

健保連海外医療保障

No.92 2011年12月

■特集Ⅰ：アジア・オセアニアの医療保障

- シンガポール
シンガポール医療保障政策の最近の動向
.....矢野 聡
- 韓国
韓国医療保険制度の一本化後の現状と課題鄭 在哲
- 台湾
台湾における医療事情小島 克久
- オーストラリア
オーストラリアの医療保障制度田極 春美

■特集Ⅱ：社会保障と税制③

- EU
EU加盟国における社会保障の財政
—税と社会保険料—松本 勝明

■参 考 掲載国関連データ

- ドイツ／フランス／韓国／オーストラリア

健康保険組合連合会 社会保障研究グループ

健保連海外医療保障

No.92 2011年12月

シンガポール医療保障政策の最近の動向

日本大学教授

矢野 聡

Yano Satoshi

シンガポールの医療保障制度はわが国と著しく異なるが、中国やインドネシア、タイおよび香港等アジア諸国が参考にする例が多い。アジアの医療保障制度に大きな影響を与え、これらの諸国の制度的リーダーとしての役割を果たしている。その背景には、イギリス植民地の歴史と、中国文化の深い影響を見て取ることができる。わが国の医療保障制度をより確かなものにするためにも、シンガポール医療保障制度を深く理解する必要がある。

1. はじめに

全世界のほとんどの諸国家は、多かれ少なかれ独自の医療保障制度を有している。社会保障における保健医療分野への適用は、それを行えない国に対する国際的な圧力が強く、保健医療に関する社会保護の装置なしに自国の存立を図るのは困難だからである。経済学的にみても保健医療分野に公的な介入が必然であるのは、個人にとって現在かかっている医療費がどの程度なのか、さらに将来どれぐらいの医療費を用意すればいいのか、について見通しが立たないこと、すなわち人々の健康状態が日々不確実性の中に置かれているからに他ならない。¹⁾ またシャオ (Hsiao, 2000) は、社会保障形成に長い歴史を持つ国々の哲学を「利他主義」²⁾と規定し、社会権を基調にした基本的権利としてある「健康権」を国民は有する、とし、これを国家が万人に平等に保証しなければいけない、と述べる。一方、社会保障制度に歴史を有しなかった国は、「実利主義者」として「利他主義者」と区分しようとする。これらの国の指導者の見解では、市民は医療に対し積極的な権利を有しているわけで

はない、とする。すなわち健康は基本的権利でなく、その他の人間の欲求とトレード・オフの関係にある社会的財の一つにしかすぎない、という見方である。³⁾ 医療保障における政府の役割については、労働市場の生産性を最も効率的に達成する目的から、医療の資源管理を国によって行うのが、社会保障としての保健医療だとするのである。

ともあれ、先進諸国はおおむね社会保障の発達から制度拡充の道を探ってきた。周知のようにわが国でも初めて成立した社会保険制度は、大正時代の健康保険法（成立：1922年、施行1927年）であった。⁴⁾ しかし、社会保障制度の仕組みのなかで医療保障の形態は自国や同じ地域・民族等の歴史、文化の違いが色濃く反映する比率が高い。つまり、国際的にみれば制度の幅が大きく異なる。社会保障制度の推進役になったのはILO（世界労働機関）であった。社会保障制度による保健医療のシステムが世界各国に普及するのは20世紀後半以降であるが、ILOが提唱し、全世界に普及した方式は医療保障財源を社会保険の方式によって行うビスマルク方式と、租税を財源とする国民保健サービス方式

(ベヴァリッジ方式)の2つである。世界各国はこの提唱に沿って、制度の創設・拡大を行ってきた。⁵⁾ ちなみにビスマルク方式は医療機関へのアクセスの容易さ、受容する医療サービスの公平さ、そして政府による医療計画や費用抑制策が比較的容易である点、等が特徴である。一方ベヴァリッジ方式は普遍的な制度、予算による医療費コントロールが可能である点が大きな特徴といえる。

しかしILO方式に固執しない新たな保健医療システム創造の動きが、とくに経済発展の度合いの著しいアジアの新興国国家群から現れている。先述のシャオは、健康は基本的権利としてではなく、健康以外の人間の欲求とトレード・オフの関係にある社会的財の一つ、としてみた。⁶⁾ 医療保障における政府の役割については、労働市場の生産性を最も効率的に達成する目的から、医療の資源管理を国によって行う、とするのである。シャオのいう健康に関する「実利主義者」としての哲学を、国家の保健医療政策決定要因として、アジアの地においてもっとも大きく反映させ、中国その他のアジアの有力国における保健医療制度の形成に大きく影響を与えているのがシンガポールである。

シンガポールの医療保障制度は、イギリス植民地時代から創設されていたCPF(中央積立基金: Central Provident Fund)と呼ばれる総合的社会保障に転用しうる国家による国民への強制貯蓄制度の一部を応用したもので、保険方式の分類からするとMSA(Medical Saving Accounts)に属する。⁷⁾ MSAとは、医療費の強制積立型保険のことで、被保険者本人ないしその家族のための、病気による支出に備えて加入する仕組みである。疾病が、若い頃の急性型に対応する医療費と、老年時の慢性型の医療費とでは構造が異なるが、MSA型の場合、両者に対応できる。シンガポールは、このMSAの仕組みを世界で最初に作り上げ、発達させた。⁸⁾

シンガポールは、港湾都市国家の形態をとりながらアジアでは1人当りのGDPが飛びぬけて高く⁹⁾、平均では豊かな生活水準を享受してい

る。保健医療の部門についても、ILO方式の主要先進国と同様の保健医療指標を誇っている。その背景には、世界の先進国標準に匹敵する学術および技術的レベルの共通した医療提供体制と、他の先進諸国にはみられない独自の医療保障制度とを備えているという事実が挙げられる。

シンガポールの独自の医療保障を形成した背景は3つの要因がある。第1にイギリス植民地時代の遺産としての認可組合方式の積み立て制度(Allied Provident Fund)の存在。第2に1963年の独立まで施行されていた国民保健サービス制度(National Health Services)、そして第3に、伝統的な国民的価値観(住民の主力をなす中国人の儒教のおよび都市住民としての個人主義的価値)があげられる。とくに第一と第三の要因が複雑に結合する形で現在の制度が構成されている。

2. シンガポール医療保障制度の形成

シンガポールは都市型国家である。元々は未開の地にイギリスの植民地として開かれた港湾都市であるため、アジアの様々な人種が居住している。シンガポールの政治形態は、戦後を通じてほぼ一党による政権が続いており、政治的価値もおおむね現在と変わらないものと考えられる。それによれば、医療保障や社会福祉全般でもっとも重視されるのが、可能な限りの自立の強調と医療費自己負担を通じた「自己責任」制である。保健医療でいえば、公費の保健医療財源介入を最小にすること、自らの健康管理を自らの責任の範囲で管理することを徹底させた政策、ということもできる。言い換えれば、自己責任による社会の原則と、保健医療リスクに対する個人、および公的レベルでの備えである。これはヨーロッパや日本が追求した「生存権」、「社会権」そして「健康権」の上に積み上げられた福祉国家形成発展モデルに対する価値観への挑戦、という見方もできよう。

しかし社会福祉の分野にシンガポール政府が

全く関与しない、というのではない。福祉サービス供給のため政府は「地域開発省」を設置している。ここの基本的理念は、政府の補助、民間の寄付を通じた「地域サポート」であり、非営利民間組織の育成と指導をもっぱらの仕事としている。

シンガポールの医療提供の形態は、基本的にイギリス方式である。すなわち最初に住民が家庭医(GPまたはFamily Doctorという)に受診し、家庭医から病院を紹介してもらい方式をとっている。ただイギリスの医療制度と異なり、住民の家庭医に対する登録制度はなく、住民は疾病が疑われる場合は家庭医に最初に行き診断を仰ぐが、国民が好むのは民間家庭医である。民間家庭医の5分の4は政府と契約を行っていないといわれている。このラフな仕組みは、家庭医がゲートキーパーとして必要な場合には病院への入院を薦めるが、そのレファレンスには必ずしも強制力がなく選ぶのは住民の自由、という東洋的な緩やかさが大きな原因となっている。

シンガポールが国民に普遍的な医療提供の制度を採用したのは1983年である。¹⁰⁾その後、1984年には、政治的産物としてCPFの中に強制貯蓄制度を創設した。これがメディセイブ(Medisave)と呼ばれる制度である。だが、CPF自体はすでに1955年から、主に一般労働者の退職時や失業時の備えとして政府によって創設されていた。¹¹⁾当初のメディセイブによる医療給付は50%であった。CPFの内容が、さらに強制社会保険としての性格を深めて行くにつれて、医療保障における給付機能も拡大した。1990年には長期慢性型疾患に対応する目的で任意の制度としてメディシールド(MediShield)を創設した。この制度は、とくに高齢者の慢性疾患を意識するとともに、ガンや難病等の高額医療費に対応する目的で設けられたものである。さらに1993年には貧困者、低所得者その他のものに対して医療を扶助する目的でメディファンド(Medifund)が作られた。これは主に政府がCPF内に、税から得られた基金を設けてメディファンド委員会を通じて適用対象者に給付する

仕組みである。さらに2002年から、高齢化に特有な慢性疾患に対する医療費補填の仕組みをさらに詳しくしたエルダーシールド(ElderShield)の制度がスタートしている。

一方、医療提供体制の側でも、たとえば1985年より本格的な病院医療制度の改革が行われている。1991年2月には国民医療評価委員会が発足した。特に1993年から病院の入院医療費価格を、病院病室のグレードごとに3段階(ABC)に設定するという施策は画期的なものであった。1993年白書には経済成長の許容範囲内で医療が押さえられるべきであるという内容を発表し、費用抑制のルールを作った。

こうして現在のシンガポールにおける医療制度は、二重の医療提供システムによって支えられている。つまり、プライマリー医療計画として民間医療の医師による診療所、政府による外来医療(ポリクリニック)がある。そのレファレンスとして第二次および第三次特別医療施設、すなわち公的病院、民間病院が存在するのである。また継続ケアとしてはボランティアな福祉組織(VWOs)や民間セクターによる様々な組織が活動を行っている。

ちなみに、シンガポールの地方中核病院(RHs)における診療報酬制度は、一つのエピソード当たりの診療報酬ベースを基に構成されている。エピソードは667のDRG(診断関連群: Diagnostic Related Group)に分類されている。

3. CPF内の医療保障の概要

CPF内医療保障制度の具体的な分析にはいる前に、シンガポールの基礎的な保健医療指標についてみてみよう(数字はいずれも2009年時点が最新)。2011年に公表しているシンガポール政府の公式統計によると¹²⁾、総人口は518万3,700人、実際に居住している人口は378万9,300人であり、その数は年々増加している。居住者を人種の割合でみると、もっとも多いのが中国系、ついでマレー人、インド人、その他となっている。人口構成に見られる中国人の優位が、様々な意

味でシンガポールの社会全体の特徴を鮮明にしているといえる。

医療提供体制をみると、公的な一般病院数が5(5,217ベッド) 特別病院が2(2,891ベッド)、地区病院が6(185ベッド)、プライマリ・ヘルスセンターは18である。また民間の病院が16(3,138ベッド)、民間外来クリニックは2,400である。人口当たりの病院数でみる限り、この数字は決して多いとはいえない。また国民当たりの病床数も多くはないが、欧米先進諸国と同様に急性期病床が主体で継続ケア用の病床の比率は少ない。高齢者など、慢性疾患のための病床が必ずしも豊富ではないということが分かる。¹³⁾

概していえば、シンガポールは周辺の東南アジア色とは異なり、突出した形で、むしろ先進国型に近い保健医療の体制を示しているといえる。

(1) メディセイブ(病院入院費用強制貯蓄制度)

CPF内の医療保障制度のうち、もっとも中核的な制度で強制加入による病院入院用強制貯蓄制度である。対象は勤労サラリーマンおよび就業自営業者ならびにその家族である。具体的には、就労者が稼得する月々の収入の一部(35歳未満：7%、35～44歳：8%、45歳以上60歳：9% 60歳以上：9.5%)を被保険者本人と事業主との折半負担とともに、将来の医療費の支出に備えて強制的に貯蓄する仕組みである。その形態は社会保険に似ている。なお自営業者のうち、年間6,000Sドル以上の前年の稼得がある者に対して、年齢区分も考慮に入れてメディセイブに強制貯蓄されるようになっている。貯蓄口座はCPFに集められるので、CPF委員会全体ですすめている国際機関投資等様々な投資による結果得られた利率で利子が付く。もちろんCPF貯蓄は税控除の対象である。拠出金には上限(cap)が設定されているが、その上限額は35歳未満が360Sドル、35～44歳が420Sドル、45歳以上が480Sドルである(Sドル：シンガポールドルで以下Sドルと表記する。日本円に換算すると約60円程度になる)。拠出金は医療目的の財源と

してプールされるのではなくCPF内の個人口座に繰り入れられる。

具体的な使用のプロセスについて述べると、メディセイブは病気やけがなど、医療ニードが発生したとき、本人および家族¹⁴⁾の医療費支出として使用できる。加入者はNARIC/パスポートと呼ばれるものか、CPF会員証の提示を求められる。医療費支出の認可および支払の承認はCPF委員会によって行われる。口座積立金の積み立て総上限額は4万1,000Sドル¹⁵⁾であって、さらにこの上限を超過した分はCPFの普通口座へ繰り入れられ、住宅取得や教育費など、他の使途に柔軟に使用できる。口座制度が原則的に終了する55歳までの最低積立金額は3万6,000Sドルとされている。

メディセイブは、シンガポール国内の医療機関であればどこでも利用できる。医療に対してメディセイブが一般に適応できる対象とその範囲は次の通りである。

- ・ 病院の病室代
- ・ 医師の診察料
- ・ 薬剤費
- ・ リハビリテーションサービス
- ・ 治療に伴う備品
- ・ 手術中に使用された挿入管、人工器管等

以上の病院使用料のうち、1日につき最大400Sドルまでが給付上限となる。この中には、医師の診断料30Sドルも含む。

1. 手術費(費用は1回当たり250Sドルから7,550Sドルまでで複雑に区分されている)

表1 手術の区分とメディセイブ給付上限額

手術の表	手術1回あたりのメディセイブ給付上限額S(\$)
1A, 1B, 1C	250, 350, 450
2A, 2B, 2C	600, 750, 950
3A, 3B, 3C	1,250, 1,550, 1,850
4A, 4B, 4C	2,150, 2,600, 2,850
5A, 5B, 5C	3,150, 3,550, 3,950
6A, 6B, 6C	4,650, 5,150, 5,650
7A, 7B, 7C	6,200, 6,900, 7,550

出典：Central Provident Fund Board, “Handbooks a Guide to Medisave”, CPF Board, 2011

2. 出産は1日につき、最大450Sドルまでが上限給付上限となる。手術を伴う場合はさらに450Sドルまで加算される。
3. 精神病は、治療費の上限が5,000Sドル、1日の入院費が最大150Sドルの給付が上限となる(2007年1月より)。
4. 認可された地域病院の入院費用は、2010年6月以前には1日当たり上限150Sドルで、この中には医師の診察費30Sドルを含んでいた。給付の上限額は年額3,500Sドルであった。2010年6月以降は、1日当たり250Sドルとなり、医師の診察費は変わらず、給付の上限額は年額5,000Sドルとなった。
5. 認可された回復期病院の入院費用は、1日当たりの上限が50Sドル、この中には医師の診察費30Sドルを含む。給付の上限が年間3,000Sドルまで。
6. 認可されたホスピスの入院費用は1日当たり上限の給付額が160Sドルで、この中には医師の診察費30Sドルを含む。
7. 認可されたリハビリテーションセンターのデイリハビリの使用にかかる給付は、2010年6月以前に認められていた利用者は1日当たり20Sドルで、年間給付額の上限は1,500Sドルである。2010年6月以降の利用者は、1日当たり25Sドルとなったが、年間給付額の上限は変わらない。
8. 認可されたデイホスピタルの処遇にかかる給付は、1日当たり150Sドルまでで、医師の診察料30Sドルを含む。給付の上限は年間3,000Sドルまでとされている。
9. 認可された外来による慢性疾患の治療については、例えば糖尿病、高血圧、高脂質、喫煙、ぜんそく、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、精神疾患、強迫神経症、性不一致、認知症は年間給付の上限額は300Sドルで、そのうち30Sドルは高額療養費、15%は患者負担となる。
10. ワクチンの給付は、新生児、幼児に対して上限が年間300Sドルまでとされる。
11. その他、MRI、CTスキャンの給付限度額

は年間600Sドル、人工透析は月450Sドルまで、等である。

12. メディセイブの給付対象にならないもの：8時間未満の病院入院(日帰りをのぞく)、退院の検査、美容整形手術、出産前、出産後の診察、診療記録、車椅子のような設備・備品、救急車、電話、洗濯その他のサービス

なお医療提供施設の区分でいえば、メディセイブが給付範囲や対象を制限する目的は、将来の高齢化社会による医療需要の増大を見込んでのことである。ちなみに病院のB2クラス以下の入院をする患者の費用は、ほぼ全額が給付される。手続きとしては、病院スタッフとともに病院内の財政カウンセリングという会合に出席する。そこで病院医療費の見積もりを理解するとともに、メディセイブ残高の確認をする。その後に入院する病室のクラスを決定する、という手順になっている。シンガポール国民のほとんどはメディセイブ料金をB2／Cのベッド代として請求するといわれる。ちなみに現在、入院ベッドCの給付保証額(ディダクティブル)は1,000Sドル、B2およびその上の入院ベッドの給付保証額は1,500Sドルである。なお上限を超える医療費、カバーされない医療費は、本人が用意する現金によって直接に病院その他へ支払われることになっている。

