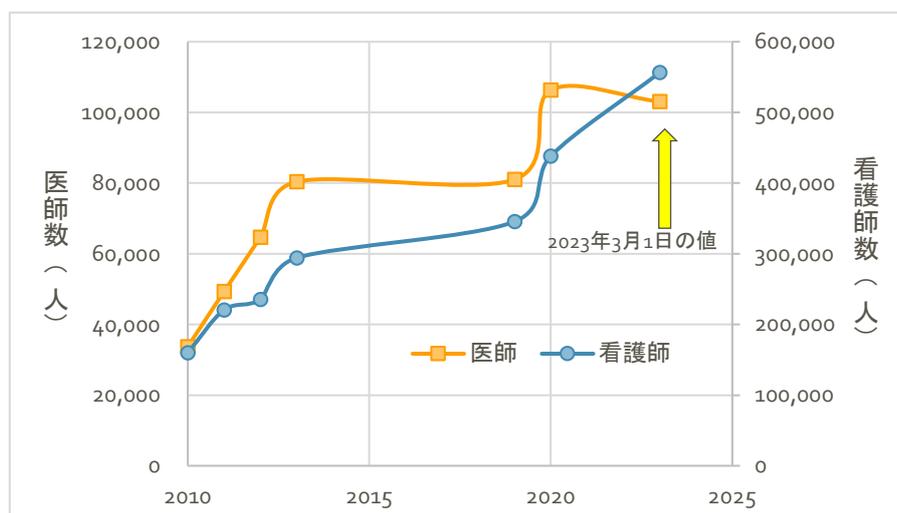


図 17 インドネシアにおける保健人材数の推移

資料: SISDMK (2023)

インドネシアにおける 2020 年の一人あたり医療支出額は 2000 年の 130,838 ルピアから 2020 年の 194 万ルピア（約 17,644 円）と、およそ 15 倍に急増しているが、政府支出割合も 2010 年から増加しており、これは公的医療保険の拡大によるものではないかと考えられる。

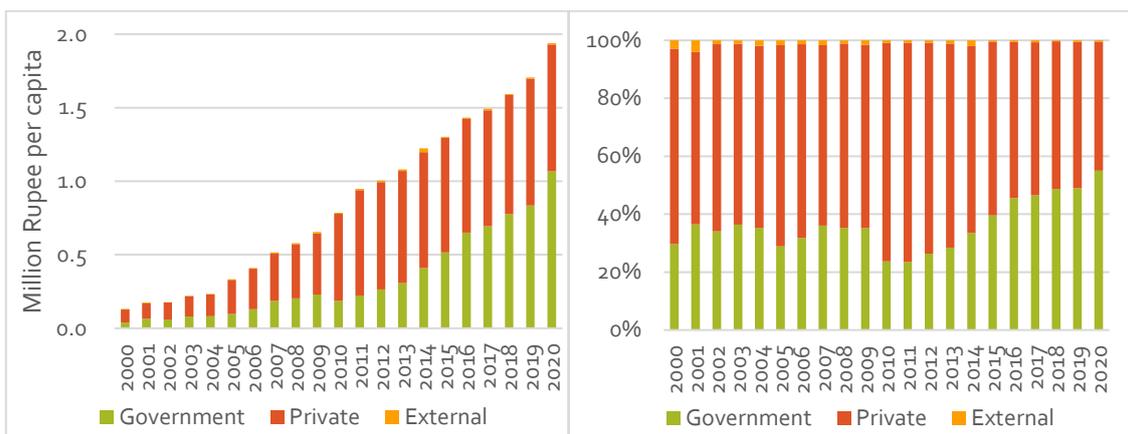


図 18 インドネシアにおけるセクター別医療支出額・割合推移

資料: WHO Global Health Expenditure Database

IV. 考察

医療保障に関する制度構築の推移をみると、まずは公務員や公的企業従事者、退役軍人を対象した制度が構築され、その後民間企業従業員、それ以外の人々と制度が拡大される傾向がある。日中韓においては、日本の場合は第二次世界大戦、韓国の場合は朝鮮戦争、中国の場合は文化大革命や改革開放と、社会体制すべてに影響を及ぼす事象がそれぞれ異なり、医療保障制度構築の歩みが異なるが、タイ、フィリピン、インドネシアをみる限り、ASEANでは1960-70年代に公務員、企業従業員を対象とした制度が整備され、2000年前後に全国民を対象とした制度に拡大される、という共通の流れがある。これは、ASEANの政策が関連している可能性もある。何らかの影響を及ぼしているのかもしれない。