(2) メディシールド(任意加入)

メディセイブは上記に示したように、適用の制限や給付上限の設定など、医療費の保障として必ずしも優れた制度ではない。そこで作られたのがメディシールドである。メディシールドは、本人若しくはその扶養家族がメディセイブの給付保証額を超えた(claim limits)、たとえば長期・重症入院などの医療を行わなければならない場合の医療費をカバーしている。加入案内の手紙があり、加入を拒否しない場合は自動的にベーシックのメディシールドメンバーになる。つまり、かなり普遍性の高い任意加入ということになる。

その適用範囲は、先に述べた年間給付額の上限をデイクティブル (Deductible) とよび、日帰り手術などの急性ケアや人工透析、科学療法などの特定の高価な外来治療を対象としている。基本的なメディシールドは以下のものについて支払いを行う。

- ・1,000Sドル以上の総請求額の90% (Cクラスの患者に対し)
- ・1,500Sドルを越える額の80% (B2以上の病室クラス患者に対し)

上記は80歳まで

81歳～85歳は

- ・2,000Sドル以上の総請求額の90% (Cクラスの患者に対し)
- ・3,000Sドルを越える額の80% (B2以上の病室クラス患者に対し)

このようにメディシールドは、デイクティブルの範囲を超えて請求金額が増加するにつれて、さらに補てん金額が必要になった際に給付される仕組みを持っている。これをコインシュランス (Co-Insurance) と呼ぶ。給付の内容は以下のとおりである。

単位はシンガポールドル

- ・Cクラスの患者 1,001～3,000(20%)、3,001～5,000(15%)、5,000以上(10%)
- ・B2以上の患者 1,501～3,000(20%)、3,001～5,000(15%)、5,000以上(10%)

(3) メディセイブ認可保険

先に述べたように、メディシールドの給付対象はCクラスおよびB2クラス等の、低いサービスの対象者であり、しかも医療費を十分に補てんできるわけでもない。そこでCPFは2005年にメディセイブの各プランのなかでメディシールドを統合したメディセイブ認可統合保険 (Medisave-Approved Integrated Insurance Plans) を開発した。これは病院医療でAクラスないしB1のクラスの病室による医療を希望する者にも適用させるためのものである。これは各民間保険会社が保険商品の一つとして引き受ける。メディシールドと統合したプランの引き

受け対象は、80歳までは年間の給付対象あたり800Sドルまで、81歳以上は1,150Sドルまでとなっている。

(4) エルダーシールド

エルダーシールドとは、重度障害者への保険計画で長期ケアを必要とする高齢者に支給するために設けられた仕組みである。シンガポール市民でメディセイブ加入者であれば、40歳以上になると自動的にエルダーシールドの適用対象者となる。保険料は加入時の年齢によって決められ、年齢が増加するにつれて保険料が増えるということはない。保険料は65歳まで徴収されるが、これはメディセイブの拠出からでも、本人の現金による拠出でも構わない。CPFは、3つの民間保険会社にエルダーシールドを引き受けてもらっている。現在、エルダーシールドにはエルダーシールド300とエルダーシールド400の2つの制度がある。前者は2002年に創設された制度であり、後者は2007年から創設された。したがって2007年以降にシンガポール市民で適用対象となるものは、すべてエルダーシールド400の加入者となる。エルダーシールド300の給付の額は、月平均300Sドルで最大60か月支給する。エルダーシールド400は月平均400Sドルを最大72か月支給する。給付の形態は現金支給であり、いったん給付されればその用途は受給者本人の自由である。両者の適用の範囲は、6項目の日常生活動作 (洗濯、食事、衣服の着脱、トイレ、室内移動、屋外移動) のうち、3項目以上に障害がある場合認可の対象となる。受給した補助額は必ずしも高齢者・障害者介護の費用に回る必要はない。対象はヘルスケア施設や自宅でのケアなど、選択に柔軟性がある。加入方式は任意加入で、メディシールドと同様に通知による加入を拒否しなければ、自動的にエルダーシールドのメンバーとなる。

エルダーシールドが2007年から給付額及び給付期間のいずれも増額をせざるを得なかった事情は、高齢化による要介護の需要が急増し、シンガポール政府がそれを看過できずに増額を決

断したこと、及び民間保険会社の要望によるものである。しかし、これも決して十分なものとは言えず、さらなる保険商品の開発が試みられている。これがエルダーシールズサブプリメンツと呼ばれ、給付期間、給付上限および両者の適用拡大の付加保険が、民間保険会社から販売されている。

(5) メディファンド

メディファンドは、メディセイブの保険料を払えない低所得者層の医療費を政府が補助するセーフティネットとして、1993年4月から2億Sドルの基金で発足した制度である。ちなみに政府がこの基金を運用して、2009年現在では17億Sドルとなっている。シンガポール政府のパンフレットによると、ここでいう低所得者とは、生活費のほとんどを補助に頼り、医療費を自身で払えないもの、またはメディセイブ口座を使い果たしたものである。このことからメディファンド受給者は、相対的に高齢者が多いことがわかり、2007年11月から高齢者の患者向けにメディファンドシルバーが創設された。

制度を受給するための手順は、本人からの医師や病院への申請によって、医療ソーシャルワーカーによる査定を受けた後、病院内のメディファンド委員会にかけられ、その決定に従って給付される。CPF内にこの基金があり、近代的設備を誇る11の公的病院での治療のみに基金は使用される。病院での入院費については、B2とCクラスの病床サービス対象者のみに適用される。

4. シンガポール医療保障の特徴

比較政策論の視点でみたとき、政策プロセスの帰趨についての分析は、シンガポールが淡路島程度の国土に520万人の人口規模を持つ都市国家にすぎないことを考えると、日本とは一概に比較できない。実際、シンガポールと、わが国の医療保障における文化的及び社会的背景は全くといって良いほど異なっている。だが、わが健康保険を代表とする社会保険制度の維持と

存続のために、大きな相違点を持つ他制度との比較分析を怠るべきではない。この観点から、以下の考察を進めていく。CPF制度内の医療保障制度は基本的に医療提供および医療費が市場による価格設定で行われる際の費用補填を目的としており、社会保険制度の体制とは大きく異なる。とりわけ、「所得再配分機能」については、メディファンドしか、適用できてはいない。しかし社会保険とCPFは最も基本的な点で互いに共通している。それはリスクの分散としての制度機能で①逆選択からの保護機能、②政府による強制加入制度、③対象の範囲が「個人」ではなく、同居人も含めた「世帯」の概念をとっていること、である。

それでは社会保険方式に比べたCPFの優位性とはなんだろうか。社会保険方式は、確かに国民の疾病リスクの分散化に寄与し、また財源の国家管理や制度に伴う国民的統合の助長、すなわち「社会連帯」の醸成という、いわゆる「副次的効果」も招いてきた。しかし同時に社会保険方式には常に「モラルハザード」という非効率性を招きやすいという欠点が指摘されてもきたのである。また「国民皆保険」の建前から、制度に加わっていなくても、給付時だけは恩恵を受ける「フリーライダー」の存在も無視できない。これに比べてCPFは個人の貯蓄勘定から被保険者本人およびその家族の医療費が支出される、という点で「モラルハザード」や「フリーライダー」による非効率を少なくすることができる。また自由価格の医療費に政府の権限を持って効率的かつ費用抑制的に働きかけることで、強力な「医療費用抑制効果」を示しているともいえる。

一方短所として指摘されるものもある。その第1はメディセイブそのものにある。確かにメディセイブは、医療費に関する税の徴収が国庫ではなく個人の貯蓄に振り向けられている。また使途目的が一生涯を通じて、ほとんど個人の疾病リスクのみに対応する仕組みなので、ある種の用途別有限性を表している。このメディセイブに含まれる給付の有限性は、あらゆる疾病に対してこの制度が対応できるものではなく、

その給付にも金額的および時間的な制約があることを考えれば、合理的ではあるが、本来の意味における「リスク・プール」とは異なる制度である。

高額な短期治療費だけではなく、もちろん個人はメディセイブのみで長期療養を要する患者の医療費をまかなうことはできない。このリスクに対応して1990年に創設された長期疾病治療の患者の給付に用いられるメディシールドは、任意性をとりながらも、個人の長期ケアのリスクに対する公的な介入を鮮明にした。しかし、これが政府の意図しない支出の増大につながった、という事実がある。結局の所、退職金の所得保障も含むCPF全体における高齢者に対する現役時拠出—退職者給付のキャッシュバランスは良くない、という指摘もある。¹⁶⁾

さらにCPFは財政に対し自立性がないという特徴がある。すなわち、用途別の費用徴収制度でありながら、市場の持つリスクに比較的対応できない。経済が好調の時はよいが、いったん不況になるとこの制度の弱さが露呈する。

第3には投資に伴うリスク、長期運用リスクがさけられない、という点である。たとえば医療保障はもちろん保健省の所轄であるが、CPF自体は労働省が所轄している。この場合、とくに年金における経済機能は国際政治やグローバルな経済のあり方に強く関わる。機関投資家の恣意的な動きによっては、たとえ投資先がシンガポール本国の優良企業であっても、その運用には常にリスクがつきまとう。過去の例からこれは自明である。

第4にCPF制度の維持管理（ハウスキーピング制度）に係る問題点を指摘する必要がある。CPF内の医療保障機能の比率が多くなるにつれて、取り扱いの複雑さと不明瞭さが問題になる。また、貯蓄機能が強調されすぎる嫌いがある。医療保障以外でも貯蓄の使われ方の明確化が大きな問題となってくる。したがってCPF内部の一層の制度や制約条件を明瞭にデザイン化する必要があると同時に、維持運営に係る行政コストの削減が課題となる。

そして第5に、貧困という社会政策的課題をメディファンドで対応することの限界について指摘する必要がある。貧困、失業および高齢は、先進国もそうであるがとりわけ新興工業諸国が急速な産業化に伴う社会問題の解決策として社会保障が取り扱う主要な課題である。だがシンガポールの場合、所得保障のみならず医療保障の場合でも医療提供体制の中でこれらの要因が何ら考慮されず、メディファンドにおいても単に「支払えない集団の費用保障」として存在する事実に対応しているだけ、という制度にすぎない。これは、先に述べた「哲学の相違」に帰着するが、社会政策の個別的対応として医療扶助や老人保健制度、退職者医療制度等を発達させてきたわが国とは比較にならないほどの「方法論的個人主義」の視点である。国民合意を貴重とした社会政策的見地からは、危険な選択の一つといわなければならない。

シンガポールの医療保障およびその哲学は、つい最近までグローバリゼーションとして特徴付けられた「アメリカ型の優勢な経済体制」に支えられていた。しかしユーロ危機に見られるように、すでに富の中核はアジアに移行しつつあり、これがシンガポールの医療保障制度をさらに注目させる原因ともなっている。しかしCPFの哲学である、現在の経済発展が今後も続くという楽観的観測が今後もなされる保証はどこにもない。これが反転すれば、その被害は社会保険制度の比ではなくなる。今後ともシンガポールの医療保障制度の動きについて、注意深く分析する必要がある。

注

- 1) Arrow K, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", American Economic Review, 1963, 1115-1127.
- 2) シャオ(2000)によれば、利他主義者の哲学には、何人も生まれながらに有する固有の積極的な権利があるのであり、病気や苦痛から解き放たれる健康の権利はとりわけ重要である、とする。正義と公正の社会は、十分な医療に対する行為とアクセスを国民に平等に保障すること

である。従って、政府はこれを担う第一義的責任として、全国民に十分な医療のアクセスを保障するために必要な金を提供すべきである、という考えである、という。

Hsiao, William, "Health Care Financing in Developing Nations" A Background Paper For the Regional Seminar held in Akka, Ghana, January 2000,p.8

3) Ibid.

4) わが国の健康保険法が成立したのは1922年、実施は1927年であり、今日までのわが国における社会保険制度の中ではもっとも古い歴史を有している。

5) わが国では社会保険の先例をドイツに倣い、1922年の段階で、健康保険制度を創設した。またその後の年金保険、雇用保険、労働者災害補償保険、そして近年成立した介護保険に至るまで、ドイツ制度の影響を色濃く受け継いでいる。

6) Ibid.

7) ここでCPFの概略についてごく簡単に説明する。CPFはシンガポールに居住する市民が強制的に拠出する貯蓄システムである。このシステムには次の3種類がある。1. 一般会計: 居宅購入資金、CPF保険購入および教育の支出。2. 特別会計: 高齢者の定年退職時の投資-老後の財源補助、3. メディセイブ会計: 入院医療費および認可医療保険拠出。この貯蓄は政府によって最低2.5%の利子が保証される。2008年と2009年に特別メディセイブ及び退職会計貯蓄部分について4%が保証された。

8) Kai-Hong Pha, "Comparative Health Care Financing Systems, with Special Reference to East Asian Countries", Research in Health Care Financing Management, Vol5, No.1, 1999, op.cit., P.123

9) シンガポール国民の1人当たりGDP額は4万7,970USドルと日本を超えて世界でもトップレベルである。ちなみに総人口は473万7,000人、平均寿命は男子79歳、女子84歳、1人当たり医療費は2,080ドル、GDPに対する医療費の比率は3.9USドルと、極めて良好である。

資料はいずれもWHO, Global Health Observatory, 2009より。

10) シンガポール政府が議論を始めたのは1981年からである。国立シンガポール大学を中心に専門家による政策コミュニティからなる集

団によって議論が行われた。82年に政府はメディセイブ原案について公表し、その考え方について印刷物を発行した。83年には各界の代表者に制度の周知を計り、翌84年4月1日に新制度が発足した。

Kai Hong Pha, "Medical Saving Accounts and Health Care Financing in Singapore", In World Bank Discussion Paper, "Innovations in Health Care Financing" No.365, 1997.op.cit., p251.

11) CPFは、使用者、労働者、そして政府によって構成される公社である。この制度および建物の管理は、CPF庁が行っており、より有利なリターンを求めて預かった貯蓄の資金を全世界に投資している。労働者、自営業者の定年退職後の生活保障および不慮の事故の際の保証など、福利厚生を目的とし、そのための強制貯蓄制度として発足した。福利厚生とは、主に労働者が高齢を迎えた場合の住宅、食料、衣服および医療の確保である。労働者と使用者、または自営業者と政府による貯蓄制度であるため、貯蓄する額の相違、すなわち生涯賃金の多寡によって、国民の間に給付総額に差が生じることになる。このため、シンガポール国民はより高額な賃金の獲得を求めて、大学等による高等教育を受けるための熾烈な受験競争を行う、とのことである。

12) Singapore Department of Statistics, 2011より引用。

13) World Health Organization, General health Information, 2011より引用

14) 家族とは配偶者、子供。両親および祖父母である。この場合の祖父母は、シンガポール市民か永住者でなければならない。なお、直接の親族でなくても叔父、叔母、名、甥などの家族が口座を利用できる場合もある。この場合、当人がシンガポール国民であること、メディセイブ口座を有していないこと、医療費を払うことができないこと、B2もしくはCクラスのベッドに入院すること、等の条件が付せられる。

15) 貯蓄口座の上限額 (Medisave Contribution Ceiling : MCC) は毎年上昇している。現在は4万1,000USドル(2011年7月1日現在)である。

16) Mukul G. Asher, "Social Security Reforms in Southeast Asia", June, 1999, p.19.

韓国医療保険制度の一本化後の現状と課題

民主政策研究院 研究委員

鄭 在哲

Jung Jai-Cheol

韓国の医療保険制度は2000年7月に一本化してから、10年以上経過した。給付の拡大や財政健全化、効率的な運営管理など、一本化の際に掲げられた改革目標を推進するなかで、高額・重症疾患を手厚く給付し、特にがん患者などに対する給付が拡大した。しかし一本化の最大の争点であった保険財政の問題は、国庫支援金の支援方式の変更で再び顕在化し、地域加入者と職場加入者の単一保険料賦課体系は未だに実現していない。その間、民間保険市場の急成長と患者の大病院への集中現象によって医療供給体制に歪みが生じ、医療の産業政策が始まるなど、一本化した韓国医療保険制度は大きな挑戦を受けている。

韓国の医療保険制度は、給付の包括的保障と公平性の向上、制度運営における効率性と透明性の確保、サービスの質の向上と医療資源の効率的活用、財政健全性の確保などを掲げて2000年7月に一本化した。一本化が実現するまで1981年の「第1次論争」と1989年の皆保険前後の「第2次論争」、1998年の経済危機の最中で行われた「第3次論争」など、3度にわたる激しい論争があった。論争の最大の争点は地域保険の財政問題であった。「第1次論争」では地域保険の構想と財政支援の問題、「第2次論争」では皆保険の実施にともなう地域保険への国庫支援の問題、「第3次論争」では地域保険の赤字を職場保険の積立金で肩代わりする問題であった¹⁾。

一本化してから10年以上が経過している今ではあるが、財政問題は一本化以前の状況とさほど変わりはない。一本化の過程で財政が健全であった職場保険も赤字に転じてしまい、財政運営に対する懸念が強まった。これを払拭すべく地域加入者に対する大幅な国庫支援を行った結果、財政状況は急速に安定することができた。

しかし、事業主負担のない地域保険に制度を一本化することは、多額の国庫負担を予定しないかぎり、実質上水準での一本化になる。そのため、韓国政府も最大の課題であった財政安定に向けて給付の調整・抑制の方向に働かざるを得なかった。また、財政安定化とともに大きな焦点の一つであった地域と職場の単一保険料賦課体系は未だに実現しておらず、依然として「見かけ上」の一本化の状況だといえる〔鄭、2011〕。本稿では、韓国の医療保険制度は「見かけ上」の一本化であるという認識のもとで、その実態と課題について検討する。

1. 医療保険制度の概要

韓国の医療保険制度は日本を始め、ドイツやフランスと同じ社会保険方式をとっている。職場加入者に対しては総報酬に5.64%の保険料率(2011年現在)をかけてこれを労使で折半して負担している。こうして算出した健康保険料(所得ではなく)に6.55%の長期療養保険料率(2011

年現在)をかけて長期療養保険料を徴収している。国民から保険原理に基づき保険料を徴収し、これに国庫支援金(予想保険料収入の14%)と国民健康増進法に基づく健康増進基金の負担金(予想保険料収入の6%)から財源を調達している。自己負担は、原則としてかかった医療費の30%であり、残りの7割が国民健康保険公団から医療機関に支払われる。ただし、大病院への患者集中を抑制するため、「診療依頼書(紹介状)」がない場合には、外来自己負担率を50%から60%へと10%引き上げたが、殆ど効果をあげていない。

保険者は、全国唯一の保険者である「国民健康保険公団」という公法人が医療保険制度の運営責任を担っている。全国の医療機関から請求される診療報酬を審査する「健康保険審査評価院」は、IT技術を使い、診療報酬の請求の93%までをEDI(Electronic Data Interchange:電子交換システム)による電子レセプト審査で行っている。

一方、一本化の際に掲げた単一保険料賦課基準の実施は、一本化して10年以上経った未だに実現していない。一本化の前と同じく、地域加入者と職場加入者が存在し異なる賦課基準で保険料を課している。地域加入者に対しては年間所得500万ウォン未満の世帯であれば、生活水準及び経済活動参加率+財産+自動車(排気量)などを考慮して保険料を賦課する。年間所得500万ウォン以上の世帯には、所得+財産+自動車を基に保険料を賦課する。

2. 一本化後の医療保険制度の現状

(1) 医療保障の拡大の内容

医療保険制度は2000年7月に翌年から一本化されることになり、統合後の2001年度から健康保険財政安定化対策が実施された。診療費審査強化、診察料と処方料の一体化、差等診療報酬支払いの適用、薬剤(約1,400種類)の給付制限措置など、様々な給付の調整策が講じられた。一本化の直接的な原因は地域保険の慢性的な

赤字がもたらす国庫補助の増加を抑えることであったため、給付の拡大より収入ベースの拡大を図ったのである。財政統合が終わった2003年7月以降は少しずつ給付の改善が見られた。

医療保障の拡大は健康保険制度による給付の範囲と水準がどれだけ改善したかによって判断される。一本化後の韓国医療保険制度の給付拡大の特徴は「選択と集中」であったといえる。

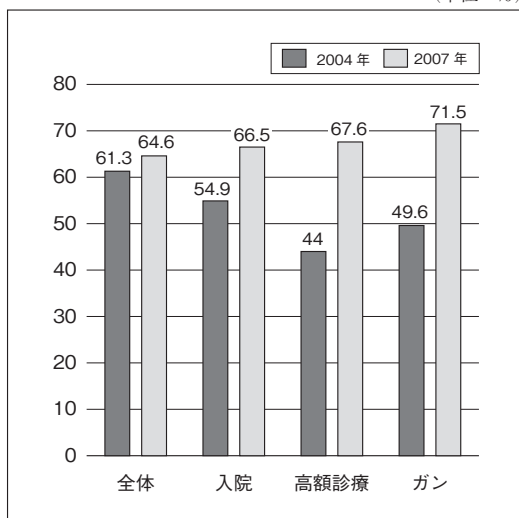
まず、2004年から高額・重症疾患患者の自己負担の軽減のため6カ月間の自己負担限度額を300万ウォンに決め、それを超えた金額については全額償還する「本人負担上限制度」を実施した。2007年からはこれを200万ウォンに引き下げ、さらに2009年からは所得に応じて上限額をきめ細かく定めるなどの措置が取られている。医療保険制度の主な役割の一つである自己負担の軽減を段階的に実施してきたことは評価できる²⁾。

次に、がんなど高額・重症疾患患者に対する特例を導入する「疾病別給付拡大戦略」が実施された。2005年9月からがん・脳血管疾患・心臓疾患の患者に対する自己負担を一律10%に決め、高額・重症疾患患者の自己負担を大幅に軽減した。さらに、2010年から自己負担が5%に引き下げられ、特定疾患の重症疾患患者に集中的に医療資源を割り当てた。こうした「疾病別給付拡大戦略」は、がん患者の外来のみならず入院時の自己負担が軽減したことから、殆どの国民により評価を受けている。その結果、医療費に占める公的保険の給付費の割合である「給付率」は2004年の61.3%から2007年には64.6%へと改善し、高額診療は2004年の44.0%から2007年の67.6%、特にがんの場合は49.6%から71.5%に拡大した。「疾病別給付拡大戦略」で経済的な負担の重い疾患に優先的に医療資源を配分し、効果もあったと評されている[パク、2010:30]。

しかし、高額・重症疾患患者に対する自己負担の引き下げはあくまでも保険給付(法定給付)の範囲内での話である。韓国では保険給付の他に、法定非給付と任意非給付の3つに分かれている。保険給付は、療養給付準則に基づいた給

図1 統合後の医療保障強化政策の実施に伴う疾病別給付率

(単位：%)



出所：パク・ウンチョル(2010：29)。

付である。法定非給付は法律で定める非給付の項目であり、上級病室差額(差額ベッド代)や選択診療費³⁾、審査中の新医療技術(一般的な検査として見なすことができないものや、高価であるため費用対効果の面で妥当ではないと判断されたもの)などが該当する。

給付や非給付の内容は国民健康保険法や療養給付基準規則、さらに診療報酬基準などで細かく規定されているのに対して任意非給付については特に規定がない。そのため、事前に患者の同意を得たうえで医療提供者の診療上の判断や必要によって診療が行われるが、それにかかったすべての費用が法定非給付と同様に全額患者負担となる。高額な医療費が自己負担となるため任意非給付の「違法性」を巡って患者と病院側の摩擦や争いが絶えない。療養機関の診療行為とは別に算定できない治療材料費用を患者に請求したことで、最高裁判所で病院側が敗訴した判決(最高裁判所2005年10月28日、宣告2003ドウ13434)と、事前に患者と医療提供者の相互合意の下で行われた任意非給付が療養基準を超えたからといって、治療費用を患者に負担させるのは健康保険制度の基盤を取り崩しかねないという病院側が敗訴した判決(現在は最

高裁判所に係留中)がなされた。ところが、これまでの判決と対立する判決も相次ぐ。カトリック教会の運営する聖母病院に慢性骨髄性白血病患者が入院し療養給付基準規則の範囲外の任意非給付(グリベックの使用)を受け生命が救われた。しかし、その後、患者は「過剰診療」と主張し、保健福祉部は病院に対して患者に「不当請求」に当たる払い戻しを命じ、課徴金も賦課した。病院はこれに不服し、行政訴訟を起こした。ソウル行政裁判所とソウル高等裁判所は「生命が危篤な患者の治療のために必要であったこと、事前に同意を得ていたこと、医学的な妥当性も認められた薬剤や治療材料が実取引価格であること、聖母病院は国民健康保険公団や患者からかかった費用の補填手段を持っていないなどを理由に「不当請求には当たらない」と連続して病院側に軍配を上げたのである。現在、この訴訟は最高裁判所に係留中である。

国民健康保険法の「療養の給付」が保険給付と任意非給付の一体不可分性を医療行為としてみなす混合診療を認めているため、一連の診療過程のなかで保険給付と同時に行われる任意非給付の費用や規模は大きくなっている⁴⁾。そのために、「本人負担上限制度」があるとはいえ、保険外療養費は全額自己負担するか民間保険の保険金で賄うしかない。2009年現在、民間保険商品を1つ以上購入した世帯は77.8%、保険料ベースで33兆ウォンという巨大な市場となり、2010年の保険給付費に匹敵する規模にまで成長している。民間医療保険の商品を購入する理由として最も高いのは、「予測せぬ疾病や事故の発生による経済的負担を軽減するため(46.3%)」であり、次に「国民健康保険のサービス保障が足りないため(35.48%)」である。保険契約を類型別にみると、一般疾病保険(52.86%)、傷害保険(19.4%)、がん保険(17.82%)の順となっている[韓国保健社会研究院、2010]。がん保険などは損害率が高く、市場も成熟したうえに、高額・重症疾患患者の自己負担の軽減で伸び悩む一方、大病院集中現象が深刻化し選択診療や任意非給付などの非給付が高額となったため、保険

給付でカバーできない将来の医療費の発生に備えた結果であるといえる。自己負担の軽減策より非給付の迅速な保険給付適用を政策の優先課題とすべきかもしれない。

その他に、2006年1月から満6歳未満の乳幼児が入院する場合、自己負担の全額を免除し、2007年8月からは外来診療を受けた場合、成人の70%までに軽減する措置が取られ、同年11月からは乳幼児の健康検診が無料化された。また、障害者に対する電動車いすの保険適用、一部の疾患に対するMRIの保険適用などが新たに保険給付の対象になるなど、医療保障の拡大が見られたが、2006年6月から適用された入院時の食事代の一部に保険を適用するなど、医療保障とは直接関わりのないアメニティの部分も給付の対象になったとの批判もある。

(2) 財政安定化－国庫補助支援方式(公費負担)の変更による保険財政の圧迫

2002年に制定した「国民健康保険財政健全化特別法」の第15条では「国家は毎年地域加入者の保険給付費の40%を国庫から支援し、10%は国民健康増進基金から拠出する」ことになっていた。しかし、2002年から2006年にかけて総額2兆3千億ウォンの未支払いの状況であった(表1参照)。しかも、この特別法は2006年12月31日までの時限立法であったため、2007年からは

国民健康保険法の改正と国民健康増進法の改正に基づく支援金が拠出されている。国民健康保険法第92条第1項では「国家は毎年当該年度保険料予想収入額の14/100に相当する金額を支援する」と改正され、国民健康増進法付則第7条第2項では「国家は毎年当該年度保険料予想収入額の6/100に相当する金額を健康保険公団に支援する」とし、予想保険料収入額の20%を支援することになった。

しかし、あくまでも「予想」保険料収入に基づく国庫支援であるため、その後の決算額を大きく下回る場合が常であり、政府は精算することもなく、国庫支援金の未払いを続けている。精算後の未払い総額は2002年から2009年までの8年間で4兆2,000億ウォンにも達し、2010年現在もこの状況に変わりはない[パク、2010:4]。予想保険料収入を超える保険料収入があれば、保険料収入で賄い、下回ってもさしあたり積立金で補うという場当たりの国庫支援が平然と繰り返し行われている。野党をはじめ、医師会や学界からも予想保険料が決算保険料を下回る場合、法律で事後に改めて精算できる「事後精算方式」の法制化を求めているが、まだ実現の目処は立っていない。

(3) 未完の単一保険料賦課体系

一本化の際に、保険財政の安定化とともに最

表1 健康保険の財政状況

(単位: 億ウォン, %)

	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	平均 増加率
収 入	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	333,138	12.47
保険料など	90,173	108,764	133,993	150,892	166,377	185,514	215,979	248,300	263,717	284,577	13.48
国庫支援金	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	37,838	37,930	4.53
タバコ負担金	—	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,631	11.68
支 出	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	347,660	10.63
保険給付費	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	337,493	10.97
管理運営費	8,064	7,517	7,915	8,732	8,915	9,730	9,930	10,464	10,388	10,167	2.6
単年度収支	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847	13,667	△32	△14,552	
累積収支	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	8,064	

出所: イム・ゲンザ(2011:23)。

も大きな議論となったのが公平な保険料の賦課基準であった。しかし、政府は一本化してから10年以上経った2011年現在まで傍観の姿勢をとったままで単一保険料賦課基準の実現の具体的な道筋が見えていない状況が続いている。

これまでは職域加入者からの納得を得るため、地域加入者の低い所得捕捉率を補う手段として所得のみならず財産、自動車までもが保険料賦課の対象として「推定」され、「総合所得に準ずる」賦課基準となっている。地域と職場の賦課基準が異なったままに一本化するのが憲法の定める平等権と財産権の侵害にあたるという主張は未だに根強い。

保険料の水準を決める健康保険政策審議委員会では地域加入者の1世帯あたり保険料と職場加入者の一人当たり保険料の上げ幅を均等にせざるを得ず、所得がなく不動産しか持たない高齢者などの保険料負担が相対的に高くなったため、保険料の滞納も増えている⁵⁾。滞納者の殆どは本人のみならず被扶養者の保険料も全額負担しなければならない非正規職労働者と零細自営業者に占められている⁶⁾。

一方で、高所得の地域加入者が架空の会社をつくる事例が多くなっている。こうすると、「総報酬（給与）」のみで把握された所得に応じた保険料を負担するだけで済むため、不動産や自動車は保険料賦課の対象から外れるからである。また、家族も被扶養者と認められ、高所得自営業者の中心に、「法人なり」が問題となっている。保険料負担の不公平問題は、地域加入者の所得捕捉問題から高所得の職場加入者に移り、職場加入者側は給与だけではなく、事業所得や配当、利子などの総合所得にも健康保険料を賦課すべきだという旨の意見が強くなっている。

2011年11月15日、保健福祉部は、職場加入者のなかで勤労所得以外に賃貸所得、配当所得、利子所得、事業所得、年金所得などの総合所得のある被保険者（153万人）のなかから年間所得が7,200万ウォン以上の3万7,000人を対象に2012年9月から健康保険料を賦課すると発表した。しかし、当初の「全国民共通の単一保険

料賦課基準」の目標は、保健福祉部担当者も認めているように、「地域加入者のなかで所得資料のある被保険者は45%しかなく、さらに、把握している所得も申告漏れなどがあるため、正確さをかけており、単一保険料賦課体系への移行は容易ではない」[中央日報、2011年11月16日、朝刊12面]と言っているのが現状である。

3. 最近の動向と課題

（1）医療の産業化政策

近年の医療保険制度の最も大きな変化は本格的に医療の産業化が模索され始めたことである。医療産業化に韓国政府が本腰を入れ始めたのは前政権の盧武鉉政権からである。経済成長の低迷と雇用不安が高まる中で、これを打開するために、大統領直属の「医療産業先進化委員会」を設置し、「医療産業先進化政策」の一環として営利病院の導入を本格的に検討し始めた。医療を産業政策としてとらえ、医療サービス市場を外国に開放し、国際競争力を高めつつ雇用創出にもつなげようとしたのである[チョ・ビョンヒ、2006]。具体的には、2006年2月21日に「済州特別自治道設置及び国際自由都市の造成のための特別法」を制定した。同法第5節（国際化のための医療サービスの増進）第192条（医療機関開設等に関する特例）第4項で「国民健康保険法第40条第1項にもかかわらず、医療機関として見なさない」と規定し、営利の医療機関の設立を可能にした。

しかし、政府の中も一枚岩であるはずがなく、企画財政部と保健福祉部間の立場の違いや、済州道での住民投票が否決されるなど、さまざまな障壁にぶつかった。

営利医療機関の設立が本格化したのは、2009年の政権交代後の李明博政権で進められる「経済自由特区」での「医療民営化」政策で、2011年1月31日からスタートした「経済自由区域の指定及び運営に関する特別法」によって現実化し始めた。だが、この法律では、外国人による医療機関の設置根拠に関する規定にとどまってお

り、その具体的な基準は不十分であった。その後与党の議員立法として「経済自由区域の外国医療機関などの設立・運営に関する特別法」が成立し（2011年9月15日）、韓国居住者である患者の診療を認める内容が含まれている。その骨子は、外国営利医療法人（外国人投資比率50%）の許可、健康保険の強制指定制度（当然指定制度）の例外扱い、外国の医師・歯科医師・薬剤師の免許を取得している者も保健福祉部長官の許可を得て診療可能、外国医療機関による韓国居住者の診療の許可⁷⁾などである。これだけを見れば、「当然指定制度」から抜け出した病院は保険診療の適用を受けられなくなるので、すべて自由診療となると思われがちだが、実情はそう簡単ではない。「経済自由特区」にある営利病院が「当然指定制度」の適用を受けないからといって診療報酬の請求もできないという法的規定は存在しない。仮に「当然指定制度」の適用外の病院に対して保険給付を認めることになれば、他の医療機関との差別扱い問題が生じうるし、診療報酬の請求できなくなれば、国内患者が営利病院に行くメリットは小さく⁸⁾、営利病院は韓国政府に対して差別禁止を求めるかもしれない。

特に焦点となり得るのは「当然指定制度」の廃止に関わる問題である。国民健康保険法第40条第1項では「医療給付は（看護と移送は除く）医療機関で行う」とし、第4項では「医療機関は正当な理由なしに療養給付を拒否できない」と規定している。この条項をもって韓国国内にある医療機関は契約ではなく、医療機関の開設とともに当然に健康保険制度の適用を受けることになっており、これを韓国では「当然指定制度」、もしくは「強制指定制度」と呼んでいる⁹⁾。

ところが、「経済自由区域の指定及び運営に関する特別法」第23条第5項では「国民健康保険法第40条第1項にもかかわらず、医療機関として見なさない」と規定しているにとどまっており、「当然指定制度」から除外されるかどうか明確ではない。

（2）医療供給体制の歪み

韓国では患者の大病院への集中が深刻化している。1989年皆保険制度の実施の直前に医療法第3条に基づいて医療機関を機能に応じて診療所（医院）、病院、総合病院の3つに区分し、地域ごとに患者の自由なアクセスを制限する「診療圏」というものを設けた。しかし、医療機関の偏在は改善できず、病院への「診療圏」は廃止された[キム・ゲヒョン、2009：106]。