その成立過程に応じて日本、タイでは複数の制度が分立しているが、韓国では2000年に制度が統合され、中国、フィリピン、インドネシアでは統合が進行中である。このような統合のメリットは、例えば韓国では全国民の医療データ評価により効率的な医療を進めることに成功しており、少なくともと考えられるが、官民連携、言い換えれば混合医療との兼ね合いをみながらも、どのような統合が最適なのか、国際比較をする価値があるだろう。

一方、2000年から2019年までの3.8.1は、どの国も向上、韓国が日本よりもやや高いまま微増、中国、タイが同水準で大きく増加、フィリピンとインドネシアが同水準で大きく増加、と推移しており(図 19)、それは制度構築の流れと、あまり関連がないようにも見える。

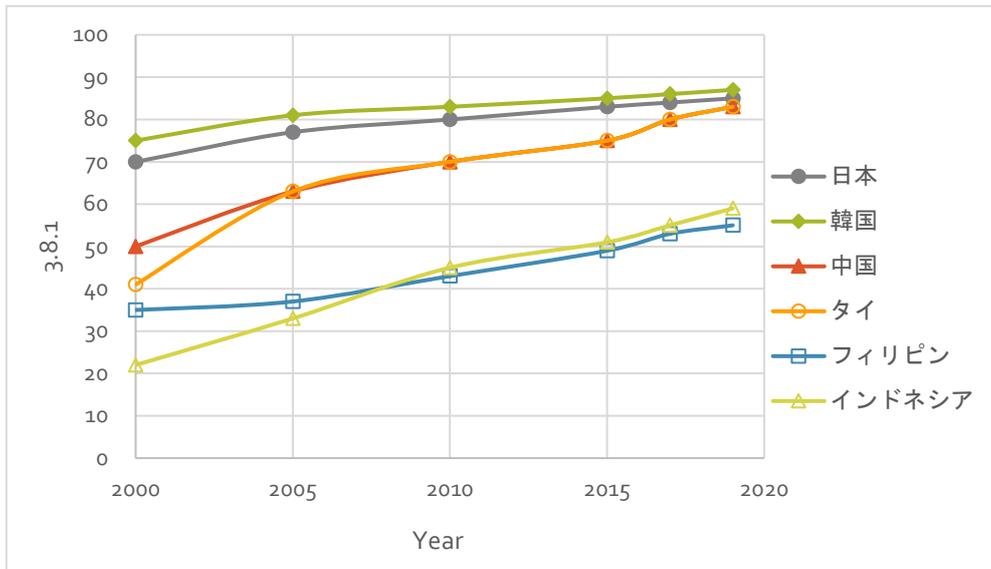


図 19 SDG 指標 3.8.1 の各国推移

資料: UN SDG Indicators Database

3.8.2 指標は、タイ、2017 年以降の韓国を除く全ての国で悪化している (図 20)。またその水準も各国様々である。はたしてこの指標が適切に「壊滅的な保健支出」を示しているのか、再検討が必要ではないだろうか。