そこで、国民健康保険療養給付の基準に関する規則第6条（療養給付の依頼）を新設し、1次診療機関の患者が2次や3次診療機関に行く際に「療養給付依頼書（診療依頼書）」を発行することにした。しかし、これは単なる「勧告事項」に過ぎず、規則違反を罰する罰則もなく、患者負担が重くなることもなかった。その結果、大病院の診療報酬に占める外来診療給付費が34%～36%にも達し[グォン・スンマン、2010：21]、手術や入院などの機能に特化する必要がある大病院に多くの外来患者が集まる弊害が続いている。医師会などの関連団体は、医療伝達体系を立て直すためには現在無料の療養給付依頼書の有料化が必須であり、依頼書を持たず大病院に行く際には追加料金を科すことを提案している。

大病院への患者の集中現象は何より規模の小さい診療所（開業医）の経営を圧迫しており、財務状況の不安定を招いている。総合病院などの大病院は医療装備などの増加率が最も高いが、借入金の減少と内部保留の増加が目立つ。一方、診療所などは短期の借入金の規模が大きく増加するなど、経営悪化が深刻化している[韓国開発研究院・韓国保健社会振興院、2009：93～94]。大病院への対抗策として2～3人の医師が共同で出資する共同開業か、それともネットワーク病院やフランチャイズを通じた開業が普及するなど、競争が激しい¹⁰⁾。

こうした医療供給体制の歪みは診療科の偏在としても現れている。整形外科をはじめ眼科や皮膚科など、人気の高い一部の診療科に優秀な人材が集まり、その分競争も激しい。一方、外

科や胸部外科、産婦人科など、いわゆる「3K」診療科は定員割れが深刻である。こうした現象が長引く気味さえ見られ、安定的な医師供給に赤信号が灯っている。

まとめ

韓国医療保険制度が一本化してから10年以上が経過した。給付の拡大や財政健全化、効率的な運営管理など、一本化の際に掲げられた改革目標を推進するなかで、高額・重症疾患を手厚く給付し、特にがん患者などに対する給付は拡大した。しかし一本化の最大の争点であった保険財政の問題は国庫支援金の支援方式の変更で再び顕在化し、地域加入者と職場加入者の単一保険料賦課体系は未だに実現の見込みもない。その間、生き残りをかけた病院間の競争は激しさを増し、歪んでいる医療供給体制に医療の産業化が進行している。今後も医療に対する国家の役割の後退が継続すれば、公的医療制度に対する国民の信頼は揺らぎ、社会保険料の引き上げを通じた公的負担の拡大は一層困難になると思われる。

注

- 1) 地域保険制度の導入を検討する段階から皆保険制度のスタート前後の議論では日本の国保の赤字問題が頻繁に引用され、皆保険制度を実施した場合、日本の国保の二の舞にならないための対策にも与野党の意見が一致している。
- 2) こうした医療給付の拡大は給付の拡大なしには保険料の引き上げに反対していた職場加入者側(事業主団体と労働組合)の主張によって実現したところが大きい。
- 3) 選択診療費とは、患者が特定の医師を自ら指定して診療を受ける場合、追加的に入院(20%)、診察料(55%)の割り増し自己負担する制度である。
- 4) 保険診療と自由診療が一連の診療プロセスのなかで混じる「混合診療」が認められているため、非給付と任意非給付に対する自己負担が医療費の約25%を占めているとの推計もあるな

ど、疾病ごとの「給付率」のバラツキが大きい。

- 5) 2011年10月6日の国政監査資料によると、保険料滞納者への差し押さえの件数が2008年の2,300件から2009年は4万7,000件、2010年は16万件あまり、2011年7月末現在は24万件と、過去3年間に102倍にまで膨れ上がったという。
- 6) 滞納者の70%が月保険料5万ウォン以下の低所得者であり、154万4,000人の対象者のなかで地域加入者が107万5,000と69.6%にのぼる。
- 7) 特区にある病院の最初診療を行った日から5年経過後から施行する予定であるため、開業後5年間は患者を100%韓国居住者のみで診療しても問題はない[保健福祉部、2010:56]。
- 8) 国内の超大型病院は外国資本の営利病院と競争できるため、心配しない向きもある。
- 9) 医療法第15条では医療機関または医師は患者を診療できる施設と資源を持っているのに正当な理由なしで診療を拒否できないと規定している。しかし、国民健康保険法第40条第4項に再び療養給付の拒否禁止を規定していることに対して医療団体などの反対が強い。
- 10) チェ・スヒ(2009)の推計(韓国開発研究院・韓国保健社会振興院(2009:375)から再引用)によると、全国に約200のフランチャイズに約2,000以上の病院や診療所が加入しているという。

参考文献

<日本語>

- ・島崎謙治(2011)『日本の医療』東京大学出版会
- ・鄭在哲(2011)「韓国の健康保険における事業主の役割の変化に関する考察」『健康保険制度における事業主の役割に関する調査研究報告書』健康保険組合連合会
- ・二木立(2007)『医療改革』勁草書房

<韓国語>

- ・韓国開発研究院・韓国保健社会振興院(2009)『投資開放型医療法人の導入の必要性研究』韓国開発研究院・韓国保健社会振興院
- ・韓国保健社会研究院(2010)『保健・福祉Issue & Focus』第70号、韓国保健社会研究院
- ・グォン・スンマン(2010)「曖昧な病院・診療所の役割区分を改善し医療伝達体系の明確化すべき」『医療政策フォーラム』Vol.8, No.2
- ・キム・ゲヒョン(2010)「上級総合病院の外来

診療の集中現象改善に関する研究』『医療政策
フォーラム』Vol.8, No.4

- ・パク・ウンチョル (2010)「保障性の強化政策の現
況と方向」『季刊医療政策フォーラム』Vol.8, No.3
医療政策研究所
- ・保健福祉部 (2010)「主要業務推進計画」保健福祉
家族部
- ・シン・ヨンソック (2011)「健康保険財政健全化方
案」『保健福祉フォーラム』(8月号)韓国保健社会
研究院
- ・シン・ヨンソック (2011)「健康保険の保険料賦課
体系の衡平性向上方策」『医療政策フォーラム』
Vol.9, No2 医療政策研究所
- ・イム・グンザ (2011)『健康保険財源調達と健康保
険制度の持続可能性に関する研究』医療政策研
究所
- ・全哲秀 (2009)「2009年度診療報酬契約の決裂経
過と問題点、改善方策」『医療政策フォーラム』
Vol.7, No1

台湾における医療事情

国立社会保障・人口問題研究所
国際関係部 第2室長

小島 克久
Kojima Katsuhisa

台湾では全住民に医療保険を提供する目的で、1995年から全民健康保険が実施されている。これにより、皆保険（ユニバーサル＝カバレッジ）が実現し、その後制度は住民に定着してきた。一方で、保険財政の問題（支出の伸びの抑制や財源の確保）、効率的な医療サービスの提供などが課題となっていた。2000年ごろから、全民健康保険法の大きな改正が議論されはじめ、「二代健保」（次の時代の健康保険）の名のもと、制度改正が検討されてきた。制度施行から16年後の2011年に全民健康保険法が大幅に改正され、新しい制度が実施されている。本稿では、「二代健保」と呼ばれる新しい全民健康保険の内容に触れつつ、台湾の医療事情についてみていくことにする。

1. 「全民健康保険」の概要

台湾の医療保険は、以前は総合保険（労工保険、公務員保険など）から提供され、対象者も公務員、軍人、一部の労働者などに限られていた。全民健康保険は、これらの職種別総合保険などから医療給付分野を分離、統合した公的医療保険制度である。制度は1995年から実施されており、保険者は中央健康保険局である。なお、同局は行政院衛生署（保健医療・公衆衛生・医療保険を所管、衛生福利署に改組予定）の組織である。

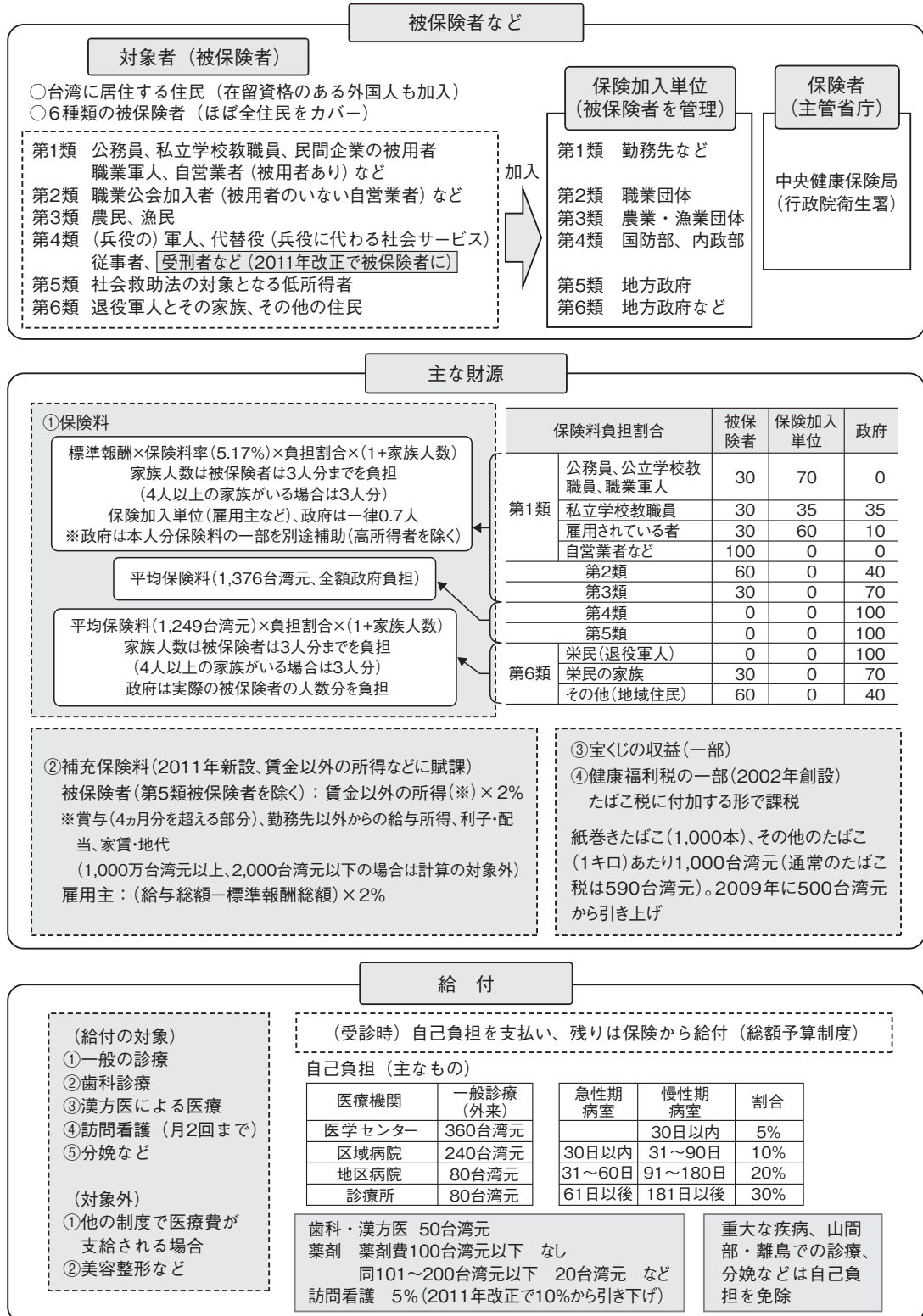
被保険者は台湾に居住する者（在留許可のある外国人を含む）であり、職業などにより、第1類から第6類までの6種類に分けられる。これは、保険料の計算のほか、政府や雇用主からの保険料補助割合の基礎となっている。たとえば、会社員は第1類被保険者であるが、これには自営業者（被用者がいる者）、専門職（弁護士や会計士など）も含まれる。農林漁業に従事する者は

第3類被保険者であり、職業についていない高齢者などは第6類被保険者となる。また、社会救助（生活保護）の対象となる低所得者は第5類被保険者である。

被保険者は一部の者を除いて保険料を負担する。第1類から第3類被保険者の保険料は標準報酬（賃金など）、保険料率（5.17%）、図1にある負担割合を乗じた保険料を本人と家族の人数分（負担の上限あり）だけ負担する。第6類被保険者（地域住民）の保険料は平均保険料（1,249台湾元）と呼ばれる定額の保険料の60%を本人と家族の人数分（負担の上限あり）だけ負担する。保険料は、保険加入単位（雇用主など）と政府も負担する。このように、保険料は全民健康保険の主な財源であるが、その他の財源として、補充保険料（後述）、宝くじからの収益、健康福利税（たばこ税の一種）などもある。

保険給付として、医科、歯科、漢方医の医療サービスと薬剤があるが、自然分娩、訪問看護の一部も給付に含まれる。一部自己負担もあ

図1 「全民健康保険」の概要



り、外来診療の自己負担は、医科、歯科などの部門、医療機関の種類別の定額（法律上は定率）であり、入院の自己負担は、急性病棟・慢性病棟、入院期間別の定率となっている。医療費は後述のような総額予算による給付となっている（図1）。

2. 「二代健保」の背景と成立までの主な動き

全民健康保険の実施により、これまで医療保険制度の対象でなかった高齢者などにとって、医療サービスはより利用しやすくなった。平均受診回数（外来）も2000年以降は13.7～15.1回の間で安定的に推移している。しかし、皆保険の実現に伴い、重い病気の患者や高齢者の医療費が多くなった。また、収入の柱となる保険料の料率改訂が過去2回しか行われず、保険料徴収の基礎となる賃金の上昇率も低かったため、1996年から2010年までの平均で、支出の伸びが5.03%であったのに対して、収入の伸びは4.73%にとどまった。2010年に保険料率を4.55%から5.17%に改訂したため、累積赤字は約397億台湾元（約1,009億円、前年度の7割程度）に縮小しているものの、保険財政は赤字基調にあり、財源確保が重要な課題となっている。また、医療サービスの質の改善なども大きな課題であった。

このようななか、衛生署は2000年に国家衛生研究院に委託し、全民健康保険に関する検討を行った。その後、「二代健保」の名の下、制度改

正の検討が本格的に始まり、2001年7月には行政院（内閣に相当）に企画委員会が設けられ、公衆衛生、医療、法律などの専門家による検討が進められた。全民健康保険法の改正案は、2006年に立法院（国会に相当）に提出され、審議が始まったが、審議未了のため、2008年に再び改正案が提出された。その後、社会情勢の変化に対応して再検討を行った改正案が2010年に立法院に提出され、2011年1月に改正案が成立した。この2011年改正は、1995年の施行以降で最大規模である。「公平」、「品質」、「効率」をキーワードに、負担の公平、医療へのアクセスの確保、医療の質の向上、組織やサービスのムダをなくすことなどをコンセプトとしている（表1）。

本稿の後半では「二代健保」の主なポイントを中心に台湾の医療事情を取り上げる。

3. 被保険者資格

—「二代健保」の主なポイント（1）—

被保険者資格に基本的な変更はないが、これまで全民健康保険の対象でなかった「受刑者」などを被保険者に含め、社会保険による医療サービスを受ける権利を保障した。ただし、受診に関する事項などは、中央健康保険局と法務部などの協議で決められる。

全民健康保険の被保険者資格には、台湾に戸籍がある者などのほか、帰国または在留許可取得から4ヵ月以上の者があった。ただし、過去

表1 「二代健保」成立までの主な動き

年 月	出来事
2000年 8 月	衛生署、全民健康保険検討委員会を設置(2001年2月に報告書)
2001年 7 月	行政院(内閣に相当)、「二代健保企画委員会」を設置(「二代健保」の名称が使われ始める)
2004年 9 月	「二代健保企画委員会」報告書(医療の質の向上、財務体質の強化等を内容)
2005年 9 月	「全民健康保険法」改正草案、行政院審査開始(「品質」、「公平」、「効率」を基本理念)
2006年 5 月	改正案が立法院(国会に相当)での審議開始(審議未了)
2008年 2 月	改正案が立法院で再び審議開始
2010年 3 月	改正案の再検討(社会情勢の変化に対応するため)
2010年 4 月	行政院による審査(各界から意見聴取)
	立法院による第1次審議開始(薬価、保険料の問題等に重点)
2010年12月	立法院による第2次審議開始(総所得に基づく保険料徴収等について審議)
2011年 1 月	立法院による最終審議、成立(1月26日公布)

資料：中央健康保険局資料より筆者作成

に保険加入記録（何年前でもよい）がある者は、この4ヵ月ルールが適用されなかった。そのため、海外在住の台湾出身者が治療のために帰国して、全民健康保険を利用するという問題が指摘されていた。今回の改正では、帰国または在留許可取得から6ヵ月（183日）経過後に被保険者資格を得る。その例外となる被保険者記録は過去2年以内のものになった。なお、6ヵ月とは台湾の所得税法で納税義務者となる台湾での居住期間と同じである（表2）。

4. 財源の確保

—「二代健保」の主なポイント（2）—

（1）政府負担の変更

政府負担のルール変更が今回の主な改正事項のひとつである。もともと全民健康保険では、保険料の政府負担分は中央と地方（台北市など）で負担することになっていた。地方行政法（地方自治法）の規定（中央と地方の負担割合の明確化）や地方政府の保険料滞納問題（例：台北市で

表2 「全民健康保険」の主な改正点

		主な改正点	（備考）改正前（問題点など）
被保険者資格		受刑者などを被保険者に加える	受刑者などは対象外
		海外から帰国した住民の被保険者資格の変更 帰国後6ヵ月とし、6ヵ月ルールの例外も過去2年以内に加入記録がある者に限った	海外からの治療のために帰国し、すぐに被保険者になる住民がいた
財源	政府負担	中央が負担 健康福祉税等の法定負担分以外の36%を負担	中央と地方が負担（地方政府による滞納） （法定負担分以外の34%を負担；実績値）
	保険料	補充保険料の新設 被保険者：賃金以外の所得×2% 雇用主：（給与総額－標準報酬総額）×2%	賃金以外の所得には保険料は賦課されない
制度運営	委員会の再編	委員会を統合し、効率的な組織運営を目指す 全民健康保険監理委員会と全民健康保険医療費用協定委員会を、「全民健康保険審議会」に統合	全民健保に関する3つの委員会が存在 ①全民健康保険不服審査委員会（紛争審議機関） ②全民健康保険監理委員会（収入面の監督） ③全民健康保険医療費用協定委員会（医療給付） →②と③は制度運営に関する委員会
	不必要な医療サービスの抑制	不必要な受診を繰り返す者への指導、保険給付停止 不正受給を行った医療機関への罰則強化 不必要な医療サービスの現状を調査、公表	
	滞納者対策	保険料等滞納者（ドメスティックバイオレンス（DV）被害者で認定・保護されている者などを除く）への保険給付停止	
保険給付	総額予算	総額予算制の原則に、補足的なルールを追加 「同一疾病に同一給付」を原則としつつ、一人当たりベースの給付も可能にする（家庭医普及対策で活用）	総額予算制（同一疾病には同一の給付）
	薬価	薬価は市場価格を元に決定 給付額の目標を設定	
	特定医療資材	保険給付対象外の一部の医療資材（特殊な眼内レンズなど）に対する補助の実施	
住民参加と情報公開	住民参加	全民健康保険審議会に住民代表の委員 同審議会は住民に意見聴取を行う	
	情報公開	全民健康保険審議会の議事等はすみやかに公開 医療の質に関するデータを公開 等	
その他		訪問看護の自己負担を5%に引き下げ	訪問看護の自己負担は10%
		健康保険証は、被保険者に関する情報処理機能を有する（診療に無関係な情報を格納できない）	健康保険証はICカード化
		DV被害者の被保険者資格手続きに対する配慮等	

資料：中央健康保険局資料より筆者作成

約495億台湾元（2010年度・約1,258億円）、高雄市で約155億台湾元（2006年度・約394億円）を背景に、政府負担分は全て中央政府が負担することになった。また中央政府は、一部の法定収入（宝くじ収益金、健康福利税など）を除く収入の少なくとも36%を負担することになった。なお、保険料滞納金のある地方政府は8年以内の償還計画を立てることになっている（表2）。

（2）補充保険料の新設

被保険者の保険料は、標準報酬（賃金をベース）や平均保険料を元に決まる。もし、賃金以外に多くの所得がある場合、その所得には保険料は課せられないことになり、経済力による保険料負担の不平等が生じる。この問題を解消するため、「二代健保」の検討過程で、保険料の賦課ベースを標準報酬（賃金）から総所得に広げることが検討された。しかし、コンセンサスを得ることができなかった。そこで、標準報酬による保険料賦課を基本に、広く財源を確保する方策として導入されたものが「補充保険料」である。この補充保険料は被保険者（第5類被保険者を除く）と雇用主が負担する。被保険者は、ボーナス（4ヵ月分を超える部分）、勤務先以外からの給与所得、利子・配当、家賃・地代の合計（いわゆる本務先の給与以外の所得、一定以下、以上の金額は算定に含まれない）の2%（2011年度）を負担する。また、雇用主は、雇用している者の給与と標準報酬の差額の総額の2%（2011年度）を負担する。これにより、経済力による負担の公平とともに、保険料率の上昇を抑えることが期待されている（表2）。

5. 制度運営、住民参加と情報公開

—「二代健保」の主なポイント（3）—

（1）制度運営

全民健康保険に関する組織として、改正前は表2にある3つの委員会があった。このなかから制度運営に関する、全民健康保険監理委員会（全民健保の収入面を監督）と全民健康保険医療

費用協定委員会（医療給付を担当）を「全民健康保険審議会」（健保会）に統合した。これにより保険料率の決定、総額予算の案の決定などがひとつの委員会で行われるようになった。

今回の改正は、不必要な医療支出を抑制することにも重点をおいている。不必要に重複診療を行っている者に、適切な受診行動をするよう指導するほかに、保険給付の停止もできるようになった。また、不正受給を行った医療機関への罰則が強化されるとともに、不必要な医療サービスの状況と改善策も公表されることになった。

全民健康保険では、低所得者などに保険料や自己負担の減免を行っている。たとえば、社会救助（生活保護）の対象者などの保険料は全額政府が負担するが、重大な疾病、分娩、山間部や離島での医療サービス、低所得者に対しては、自己負担が免除される。そのほかに、身体障害者、失業者、低所得の外国籍配偶者などの保険料を減免する仕組みが全民健康保険とは別に実施されている。

その一方で、現在の制度では、経済力がありながら、保険料などを支払わない者に全民健康保険からの給付を停止することができる。ただし、ドメスティックバイオレンス（DV）被害者（認定、保護下にある者）などには、保険給付の停止は行われない（表2）。

（2）住民参加と情報公開

上述の健保会には、一般の住民の意見が反映されるようになっている。健保会は、保険者、雇用主、保健医療サービス提供者、学識経験者などを代表する委員から構成される。被保険者代表の委員もあり、その人数は委員全体の3分の1を下回ってはならない。また、保険料率などの重要事項の審議には、あらかじめ住民の意見を聴取しなければならない。

情報公開では、健保会の議事について、会議の7日前には議題などを公表し、会議後10日以内に会議録を公開しなければならない。また、後述の医療費の総額予算の審査プロセスで、審

査の基礎資料として医療サービスの質のデータを作成、公表することが求められている(表2)。

6. 総額予算について

—「二代健保」下での医療費決定と配分—

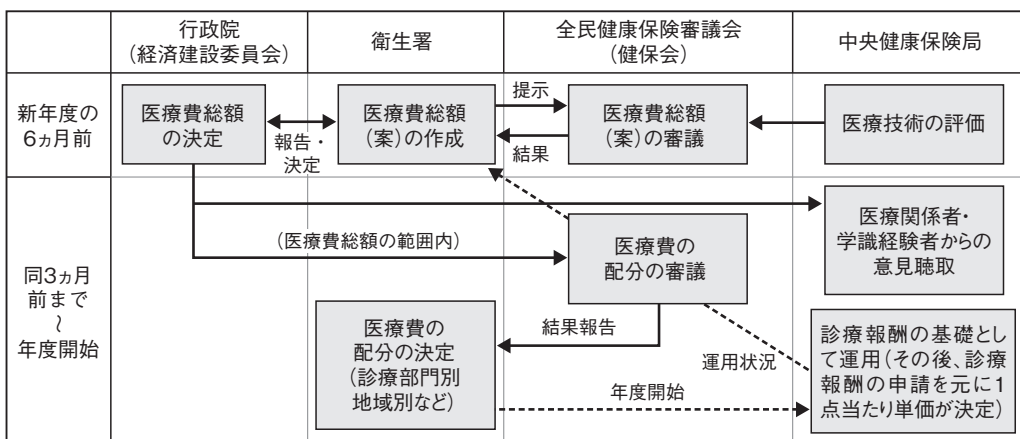
全民健康保険では、医科、歯科などの医療サービスを給付し、自己負担以外の費用は保険から給付される。保険給付は総額予算が2002年から全面的に実施されている。そのプロセスは図2の通りである。まず、医療費総額の案が衛生署で作成され、中央健康保険局が行った医療技術評価も参考にして、健保会で審議される。その

結果をもとに、医療費総額が行政院で決定される。その後、健保会で診療部門別、地域別などの医療費が審議され、衛生署がその結果に基づいて具体的な配分を決める。配分にあたっては、人口変動、受診行動の変化、医療技術の進歩などを評価し、毎年度の医科、歯科などの部門別費用総額の伸び率を設定し(2011年度の伸び率は図2の通り)、部門別・地域別などの医療費を決定している。

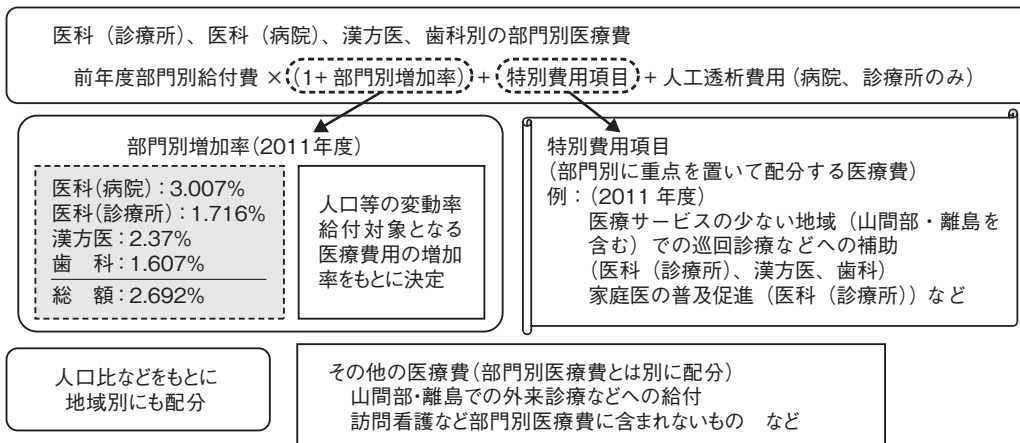
こうして決定された医療費は、診療報酬支払いの基礎となる。保険医療機関から提出された診療報酬申請とその審査結果(給付する点数)に基づいて、1点あたり単価が決まり、医療機関

図2 「総額予算」下での医療費決定の流れと配分

1. 医療費決定の流れ



2. 医療費の配分



資料：中央健康保険局資料より筆者作成

注：増加率は、医療費(部門別)総額の伸び率

は診療報酬を受け取る。医療費給付は、同一疾病同額給付の原則であるが、「家庭医」では一人当たりで費用での給付ができる（2011年改正事項）。なお、2010年（四半期ごとの平均）の保険点数1点あたり単価（病院）は0.9357～0.9540台湾元である（図2）。

7. 「二代健保」下での主な政策課題

（1）「家庭医」の推進

全民健康保険法では、予防医学の推進とともに「家庭医」の普及が謳われている。家庭医は、予防医学を推進し、専門的な医療機関での受診を的確に行わせることが目的である。家庭医は、地域で1つのグループをつくり、地域内の被保険者を「患者」として登録する（ただし、家庭医1人当たり60人まで）。登録「患者」は、慢性病などの受診記録のある者であり、登録は任意である。家庭医は地域の病院をパートナーとし、必要に応じて、パートナーの病院に患者を紹介することができる。

家庭医制度の実施には、総額予算で決められた医療費の一部が割り当てられており、2011年度は11.15億台湾元（約28億円）が配分されている。このなかから登録患者一人当たり800台湾元が支給される。家庭医グループは、受診状況、医療サービスへの満足度などの評価を受ける。

（2）山間部・離島などでの医療サービス提供体制の充実

台湾では、医療サービス提供体制の地域差があり、山間部や離島などの地域では、医療サービスが都市部などに比べて少ない。こうした地域への施策として、山間部などでは、マンパワーの養成、診療所開業補助、巡回診療、離島では、拠点となる医療機関の整備、ドクターヘリの整備が行われている。また、IT（情報通信技術）を活用した検査結果の共有（山間部・離島と拠点医療機関間）も行われている。なお、全民健康保険では、山間部および離島住民の保険料補助、一部自己負担の免除の他、総額予算で別途関係

予算が確保されている。

8. その他の台湾の医療関係事情

（1）介護との関係

訪問看護も全民健康保険の給付対象である（月2回まで）。その自己負担割合は2011年改正で10%から5%に引き下げられた。訪問看護の給付の一部は、高齢者福祉制度（介護制度）で対応している。台湾では、介護サービス法（介護サービスの仕組みを決める法律）の審議が現在進められており、同法成立後に介護保険法案の提出が予定されている。なお、2011年10月に馬英九総統が公表した「黄金十年 国家願景」（経済、社会などに関する今後の政策ビジョン）によると、介護保険の実施が政策目標として示されている。

（2）健康・医療政策財源としての「たばこ」税制

わが国では、たばこ税の税率引き上げが議論されることが多い。台湾にも「たばこ税」があるが、これとは別にたばこに課税する「健康福利税」が2002年から実施されている。たとえば、紙巻きたばこ1千本あたり1,000台湾元（たばこ税は590台湾元）が課税される。税収の70%は全民健康保険の財源、残りはたばこによる健康被害の防止、山間部の医療政策などに用いられる。なお、2010年の「健康福利税」の税収は約348億台湾元（約884億円）となっている。

注

本文中の台湾元から日本円への換算は、日本銀行「基準外国為替相場及び裁定外国為替相場（平成23年12月中において適用）」を元にして行った。

1台湾元は2.54円として換算した。

オーストラリアの医療保障制度

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
経済・社会政策部 主任研究員

田極 春美
Tagoku Harumi

オーストラリアの医療保障制度は、税方式による公的な医療提供と民間医療保険・民間医療サービスの活用という、「ハイブリッド」型である点に大きな特徴がある。こうした同国の仕組みを、「普遍性」と「選択性」、「快適性」の両面を実現した合理的な制度と評価する意見も多い。しかし、公的病院における手術待機期間、医療費抑制などの課題も存在しており、さらに、経済不況などを背景として、民間医療保険・民間医療サービスを利用できない国民が減少し、公的医療保障サービスが不足することや、公的・民間の格差問題に焦点が当たる可能性も懸念される。今後、同国が「普遍性」と「選択性」、「快適性」のバランスをいかに採っていくのかが注目される。

1. はじめに

オーストラリア連邦(Commonwealth of Australia、以下、「オーストラリア」あるいは「同国」と標記する)の医療保障制度は、全国民を対象とする税方式による医療保障制度の提供と民間医療保険・民間医療サービスの積極的な活用といった、いわば「ハイブリッド型」の医療保障制度という点に大きな特徴がある。

この制度のもとで、国民は、公的病院に「公的患者(public patient)」として受診する場合には、GP(General Practitioner、一般医)からの紹介が必要といった制約は受けるものの、原則、無料で医療サービスを受けることができる。一方で、国民は民間病院に受診するという選択肢も存在する。この場合、費用は患者の自己負担となるが、民間病院に受診する患者の多くは、民間医療保険に加入しており、民間医療保険から費用の全額あるいはそれに近い金額が支払われる仕組みとなっている。そして、3つ目の受

診方法として、公的病院に「プライベート患者(private patient)」として受診することができる。この場合、新たな自己負担が発生するが、医師や病室を選択できるなど、いわば「特典」が受けられる。

こうした同国の仕組みを、「普遍性」と「選択性」、「快適性」の両面を実現した合理的な制度と評価する意見も多い。本稿では、このオーストラリアの医療保障制度について、その概要を紹介しつつ、本制度の問題点についても2点ほど指摘してみたい。

2. 国家の概観

オーストラリア連邦の医療保障制度に触れる前に、国家の概観を整理しておく。

同国は、1770年に英国人探検家クックがシドニー郊外のボタニー湾に上陸し、英国領有宣言をして以降、英国植民地としてその歴史を歩んできた。1901年には6つの英国植民地が憲法を

制定し連邦制を採用したが、英国議会から独立した立法機能を取得したのは1942年のことである。また、英国からの司法上の完全独立は1986年と比較的新しい。こうした歴史的経緯もあり、英国の影響が強い。

現在は、英国エリザベス二世女王を元首とする立憲君主制を採用し、6つの州（ニューサウスウェールズ州、ヴィクトリア州、クイーンズランド州、南オーストラリア州、西オーストラリア州、タスマニア州）と2つの準州（首都特別地域、北部準州）で構成される連邦国家となっている。連邦議会は、上院（定員76名、任期6年）、下院（定員150名、任期3年）の二院制を採っており、自由党及び国民党からなる保守連合と労働党の二大勢力が拮抗している。現在の首相は労働党のジュリア・ギラード氏である（2010年6月24日就任、2010年8月第2次ギラード政権発足）。なお、連邦の立法権限は、憲法により、国防、外交、通商、租税、通貨、移民等の特定の事項に限定されており、その他は州の権限事項となっている¹⁾。したがって、連邦政府は州との役割分担・調整を行う一方で、隣国ニュージーランドとは合同で食品基準庁（Food Standards Australia New Zealand）を設けるなど、その関係も深い。

2009年における同国の人口は2,188万人であ

る。日本と比較すると、およそ21倍の国土におよそ6分の1の人口が住んでいる計算となる。ただし、人口は海岸沿いの都市部に集中している。

同国の平均寿命は男性が79.2歳、女性が83.7歳と日本と同程度の水準である。一方で、人口千人対出生率・死亡率をみると、日本やドイツとは異なり、依然として出生率が死亡率を大きく上回る状況であり、人口は今後も増加する見込みとなっている。同国の高齢化率（65歳以上人口の全人口に占める割合）は13.3%であり、日本の1990年代時始め頃の高齢化率の水準といえる。我が国と比較すると高齢化率は低い水準であるものの、他国と同様に高齢化率は徐々に上昇しており、2030年には20%を超える見込みであり、同国においても高齢化社会への対応は政策課題となっている。

経済状況についても少し触れると、同国の主要産業は流通、製造業、鉱業、金融・保険、建設、通信等であるが、主な輸出品は石炭や鉄鉱石などの鉱物資源である。これら鉱物資源の世界的な需要の高まり等を背景に2000年代は景気もよく失業率も改善した。一方で、同国においては物価上昇率も高く、2005年を100とした時の2010年の消費者物価指数は115.8と欧米先進国と比較しても高い伸びとなっている。同国の国民1人当たりGDPは3万9,439米ドルであり、