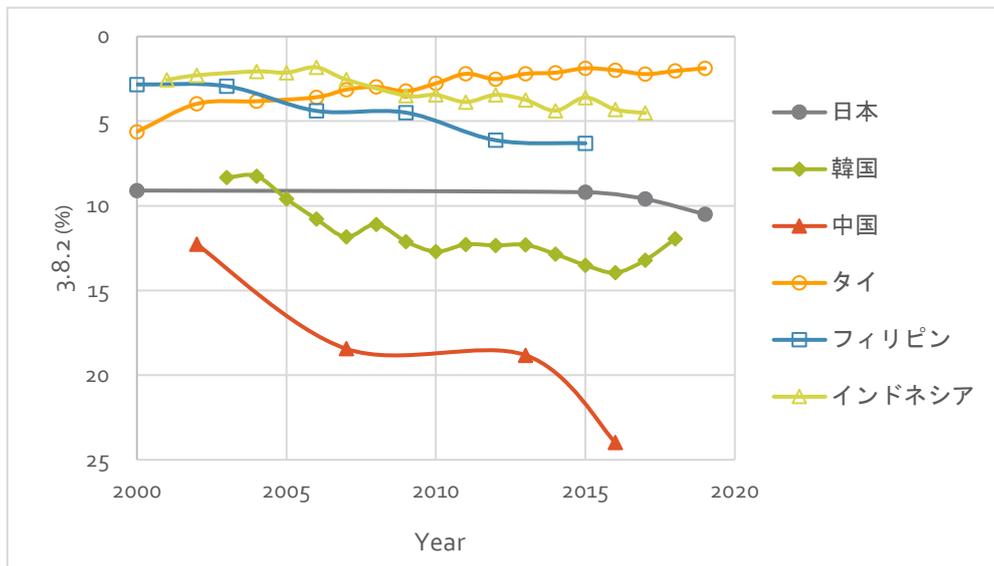


図 20 SDG 指標 3.8.2 の各国推移

資料: UN SDG Indicators Database

V. おわりに

今回対象とした国いずれも、医療保障制度構築にはある程度の歴史をもっている。そのため、現在の制度はすでに複雑で、その理解には歴史的背景についての知識が必要になるだろう。筆者にとっては、UHC は、公的医療保険制度に加入している人がどのくらいいるか、という指標が一番直感的であると感じられるのであるが、SDG 指標はそうになっていない。制度があっても、それがどれだけ使われているのか、自己負担がどれだけあるのか、制度が効率的なのか、といった点で、制度加入者割合のみではわからないことも多い。一方、SDG 指標にしても、それが必要な医療の全体像を示しているのか、今回対象としたようなアジア新興国の状況をうまく反映するのか、またそもそも 3.8.2 は適切なのか、といった疑問も生じるところである。

本稿執筆時までには、国連 SDG 指標データベースには新型コロナウイルス感染症パンデミック時の値がまだ入っていない。アジアにおいては、感染当初に限ればコロナ対策による行動変容で死亡率が低下している国がほとんどであり (Hayashi 2022)、また各国とも大幅な公的支出の増大があり、さらにオンライン・リモートといった ICT プラットフォームも各段に進歩した。それらがどのように UHC に影響を及ぼしたのかは今後の分析が待たれるところである。またそのことで引き出せる政策的含意も多くあるのではないかと期待される。

2030 年までに UHC を達成できるのか、今回取り上げた 6 か国については、後発である新興国で 2015 年前後に制度構築が大きく進んでいる状況があり、今後の進展と UHC 達成に希望が持てる。一方、いずれの国も医療支出は大きく増加しており、今後の増大する高齢者数に応じて、さらなる増大は避けられないところ、それを公的に負担するのか、個人の支出と民間企業に頼るのか、といった点に、国際的なコンセンサスはなく、現状では国によって方針は異なっている。医療費の増大は、逆に言えば需要の増大による経済、GDP の増大をもたらすことにもなる。保健分野は公的政策の関与が大きく、それは一国の政策決定機関のみではなく、二国間援助機関、ASEAN、国連などの国際機関など多くの主体がある。UHC の推進は SDG と並んで国連により掲げられている目標であるが、それが実際に人々に届くのは各国固有の制度に左右される。制度がどのように構成され何が足りないか、といった分析には、各国の制度を的確に把握する必要がある。またその把握を通じて、効率的な施策を抽出し、他国へ適用することを提案することもできよう。このような作業は継続的に行う必要がある。