図表1 基礎データ

	日本	オーストラリア	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス
人口(千人、09年)	127,395	21,875	307,212	60,930	82,807	62,149
平均寿命 (07～08年)	男性:79.3歳 (08年) 女性:86.1歳 (08年)	男性:79.2歳 (08年) 女性:83.7歳 (08年)	男性:75.3歳 (07年) 女性:80.4歳 (07年)	男性:77.6歳 (07年) 女性:81.8歳 (07年)	男性:77.6歳 (08年) 女性:82.7歳 (08年)	男性:77.6歳 (08年*) 女性:84.3歳 (08年*)
人口千人対出生率・ 死亡率 (06～09年)	出生率:8.5 死亡率:9.1 (09年)	出生率:13.8 死亡率:6.7 (08年)	出生率:14.3 死亡率:8.0 (07年)	出生率:12.4 死亡率:9.4 (06年)	出生率:8.3 死亡率:10.3 (08年)	出生率:12.8 死亡率:8.6 (08年)
高齢化率(09年)	22.8%	13.3%	12.8%	15.8%	20.3%	16.6%
1人当たりGDP (購買力平価、08年)	34,132USドル	39,439USドル	47,193USドル	36,128USドル	35,436USドル	33,134USドル
消費者物価指数 (05年=100とした時の 10年の数値)	99.6	115.8	111.7	114.5	108.2	107.8

出所：「人口」「平均寿命」「高齢化率」は OECD Health Data 2010, June より作成（原典脚注フランスの平均寿命は推計値）。

「人口千人対出生率・死亡率」は UN, World Population Prospects: The 2008 revision より作成。

「1人当たりGDP」は OECD Health Data 2010, June より作成。

アメリカよりは若干低いものの日本やイギリス、ドイツ、フランスを上回る水準となっている。

このように、同国は、経済的にも国民の平均寿命なども我が国と同等程度、あるいは同等以上となっている。

3. 医療提供体制の概要

オーストラリアでは、GPが担うプライマリケアと病院が担う二次医療・三次医療は分かれている。病院や専門医のサービスを受けるためには、GPの紹介状が必要であるといったように、GPはゲートキーパーの役割を担う。この点、イギリスと共通するが、GPは登録制度ではなく、患者がより主体的に選択するシステムとなっている²⁾。

GPのほとんどは開業医であり、全国で約2万5,000人のGPが存在する。人口10万人当たりのGPの人数は全国平均が91.3人であるが、地域による偏りが見られる。最低は北部準州の54.1人で、最高はニューサウスウェールズ州の99.1人である。

二次医療としては、専門医や病院サービスが存在する。このうち、病院には「公的病院(Public Hospital)」と「民間病院(Private Hospital)」がある。病院はオーストラリア全体で1,317施設であるが、このうち公的病院が約6割(756施設)、民間病院が約4割(561施設)を占める(2008-09期)。病床数ベースでみると、公的病院が約7割(56,467床)、民間病院が約3割(27,768床)である。

公的病院については、州政府が管理運営の基本的責任を負うが、連邦政府も財源を一部負担している³⁾。こうした州政府・連邦政府の財源手当てにより公的病院は運営されており、原則として、一般国民に対する病院サービスの無料提供を実現している。急性期医療を担う公的病院は737施設であるが、提供できる医療サービスが限定されている過疎地の小規模病院から、臓器移植や高度専門医療、研究教育などを幅広く提供できる大都市部の大病院まで多様性がある。また、この他に精神病院である公的病院が

19施設あるが、高度な精神医療については精神病床を有する急性期病院が担っている。

一方、民間病院には営利・非営利の2つのタイプがある。営利病院の運営主体としては株式会社や民間医療保険などがある。公的病院に比べて、民間病院は一般に小規模である。以前は、公的病院に比較して、透析医療など難易度の比較的低い医療サービスを中心に提供してきたが、近年は複雑な手術なども積極的に行うようになっており、特に緊急性が低い「選択的手術(elective surgery)」は民間病院で実施される割合が高まっている。また、日帰り手術や短期入院での手術なども盛んとなっている。

このように、同国では公的病院と民間病院が存在するが、緊急性の高い手術などは公的病院で、比較的緊急性の低い手術は民間病院で、といったように概ね棲み分けはある⁴⁾ものの、病院が数多く存在する都市部では、公的病院と民間病院、民間病院間の競合も激しくなっている。

4. 医療保障制度の概要

(1) 医療保障制度の枠組み

次に、同国の医療保障制度であるが、1984年2月1日に、全国民をカバーする医療保障制度として「メディケア(Medicare)」が開始された。しばしば、「Health Insurance」という単語が用いられるが、税方式による医療保障制度である。このメディケアを全国一律に管理運営する組織として、連邦レベルで「メディケア庁(Medicare Australia)」が存在する。メディケアの運営に必要な連邦政府の財源は4分の3が一般財源で、残りの4分の1が「メディケア税(Medicare Levy)」によって賄われている。このメディケア税は、国民の課税対象所得に対して一定率を徴収する税である。「メディケア税」と呼んでいるが、目的税ではなく一般税である。2011年1月時点の税率は1.5%であるが、民間病院保険(private hospital insurance)に加入していない高額所得者⁵⁾については1%の上乗せ課税(Medicare Levy Surcharge)が発生する。

こうした税負担が発生するものの、GPからの紹介により、国民は誰でも公的病院を無料で受診することができるという「普遍性」が確保されている。

一方で、政府は個人が民間医療保険に支払う保険料の30%を助成金として給付するなど、民間医療保険への加入を積極的に推進している。2009年12月現在、国民の44.7%が民間医療保険に加入している⁶⁾。前述のとおり、国民は、公的医療サービスを無料あるいは一部の自己負担で受けることができるが、民間病院などを利用する場合は多くの費用がメディケアではカバーされないため、患者は、多くの場合、民間医療保険を活用することになる。

公的病院は無料で医療を受診できるというメリットがあるが、GPの紹介が必要であること、緊急性を要しない手術などについては長い待機期間があることといったデメリットもある。民間病院・民間医療保険の利用は、こうした公的医療保障の枠組みでの不自由さを解消する手段

として、同国では政府が積極的に推進している。

このように公的医療保障制度による「普遍性」と民間医療保険・民間サービスの「選択性」「快適性」は同国の医療財源構成にも端的に現れている。1人あたり医療費に占める公的支出と民間支出の内訳をみると、公的支出額は日本とほぼ同程度であるが、民間支出額は日本の2倍程度となっており、民間支出額が高いのが特徴的である。

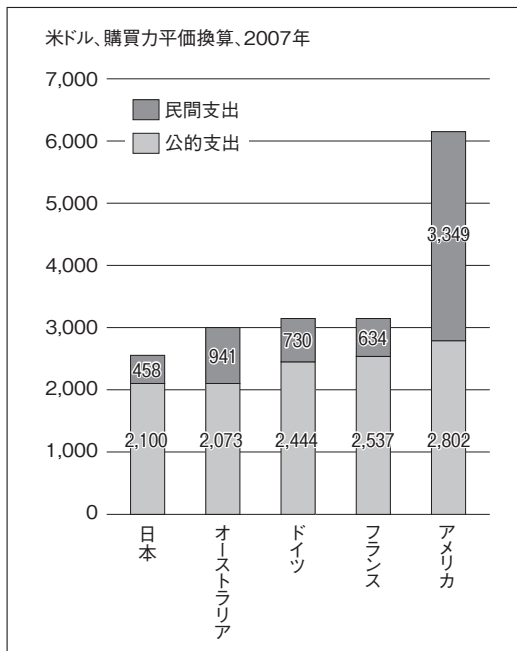
(2) メディケア給付制度と費用負担

医療サービスに対する報酬・費用支払として、「ホスピタルフィー」と「ドクターフィー」が存在する。この他、医薬品については「医薬品給付制度 (Pharmaceutical Benefits Scheme : PBS)」と呼ばれる処方医薬品に対する給付制度が存在するが、紙面の関係でこのPBSについての説明は割愛する。

このうち、ドクターフィーについては、「メディケア給付表 (Medicare Benefit Schedule)、以下「MBS」とする」が存在する。医師など専門職による医療行為についてメディケアから給付を受けるためには、当該医療行為がMBSに収載されている必要がある。日本の診療報酬点数表に相当すると言えるが、①基本的にドクターフィー部分のみを対象としている⁷⁾こと、②メディケアからの給付額であって医療行為(サービス)に対する公定価格ではないこと、③歯科医療は対象外であること、など相違点もある。特に2点目については我が国と大きく異なる点として注意が必要である。すなわち、同国では、医師は価格を自由に設定できるため、このメディケア給付表はあくまでもメディケアからの給付額を規定したものに過ぎないということである。MBSは、連邦政府の保健高齢化省において、毎年、消費者物価指数などをもとに作成された指数によって調整される。

MBSの給付額であるが、その給付割合は提供者や患者の立場(保険状態)によって異なる。GPによる外来サービスや公的病院によって提供される外来・入院サービスにおけるドクターフィーについてはMBSの満額(100%)がメディ

図表2 1人当たり医療費に占める公的支出と民間支出の内訳



注) イギリスは2007年のデータがないため、掲載していない。
 (資料) OECD Health Data 2010より作成

ケア負担となっている。一方、専門医や民間病院によって提供される外来サービス、公的病院にプライベート患者として受診した場合の外来サービスについてはMBS給付額の85%がメディケアから支払われる規定となっている。また、公的病院へのプライベート患者としての入院や民間病院入院時におけるドクターフィーについては、メディケア給付額の75%しか給付されない。医師・病院はGP・専門医ともに料金を自由に設定できるため（上限も設けられていない）、患者にとっての支払いは、この医師・病院が設定した価格（料金表）とメディケア（MBS）給付分との差額が患者自己負担分となる。つまり、メディケア給付表はメディケアからの給付金額を示しているに過ぎず、患者はどの医師にどういう立場で受診するかによって自己負担額の有無やその金額に違いが発生することになる。なお、GP受診時の自己負担分については、他の多くの自己負担費用と異なり、民間医療保険の活用が許されていない。

こうした仕組みにより自己負担が多額になる場合、患者の過度な受診抑制につながるものが懸念される。このため、政府は「一括請求方式（bulk-billing）⁸⁾」制度を設けている。これは、メディケアへの一括請求の利便性・安全性と引き換えに、医師がメディケア給付額を報酬満額として認め、それ以上の追加請求を患者に行う権利を放棄する制度といえる。通常、外来受診において患者は一旦窓口で費用全額を支払った後、メディケアに請求することで医療費が償還される仕組みとなっている。これに対して、医師が一括請求方式を採用する場合、患者はメディケアカードの提示により、患者負担を課されずに外来サービスを受けることができる。医師にとっては、追加料金の機会を放棄するというデメリットはあるものの、直接メディケアに全額を請求することができるため、未払いのリスクが減少するというメリットがある。患者のタイプによって一括請求方式を採用するか否かを医師は選択することができ、年金生活者などの場合のみ一括請求方式を採用するといった医

師も存在する。

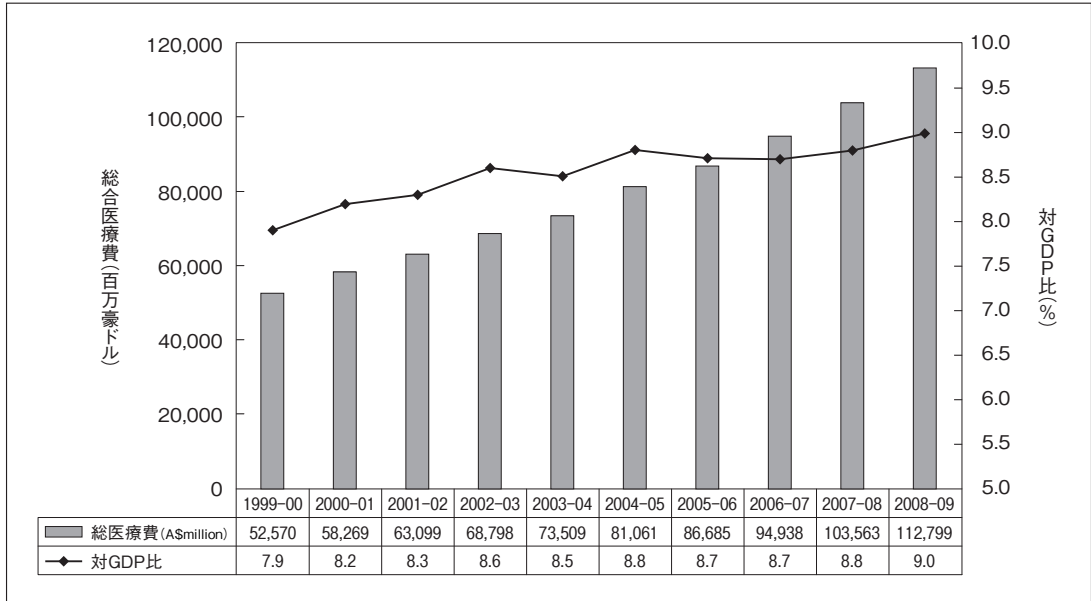
このように、同国では、医師・病院や保険の種類（公的患者・プライベート患者）などの組合せを選択することができ、料金が自由に設定できることから、患者自己負担額などにおいて複雑な制度ともいえる。

5. おわりに

以上、同国の医療提供体制や医療保障制度の概要について述べてきた。要約すると、税方式による全国民を対象にした医療保障制度による「普遍性」と民間医療保険・民間サービスの積極的活用による「選択性」「快適性」の両面を迫及した制度といえ、一見すると非常に魅力的な制度ともいえる。しかし、同国の医療保障制度にも必ずしも「良いこと尽くし」ではない。

同国の医療保障制度の問題の一つとして、公的病院における手術待機期間の問題が挙げられる。「3. 医療提供体制の概要」でも述べたように、公的病院では緊急手術を中心に対応しており、例えば、人工股関節置換術などの緊急性を伴わない「選択的手術」については後回しとなりやすい。このため、公的病院における選択的手術の待機期間は長くなりがちであり、民間医療保険に加入している患者を中心に民間病院でこういった手術を受ける傾向が強い。民間病院で手術を受ける場合、ホスピタルフィーを含め、ドクターフィーや高額な医療材料などについて多額の自己負担が発生する。これらは、民間医療保険でほぼカバーされるように設計されているが、民間医療保険に加入していない患者の場合、これらは全額自己負担となる。民間医療保険に加入していない患者の場合、現実的には、公的病院での手術の順番待ちをすることになる。公的病院における選択的手術の待機期間の解消は政策課題となっており、政府も待機期間の改善目標を定めている。近年、待機期間も減少しており、86.2%が推奨期間内の手術実施であったが、1年以上の待機期間の患者が1割を超える地域も存在している。また、人工股関節置換術で

図表3 オーストラリアにおける総医療費の推移



出所：AIHW, "Health expenditure Australia 2008-09" (2010 Dec.)

は9.6%、人工膝関節置換術では14.9%の患者が1年を超える手術待ちとなっている⁹⁾。民間医療保険の加入者が多いと言っても半数以上の国民は民間医療保険に加入していないことから、公的医療保障内、すなわち公的病院でのサービスの向上が求められる。

この他の大きな課題としては、医療費抑制である。2000年代の経済成長を背景に、医療費も上昇している。オーストラリアの年間総医療費(total health expenditure)について、直近10年間の動向をみると、1999-2000期は526億ドルであったのが、10年後の2008-09期には1,128億ドルと2倍以上に達している¹⁰⁾。対GDP比でみると、1999-2000期には7.9%であったが、2008-09期には9.0%となっており、GDPの伸びを上回る医療費の伸びとなっている。

医療費の増加を背景に、民間医療保険の保険料率の引上げが行われている。これにより、政府の保険料に対する助成金も増加しており、政府は公的医療保障であるメディケアだけではなく、民間医療保険の支出についても管理を強化しようとしている。その一例として、保健高齢

化省では、民間病院でより多く使われる人工股関節やペースメーカーなどの高額医療材料について民間医療保険が給付すべき額(給付額)を公定価格として定めているが、経済的な評価の視点も取り入れた、より合理的な仕組みとするため、見直し作業を進めている¹¹⁾。実際、高額医療材料に関する支出額が増加している。こうした高額医療材料の高騰は民間病院だけではなく、公的病院の購買面にも影響を与える。公的病院の中には、州政府が高額医療材料の購入価格情報を収集・分析し、一定額以下の医療材料を購入するよう、各公的病院に指示をしたり、あるいは共同購入を行うなどの取組も見られる。

今後、同国でも高齢化が進展することから、医療費抑制という観点からの取組が重要となる。また、世界的な経済不況は同国の経済にも影響を及ぼしている。こうした中、民間医療保険・民間医療サービスを利用できる国民が相対的に減少し、公的医療保障サービスが量的に不足する事態が発生する可能性も否定できない。また、公的・民間の格差問題に焦点が当たる可

能性も懸念される。同国が、「普遍性」と「選択性」「快適性」とのバランスをいかに採っていくのか今後の動向が注目される。

注

- 1) 外務省ホームページに基礎情報が掲載されている。
- 2) イギリスでも近年、GPを選択して登録することができるようになったが、オーストラリアのGP制度は患者とGPとの関係がより緩やかである。
- 3) 連邦政府と州政府の間の負担は、5年ごとに交渉されるHealth Care Agreementによって規定される。また、この合意を含めて連邦と州を包括して全体を調整する組織として、連邦・州の保健担当大臣から構成される豪州保健担当大臣諮問委員会 (Australian Health Minister's Advisory Council: AHMAC) が設置されている。
- 4) 2008-09期における全国での手術件数は約220万件であったが、このうち公的病院では94万8千件(43.1%)を実施した。緊急手術に限定すれば、公的病院が84%を実施している。
- 5) 追徴の対象となる所得は、2010年より、個人7万7千豪ドル以上、夫婦15万4千豪ドル以上に引き上げられた。
- 6) Private Health Insurance Administration Council (PHIAC) (2010) による。
- 7) ホスピタルフィーの支払いは病院の公私を問わず、別体系となっている。ただし、公的病院における民間被保険者の入院に関するホスピタルフィーについて、MBS標準価格も設定されている。
- 8) このほか、「direct-billing」と記述されることもある (AIHW (2008), "Australia's health 2008", Canberra.)
- 9) DoHA "The state of our public hospitals, June 2010 report" による。
- 10) オーストラリアの会計年度は7月1日から6月30日までである。本稿では、特に断りのない限り、ドル表示は「オーストラリアドル (A\$)」とする。
- 11) 根拠法は「民間医療保険法 (Private Health

Insurance Act 2007) 』。

参考文献

- ・ Commonwealth Department of Health and Aged care, "The Australian Health Care System"
- ・ Australian Institute of Health and Welfare, (AIHW), "Australia's Health 2010"
- ・ AIHW, "Australian hospital Statistics 2008-08"
- ・ AIHW, "Health expenditure Australia 2008-09" (2010 Dec.)
- ・ DoHA, "The state of our public hospitals, June 2010 report"
- ・ Sandra Hopkins, Nathan Speed (2005), "The decline in 'free' general practitioner care in Australia: reasons and repercussions", Health Policy 73: p316-p329
- ・ 丸山士行「1章 オーストラリアー公的部門と民間部門の併用ー」、井伊雅子編「アジアの医療保障制度」、東京大学出版会、2009年3月

EU加盟国における社会保障の財政 —税と社会保険料—

北海道大学公共政策大学院教授

松本 勝明

Matsumoto Katsuaki

日本と同様に、EU加盟国においては、高齢化の進展、就労状況や家族構造の変化等に伴い増加する社会保障のための支出をどのようにして賄うかが重要な政策課題となっている。そこで、本稿では、EU加盟国における社会保障の財政をとりあげ、その現状を把握したうえで、財源としての社会保険料と税との関係などについて検討を行うこととする。

1. 社会保護のための支出と収入の状況

欧州連合（European Union（EU））の基本原則と制度的枠組みを定めたEU条約（Treaty on European Union）¹⁾において、社会保護（Social Protection）を促進することはEUの目的の一つとして位置づけられている（第3条第3項）。EUにおいて「社会保護」は、その財源が税又は社会保険料によるのか、管理運営が公的又は私的に行われるのかにかかわらず、疾病及び出産、老齢及び障害、労働災害及び職業病、失業などのリスクに対する社会的な保障を行う制度及び社会扶助制度を含む用語として用いられている（Eichenhofer, 2006：23）。そこで、以下においては、EU諸国における社会保障の財政に関する状況を把握するため、この社会保護のための支出及び収入をみることにする。

（1）社会保護支出

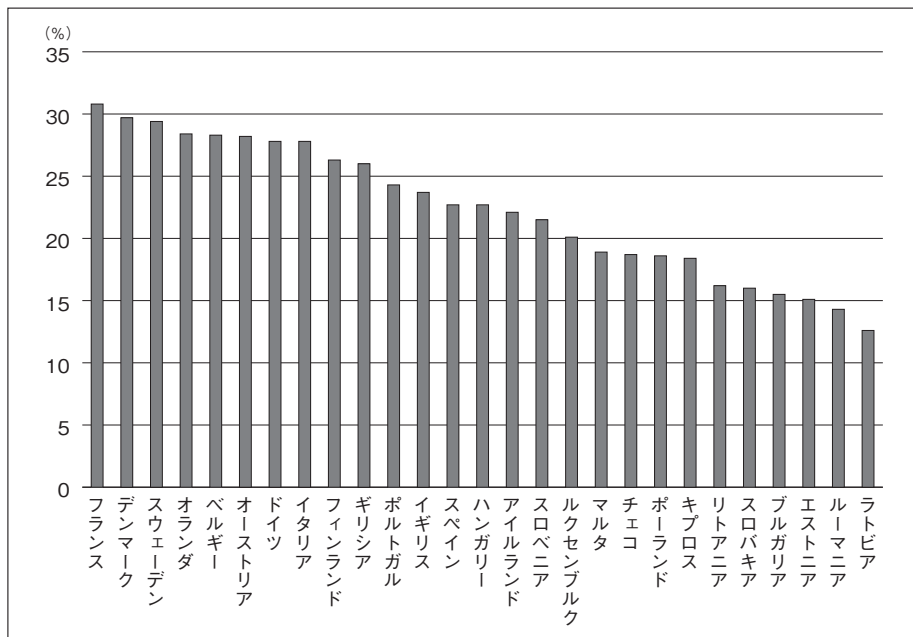
EU統計庁（Statistical Office of the European Union（Eurostat））は、加盟国での社会保護に関する給付及びその財政を比較可能なものとするため、社会保護支出統計（European System of integrated Social Protection Statistics

（ESSPROS））において、加盟各国の社会保護のための支出及び収入の把握を行っている²⁾。ESSPROSによれば、2008年において「社会保護のための支出（expenditure on social protection）」（以下「社会保護支出」という）の国内総生産（GDP）に対する割合はEU加盟国全体で26.4%となっており、社会保護のためにGDPの4分の1以上に相当する支出が行われていることがわかる。

この割合については、30%を超え、あるいは30%に近い国がある一方で、10%台の前半にとどまっている国もあり、加盟国の間で大きな格差がみられる（図1）。上位三国は、フランス、デンマーク及びスウェーデンであり、下位を占めているのはバルト三国、ルーマニア、ブルガリア、スロバキアなどとなっている。このように、2004年以降にEUに新規加盟した旧東欧諸国などにおいてこの割合が相対的に低い傾向がみられる。

2001年以降の推移をみると、EU加盟国全体では、社会保護支出のGDPに対する割合は、2001年には26.6%、2005年には27.1%、2008年には26.4%と比較的に安定的に推移している（表1）。しかし、この割合の推移を加盟国ごとにみ

図1 社会保護支出のGDP比(2008年)



出所：Eurostat (online data code : spr exp sum) を基に筆者作成。

表1 社会保護支出のGDP比の推移

	(%)		
	2001年	2005年	2008年
EU	26.6	27.1	26.4
ベルギー	27.2	29.6	28.3
ブルガリア	9.7	15.1	15.5
チェコ	19.4	19.2	18.7
デンマーク	29.2	30.2	29.7
ドイツ	29.5	29.7	27.8
エストニア	13.0	12.6	15.1
アイルランド	14.9	18.1	22.1
ギリシア	24.3	24.6	26.0
スペイン	20.0	20.9	22.7
フランス	29.6	31.4	30.8
イタリア	24.9	26.4	27.8
キプロス	14.9	18.4	18.4
ラトビア	14.5	12.7	12.6
リトアニア	14.8	13.3	16.2
ルクセンブルク	20.9	21.7	20.1
ハンガリー	19.2	21.9	22.7
マルタ	17.8	18.5	18.9
オランダ	26.5	27.9	28.4
オーストリア	28.8	28.9	28.2
ポーランド	21.0	19.7	18.6
ポルトガル	21.9	24.6	24.3
ルーマニア	12.8	13.4	14.3
スロベニア	24.5	23.0	21.5
スロバキア	19.0	16.5	16.0
フィンランド	25.0	26.7	26.3
スウェーデン	30.5	31.1	29.4
イギリス	26.8	26.3	23.7

出所：図1と同じ。

た場合には異なる姿が現れる。イタリアやアイルランドのようにこの割合が期間を通じて上昇している国もあれば、スロベニアやスロバキアのように期間を通じて低下している国もある。また、ドイツのように今世紀の初めにこの割合がピークに達した後に低下している国もある。

(2) 社会保護収入

社会保護支出は全てのEU加盟国において複数の異なる財源により賄われている(表2)。各加盟国の「社会保護のための収入(social protection receipts)」は、一般政府負担(general government contributions)、社会保険料及びその他の収入から構成されている。さらに、社会保険料には、事業主により負担される社会保険料のほかに、被用者、自営業者などの被保険者により負担される社会保険料がある。

2008年の加盟国全体では、「社会保護のための収入」(以下「社会保護収入」という)に占める割合は、社会保険料が57.5%と最も高く、一般政府負担(公費負担)が38.2%、その他が4.3%となっている。社会保険料を事業主により負担さ

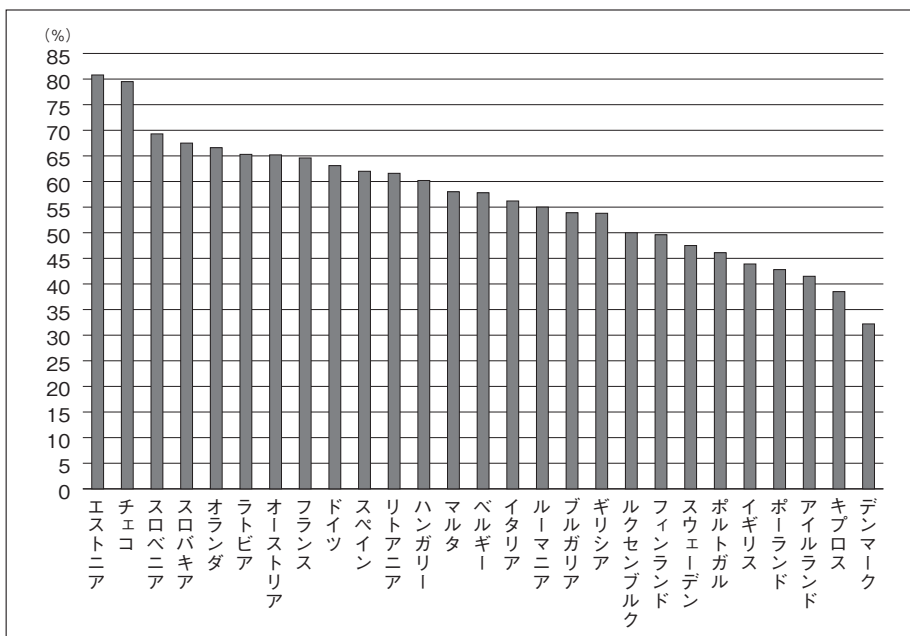
表2 社会保護収入に占める割合

(%)

国	一般政府負担		社会保険料						その他	
			計		事業主		被保険者			
	2001年	2008年	2001年	2008年	2001年	2008年	2001年	2008年	2001年	2008年
EU	35.9	38.2	60.4	57.5	38.8	37.1	21.6	20.4	3.6	4.3
ベルギー	25.8	39.8	72.2	57.8	49.7	36.6	22.5	21.2	2.0	2.4
ブルガリア	17.4	44.4	75.9	53.9	58.8	33.9	17.1	20.1	6.7	1.6
チェコ	24.1	19.4	74.6	79.5	50.3	53.1	24.4	26.3	1.3	1.1
デンマーク	62.6	61.8	30.4	32.2	9.3	11.4	21.1	20.8	7.0	6.1
ドイツ	32.4	35.0	65.4	63.1	37.8	34.9	27.6	28.2	2.2	1.9
エストニア	22.7	19.1	77.1	80.8	77.1	79.8	0.0	1.0	0.2	0.1
アイルランド	60.6	54.1	39.0	41.5	24.9	25.8	14.1	15.7	0.4	4.4
ギリシア	27.8	34.6	62.0	53.8	38.5	32.7	23.5	21.1	10.2	11.5
スペイン	29.0	36.2	68.5	62.0	52.3	47.0	16.2	15.0	2.5	1.8
フランス	30.3	32.0	66.0	64.6	45.7	43.8	20.3	20.8	3.7	3.4
イタリア	40.9	42.2	57.3	56.2	42.7	40.2	14.7	16.0	1.8	1.6
キプロス	40.0	47.7	43.5	38.5	26.7	23.5	16.8	15.1	16.5	13.7
ラトビア	35.1	34.5	64.9	65.3	48.7	48.5	16.1	16.8	0.0	0.2
リトアニア	39.1	37.5	59.8	61.6	53.6	55.5	6.2	6.1	1.1	0.8
ルクセンブルク	42.8	46.3	52.2	50.0	27.2	25.9	25.1	24.1	4.9	3.7
ハンガリー	33.1	36.8	58.3	60.2	45.3	38.0	13.0	22.2	8.6	3.0
マルタ	27.0	39.2	70.2	58.0	49.1	40.6	21.1	17.4	2.8	2.9
オランダ	16.1	21.3	68.1	66.6	32.4	32.4	35.6	34.2	15.8	12.2
オーストリア	32.3	33.2	65.9	65.2	38.9	38.0	27.1	27.2	1.8	1.5
ポーランド	33.2	34.6	52.4	42.8	28.6	23.4	23.9	19.4	14.4	22.6
ポルトガル	37.8	44.9	54.4	46.1	36.4	30.8	18.0	15.3	7.8	9.0
ルーマニア	18.7	43.5	74.9	55.0	44.6	38.7	30.4	16.3	6.4	1.5
スロベニア	32.6	28.9	65.9	69.3	26.5	28.1	39.3	41.2	1.5	1.9
スロバキア	32.5	25.8	65.1	67.5	46.6	46.1	18.5	21.5	2.5	6.7
フィンランド	42.5	43.7	50.6	49.6	39.1	38.4	11.5	11.2	6.9	6.7
スウェーデン	45.8	49.6	51.9	47.5	42.7	37.7	9.2	9.8	2.3	2.9
イギリス	48.5	49.4	49.7	43.9	30.2	32.4	19.5	11.4	1.8	6.7

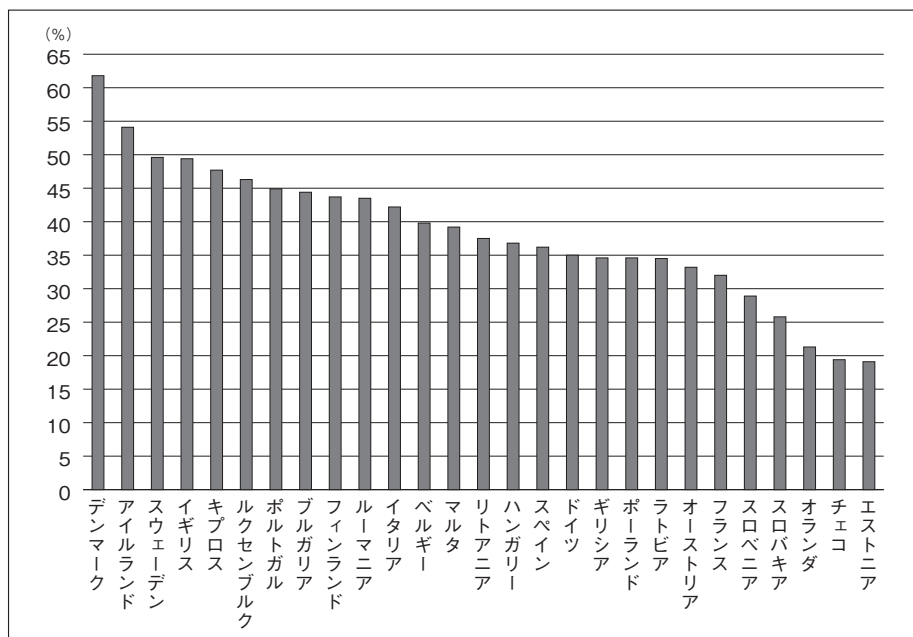
出所：Eurostat (online data code : spr rec sumt) に基づき筆者作成。

図2 社会保険料の割合 (2008年)



出所：表2と同じ。

図3 公費負担の割合 (2008年)



出所：表2と同じ。

れる社会保険料と被保険者により負担される社会保険料に分けた場合には、社会保護収入に占める割合はそれぞれ37.1%及び20.4%となっている。

社会保護収入を構成する財源の割合についても、国による大きな違いがみられる。エストニアやチェコでは社会保護収入に占める社会保険料の割合が8割前後である(図2)。これに対して、デンマークやアイルランドでは社会保護収入に占める公費負担の割合が50%を超えており、スウェーデン、イギリス、キプロス及びルクセンブルクでもこの割合が45%を超えている(図3)。

このような違いは、各国の社会保障制度の違いに由来するものである(Puglia, 2011: 10)。社会保護給付を受けるために、北欧諸国などではそれを必要としている住民であることで足るのに対して、保険の考え方に立脚した制度となっている国においては保険料の支払いが前提となっている。このように給付を受給するための要件の違いが、財源構成の違いにつながっている。しかし、両者の間の区分は次第に曖昧なものとなってきており、社会保障制度が両者の

特性を併せ持つようになってきている。すなわち、従来は社会保険料により賄われていた制度において、その支出の一部が税により賄われるようになり、またそれとは逆に、従来は税により賄われていた制度において、その支出の一部が社会保険料により賄われるようになっている。

2001年と2008年を比較すると、EU加盟国全体では、社会保護収入に占める社会保険料の割合が60.4%から57.5%に低下する一方で、公費負担の割合が35.9%から38.2%に上昇している。このように、社会保護収入の財源については、社会保険料から公費負担へのシフトがみられる。このような傾向が著しい国としては、ベルギー、マルタ及びルーマニアを挙げることができる。

しかし、2001年において社会保護収入に占める公費負担の割合が60%を超えていたデンマーク及びアイルランドでは、公費負担の割合が低下し、社会保険料の割合が上昇している。このような逆方向へのシフトは旧東欧諸国にもみられる。

2. 社会保護に関する財政システム

次に、EUの社会保護相互情報システム（Mutual Information System on Social Protection (MISSOC)）による情報を用いることにより、EU加盟国の社会保護に関する財政システムをみることにする。MISSOCは、EUの執行機関である欧州委員会（European Commission）の雇用・社会・機会均等総局により構築されたものであり³⁾、EU加盟国及びEFTA（欧州自由貿易連合）加盟国の社会保護に関する継続的・包括的な情報交換を可能にしている。MISSOCは比較対象国の政府から提供された公式の情報に基づくものである。