参考文献

岡本悦治 (2008) 「韓国の医療制度」『医療と社会』、Vol.18, No.1

外務省 (n.d.1) 「SDG グローバル指標 (SDG Indicators)」 Japan SDGs Action

Platform<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics>
外務省 (n.d.2) 「指標 3.8.2」 Japan SDGs Action Platform,
[https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/data/03/Indicator3.8.2\(meta data\)_ja.pdf](https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/data/03/Indicator3.8.2(meta%20data)_ja.pdf)
韓国健康保険審査評価院 (n.d.) 연혁 (沿革)
<https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA040090000100>
金道勲 (2022a) 「韓国の介護保険・医療制度の動向」 厚生労働行政推進調査事業費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業) 「日中韓における
少子高齢化の実態と対応に関する研究」 令和3年度分担研究報告書
<https://doi.org/10.50870/00000348>
金維剛 (2022b) 「应对人口老龄化的中国社会保障体系」 厚生労働行政推進調査事業費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業) 「日中韓における
少子高齢化の実態と対応に関する研究」 研究会報告資料、2022年2月22日
厚生省 (1988) 『厚生省50年史』 厚生省五十年史編集委員会、財団法人厚生問題研究会
厚生省医務局 (1976) 『医制百年史』
厚生統計協会 (各年) 『国民衛生の動向』 厚生指針 特集号
国立社会保障・人口問題研究所 (各年) 『社会保障統計年報』、https://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japanese/securityAnnualReport.html
小島克久 (2016) 「韓国の社会保障 (第2回) 韓国「国民健康保険」について」 『社会保
障研究』 第1巻第2号、pp.487-490
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh20212217.pdf>
児玉知子 (2022) 「国連の持続可能な開発目標3 (SDG3) - 保健関連指標における日本の達
成状況の評価および国際発信のためのエビデンス構築に関する研究 (20BA1001)」 厚
生労働科学研究費補助金地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事
業 令和2-3年度 総合研究報告書
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/155792>
菅谷広宣 (2015a) 「タイの医療保障と高齢者介護」 『健保連海外医療保障』 No.106、pp.13-
22、https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryō/201506_No106.pdf
菅谷広宣 (2015b) 「インドネシアの医療保障」 『健保連海外医療保障』 No.106、pp.23-31
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryō/201506_No106.pdf
菅谷広宣 (2017) 「UHCの視点からみた東南アジアの医療保障：フィリピンを事例に」 『健
保連海外医療保障』 No.116、pp.21-31
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryō/201712_No116.pdf
総務省統計局 (2022) 「家計調査 家計収支編 第3表」 <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032195882&fileKind=0>
高木安雄 (1994) 「国民健康保険と地域福祉 - 長期入院の是正対策の実際と国保安定化をと

- りまく問題点」『季刊社会保障研究』第30巻第3号
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh300305.pdf>
- 日本統計協会 (1988) 『日本長期統計総覧』総務庁統計局監修
- 林玲子 (2015) 「皆保険への道 - 戦前・戦中・戦後の関係者分析」 「社人研資料を活用した
明治・大正・昭和期における人口・社会保障に関する研究」 2014年度報告書、国立社
会保障・人口問題研究所 所内研究報告 第62号
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/shonai62.pdf>
- 馬欣欣 (2022) 「中国公的医療保険の改革とその評価」、『社会保障研究』第6巻第4号、
pp.421-437
- 増田雅暢・金貞任 (2015) 『アジアの社会保障』法律文化社
- Asia Pacific Observatory on Health systems and Policies (2015) *The Kingdom of Thailand
Health system Review Health systems in Transition*, Vol.5, No.5
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208216>
- BPJS Kesehatan, Indonesia (2020) “History of Social Security Journey in Indonesia”
<https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2013/4>.
- DOH (Department of Health), Republic of the Philippines (n.d.) “Universal Health Care Act”
<https://hta.doh.gov.ph/universal-health-care-act/>
- HAYASHI Reiko (2022) “COVID-19 and Mortality Decline in Asia in 2020” *Journal of
Population Problems*, Vol.78, No.4, pp.493-508, <http://doi.org/10.50870/00000436>
- KKRI: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (インドネシア保健省) (2022) *Profil
Kesehatan Indonesia 2021*, <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-2021.pdf>
- SISDMK (2023) “SEBARAN 9 JENIS TENAGA KESEHATAN DI FASILITAS
PELAYANAN KESEHATAN” (医療サービス施設における9種類の医療従事者の配置),
KKRI: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (インドネシア保健省)
<https://sisdmk.kemkes.go.id/home>
- UN: United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2023) *SDG Indicators
Database*, <https://unstats.un.org/sdgs/unsdg>
- Wagstaff, Adam; Gabriela Flores, Justine Hsu, Marc-François Smitz, Kateryna Chepynoga,
Leander R Buisman, Kim van Wilgenburg, Patrick Eozenou (2018) “Progress on
catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study”
Lancet Global Health; 6: e169–79, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)
- WHO (1978) *Primary Health Care*, Report of the International Conference on Primary
Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>
- WHO/IBRD/WB (World Health Organization and International Bank for Reconstruction

and Development / The World Bank) (2017) *Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259817>