MISSOCの提供する情報は、社会保護の各分野における財政、組織、基本原理、給付などに関するものに及んでいる。MISSOCにより、対象国における社会保護の主要分野及び財政に関する300種類以上の情報が12の比較表に整理されて毎年公表されている⁴⁾。このうち、社会保護の財政を対象とする比較表Iにおいては、社会保護支出がどのような財源により賄われているかが示されている。

（1）国ごとの状況

EU加盟国のうち社会保護収入に占める社会保険料の割合が最も低いデンマークでは、疾病・出産現物給付、介護給付、国民年金制度（Folkepension）による老齢・障害・遺族給付及び家族給付の費用が税により賄われている。その費用が社会保険料で賄われているのは失業給付の一部、労働災害・職業病に対する給付などにとどまっている。

また、旧東欧諸国などが新規に加盟した2004年よりも前からEUに加盟していた国のなかではデンマークに次いで社会保護収入に占める社会保険料の割合が低いアイルランドでは、疾病・出産現物給付及び介護給付の大部分並びに家族給付の費用が税により賄われており、その他の給付の費用は社会保険料により賄われている。

社会保険料が社会保護収入の大きな割合を

占めている国では、社会保険が社会保障制度の中核を担っている。労災保険を除く社会保険の保険料については、ドイツ及びルクセンブルクのように事業主と被保険者の折半負担が原則となっている国もあれば⁵⁾、オーストリアのように、保険及び被保険者の種類によって負担割合の異なる国もある。

社会保険に関しては、近年、特定の分野又は社会保険全体に税を投入することによる国の財政的な関与が拡大してきている。たとえば、ベルギーでは、直接税及び間接税（付加価値税の一部）が社会保険財政に投入されており、事業主が負担する保険料の増加を抑制するため、それらの税率が段階的に引き上げられている（Paparrigopoulou, Engel, 2007：2）。

フランスでは、社会保護収入に占める保険料の割合が1990年には80%近くの水準にあったが、2008年では65%にまで低下している。同時期に、社会保障財政の安定を確保するため税の割合が引き上げられた。そのなかで、社会保護支出を賄うために、広範な種類の所得源泉（労働、資産、投資、宝くじなど）に賦課される「一般社会拠出金（CSG）」が新たに導入された。

このように社会保険に対する公費負担を拡大する政策がとられる重要な目的の一つは、生産コスト、なかでも人件費の上昇回避又は削減のために、社会保険料の使用者負担を維持し又は引き下げることにある。しかし、事業主負担の維持・引き下げが、そのために必要な収入の確保を目的とする新たな税の導入や既存の税の引き上げを伴うのであれば、果たしてそれが経済にポジティブな効果を持ちうるものかどうかは疑問である。

一方、公費負担の財源としては、直接税のほかに間接税が用いられている。この両者のバランスをみると、どちらかというの間接税よりも直接税の方が好まれている。また、公費負担が国・地方（州）・市町村のどのレベルの税によるかは、国及び制度によって異なっている⁶⁾。

(2) 分野ごとの状況

同じ国のなかでも、社会保護の各分野における財源は基本的にそれぞれが対象とするリスクの種類によって異なっている。このことが当てはまらない国の一つはベルギーである。ベルギーでは、疾病、労災・職業病及び失業に関する給付、老齢・障害・遺族年金、家族給付のいずれもが包括保険料(cotisation globale)と税により賄われている。

老齢年金に関する支出は、多くの国で、保険料のみか、保険料と税により賄われている。労働災害及び職業病に関する支出は、ほとんど全ての国で、保険料のみか、保険料と税により賄われている。この場合の保険料はたいてい事業主のみで負担されている⁷⁾。

これに対して、疾病現物給付に関する支出の財源は国により様々である。すなわち、EU加盟国の中でも、保険料だけを財源としている国、主として保険料を財源としている国、主として税を財源としている国及び税だけを財源としている国が存在する。

失業給付に関する支出は、ほとんど全ての国で、保険料のみか、保険料と税により賄われている。ドイツなどでは、失業給付が、失業保険の給付としての失業手当と失業手当の支給を受けられない失業者を対象とした給付(失業扶助)に二分されている。前者の費用は保険料で賄われているのに対して、後者の費用は税により賄われている。

家族給付に関する支出は、多くの国で税により賄われている。これは、家族給付に関しては、被保険者に限らず、社会全体にかかわる問題であるとの考え方が支配的になっているためである。

3. 財政的な持続可能性の確保

社会保護支出の増加に対応し、財政的な持続可能性を確保するために、各国は様々な対策を講じている。その目的は、赤字を解消し、公的債務を削減することにある。このような対策に

は、社会保護に関する支出の削減と収入の拡大を目的としたものがある。社会保護支出を削減するための対策として、たとえば、年金給付に関しては、支給開始年齢の引き上げ、年金算定方式の変更、年金受給に必要な被保険者期間の引き上げ、賃金スライド方式の変更などが行われている。

一方、社会保護収入を拡大するための方策としては、保険料又は税の引き上げ並びに国庫補助の増額があげられる。多くの加盟国では、たばこや酒への消費課税が行われている((Paparrigopoulou, Engel, 2007 : 4)。たとえば、ルーマニアでは保健医療対策のためにたばこや酒の消費税による収入が用いられており、それが保健省予算の4割近くを占めている。ルクセンブルクのように、このような税を導入することを検討している国もある。フランスでは、たばこや酒の消費税に加えて、付加価値税の投入割合を引き上げることが議論されている。

さらに、保険料の徴収・管理を税務当局に委ねることにより徴収手続きの簡素化・効率化が図られている。その理由は、社会保護支出を様々な財源により賄う仕組みは複雑かつ非効率的なものとなる可能性があるからである。たとえば、オランダでは自営業者などの負担する保険料は、所得申告を基に税務行政当局により徴収されている。

これらの対策は社会保障とその国の経済全体との関係を視野に入れていない。つまり、これらの対策はGDPの拡大をもたらすものではなく、そのためにすぐに限界に突き当たる可能性がある。しかし、さらなる支出削減あるいは継続的な保険料・税の引き上げは政治的にも経済的にも容易に認められるものではない。

EU加盟国においては、高齢化の進展、寿命の伸長、医療技術の進歩、就労状況及び家族構造の変化などに伴い社会保護支出が一層増加するなかで、経済の停滞が社会保護ための支出と収入の両面に不利な影響をもたらすことが懸念される。したがって、財政的には、社会保護支出を税又は社会保険料のいずれで賄うかだけで

なく、どのようにすれば適切な経済成長が維持され、雇用率が高められるが重要な問題であると考えられる。なぜならば、高い雇用率を維持することができれば、失業給付や早期退職する者に対する年金のための支出を抑えることができ、かつ、社会保険料や税などの収入を増やすことができるからである。

4. システム競争と社会保障の財源

社会保障制度は、EU加盟国においても、各国の国内制度として定められ、各国において独自の発展を遂げてきた。社会保障の分野でもEUの権限は近年拡大しているものの、その対象は限定的な範囲にとどまっている。社会保障分野における最も重要なEUの立法は、従来どおり、加盟国間を移動する労働者等に係る社会保障の調整に関するものとなっている。つまり、社会保障の分野でEUは包括的な権限を有しているわけではなく、具体的な政策決定は依然として各加盟国に委ねられている。

一方、各国が自国の制度を企業にとってより魅力的なものとすることを競い合ういわゆる「システム競争」の結果として、各国が社会保障制度を社会経済情勢の変化に適合させることを求める圧力が高まっている。「システム競争」が起る背景としては、EU域内における人・物・サービス・資本の自由移動が保障されるなかで、ある加盟国の経済主体が他の加盟国に移動することにより、それまで所在していた国の規定の適用を免れることができる可能性が高まっているという状況がある。企業により重い負担を課す社会保障制度は企業の国際競争力を弱めることから、そのような社会保障制度を有する国の立地場所としての魅力は、他の国との比較において低下する恐れがある。そうなれば、企業の生産拠点がそのような国から他の国に移転することになり、これによって、国内雇用の減少、失業者の増加などの問題が生じることが危惧される。このため、各加盟国は、社会保障に関する政策についても自由な製品市場及び資本市場に

おける競争力の維持に配慮することが求められるようになっている。

EU諸国においては、このような観点からも、社会保障制度と税制との関係が重要なものとなってきた。基本的に社会保険料を財源とする社会保険制度は予め保険料を納付することによって給付が受けられる仕組みである。このため、社会保険制度は、より高い水準の給付を行う国に、その給付を受けることを目的として他の国の国民が流入することを防ぐ効果を持っている。しかし、再分配機能を維持しつつ、国際競争力を確保する観点からは、生産要素としての労働のコストを引き下げするために社会保険の財源を社会保険料から税にシフトすることが支持されている。

社会保険がどの範囲の者をカバーするのか、社会保険料がどの範囲の収入に賦課されるのかによって程度の差はあるものの、社会保険の財源を社会保険料から税にシフトすることは、費用負担者の範囲や賦課対象となる収入の範囲を拡大することにつながる可能性がある。しかし、このようなシフト自体が財政的な安定をもたらすわけではなく、社会保険料の削減に見合う十分な税収が得られることが前提条件となる。

それでは、このような税収を得るためにどのような源泉に課税することが適切であろうか。国際競争が存在することや、生産要素である「労働」や「資本」の自由移動が保障されていることを考えると、この問題については、もはや各国の国内的な判断だけで答えを出すことはできない。たとえば、資本への課税は、資本の外国への逃避を招き、国内の資本設備の劣化をもたらす恐れがある。その結果、その国の生産性は低下し、賃金や雇用にも悪影響を及ぼす可能性がある。

また、生産コストを引き下げするために、企業課税だけでなく、所得税も引き下げることが必要であるとした場合には、社会保険料に代わる財源として残るのは、消費に課税することになる。しかし、付加価値税のような間接税の引き上げは、低所得者に相対的に大きな負担を課す

だけでなく、社会保障の給付への需要を増加させることが問題となる。なぜならば、間接税の引き上げは、保障すべき最低生活の水準が上昇するだけでなく、全ての支出を増加させる効果を持つからである。

注

- 1) Official Journal of the European Union C 115/9 of 9 May 2008.
- 2) ESSPROSにおいては、異なる国の間での比較可能性を確保するため、社会保護の範囲を厳密に定義している。このESSPROSにおける定義は、各加盟国の統計において用いられる定義とは必ずしも一致しない。たとえば、ドイツの社会保障財政に関する統計である「社会予算 (Sozialbudget)」では、社会支出の範囲に税の減免措置や事業主による一定の給付が含まれているが、これらはESSPROSの社会保護給付に含まれない (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009 : 305)。
- 3) このシステムのために、欧州委員会の担当部局は、加盟国における社会保障各分野の担当省庁・機関の代表者及び欧州委員会が任命した事務局と共同作業を行っている。
- 4) MISSOCの比較表は、欧州委員会ホームページ (<http://www.ec.europa.eu>) において公表されている。
- 5) ただし、ドイツでも医療保険の保険料率は事業主が7.3%、被保険者が8.2%となっており、ルクセンブルクでも介護保険の保険料は被保険者の単独負担となっている。
- 6) デンマークでは、年金は国と市町村により、医療は地方と市町村により、支出が賄われる。フィンランドでは、地方自治体が保健医療サービス及び社会サービスの費用を負担し、国が地方自治体に対して住民数、年齢構成などに応じた補助を行っている ((Paparrigopoulou, Engel, 2007 : 9)。
- 7) 自営業者を対象とする場合には自営業者本人の負担する保険料により賄われる。

参考文献

- ・Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009, *Sozialbericht 2009*, Bonn.
- ・Eichenhofer E., 2006, *Sozialrecht der*

Europäischen Union, 3. Auflage, Berlin.

- ・Puglia A., 2011, In 2008 gross expenditure on social protection in EU-27 accounted for 26.4% of GDP, *Statistics in focus*, 17/2011, 1-11.
- ・Paparrigopoulou P., Engel H., 2007, Finanzierung der sozialen Sicherung, *MISSOC-info* 2/2007, 1-11.
- ・Becker U., 2005, Nationale Sozialleistungssysteme im europäischen Systemwettbewerb, in: Becker U., Schön W. (Hrsg.), *Steuer- und Sozialstaat im europäischen Systemwettbewerb*, Tübingen, 3-39.

1. 基本情報

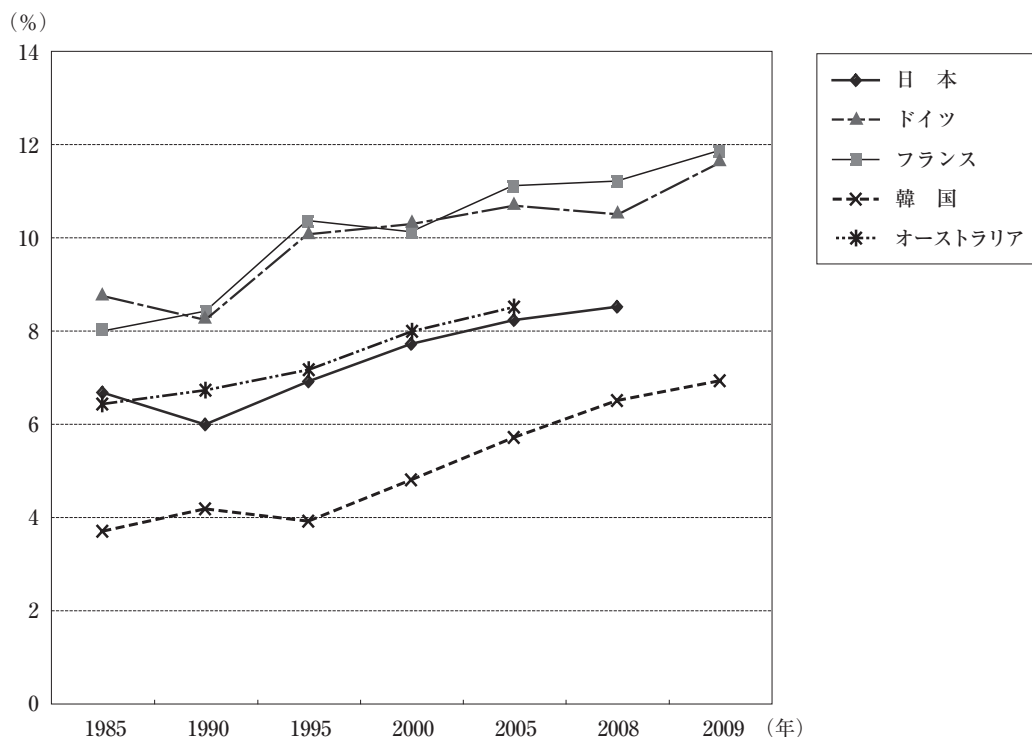
	日本	ドイツ	フランス	韓国	オーストラリア
総人口(千人)	127,510 (09年)	81,715 (10年)	62,967 (10年)	50,516 (10年)	22,342 (10年)
高齢化率(%)	22.7(09年)	21.0(10年)	16.7(09年)	10.9(10年)	13.5(10年)
合計特殊出生率	1.37(09年)	1.36(09年)	1.99(09年)	1.15(09年)	1.90(09年)
平均寿命(年)	男79.6 / 女86.4 (09年)	男77.8 / 女82.8 (09年)	男77.7 / 女84.4 (09年)	男76.8 / 女83.8 (09年)	男79.3 / 女83.9 (09年)
失業率(%)	5.0(09年)	7.7(09年)	9.1(09年)	3.6(09年)	5.6(09年)
社会保障費対GDP(%)	18.7	25.2	28.4	7.6	16.0
医療費対GDP(%)	8.5(08年)	11.6(09年)	11.8(09年)	6.9(09年)	8.7(08年)
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	40.6	52.0	61.1	35.4
	租税負担率(A)	24.3	30.4	36.8	27.4
	社会保障負担率(B)	16.3	21.7	24.3	8.1

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国07年の数値。

2. 国民負担率については、各国08年の数値。

出所：OECD.(2011)、財務省HP.

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD.(2011)

3. 医療提供体制

(09年)			日本	ドイツ	フランス	韓国	オーストラリア
平均在院日数(急性期)			18.5 (08年)	7.5	5.2	10.6 (03年)	5.9 (08年)
病床数	医療施設	急性期	1,033,499 (8.11)	463,176 (5.66)	223,453 (3.47)	270,374 (5.55)	72,240 (06年) (3.49)
		長期	352,749 (2.77)	— —	47,966 (0.75)	89,503 (1.84)	— —
		精神	348,121 (2.73)	40,165 (0.49)	56,947 (0.88)	41,710 (0.86)	8,091 (06年) (0.39)
		その他	8,924 (0.07)	171,489 (2.09)	99,095 (1.54)	2,345 (0.05)	— —
	介護施設		729,928 (5.7)	845,007 (10.3)	539,823 (8.4)	90,775 (—)	168,169 (—)
医療 関係者数	医師		274,992 (08年) (2.15)	297,835 (3.64)	— —	94,672 (1.94)	64,117 (08年) (2.98)
	歯科医師		96,690 (08年) (0.76)	64,287 (0.78)	— —	20,415 (0.42)	— —
	薬剤師		186,052 (08年) (1.46)	49,892 (0.61)	— —	31,994 (0.66)	23,300 (1.06)
	看護師		1,218,332 (08年) (9.54)	899,000 (10.98)	— —	219,675 (4.51)	218,928 (08年) (10.18)

(注) 下段のカッコ内は人口千人当たり。
出所：OECD. (2011)

4. 掲載国通貨円換算表(2011年11月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	韓国 (1ウォン)	オーストラリア (1オーストラリア・ドル)
105.66	7.06	80.58

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp