

健保連海外医療保障

No.116 2017年12月

■特集Ⅰ：高齢者ケア②

●ドイツ

ドイツの高齢者のケア 藤本 健太郎

●韓国

韓国の高齢者ケア

—医療と介護の連携を中心に— 株本 千鶴

■特集Ⅱ：東南アジアの医療保障

●東南アジア

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 菅谷 広宣

■参 考 掲載国関連データ

●ドイツ／韓国

健保連海外医療保障

No.116 2017年12月

ドイツの高齢者のケア

静岡県立大学教授

藤本 健太郎

Fujimoto Kentaro

ドイツの高齢者のケアの中心は介護保険である。従来の要介護度は身体的な制約を中心に評価されており、認知症患者の要介護度が低く評価されるという問題があった。しかし、第2次介護強化法により、2017年1月より、認知症も身体的な制約と同等に評価されるような新しい要介護度が導入され、従来は3段階であった要介護度は5段階に改められた。このほか、終末期ケアと医療と介護の連携について、ドイツの現状を述べる。

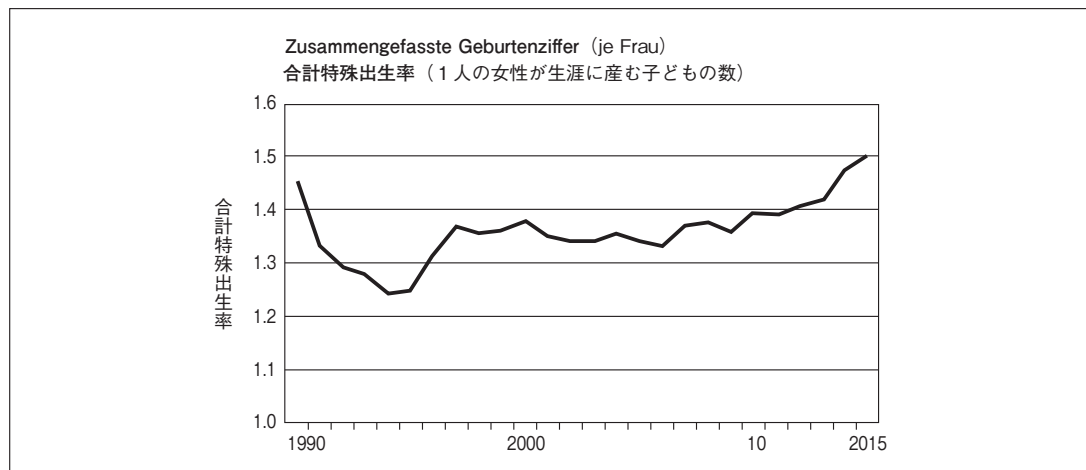
1. ドイツの高齢者の概況

(1) ドイツの人口動態

ドイツ連邦統計庁（Statistisches Bundesamt）（2017）によれば、ドイツの総人口は2015年には8,218万6千人であり、高齢化率（65歳以上人口が総人口に占める比率）は21.1%である。今では日本のほうが高齢化率は高いが、ドイツでは1980年に既に高齢化率は15.5%であるなど、日本よりも早く高齢化は進んでいた。

また、ドイツは高い出生率で知られる隣国のフランスなどとは異なり、日本と同様に少子化傾向が続き、1990年代半ばには合計特殊出生率は1.3を割り込んでいた。しかし、ドイツでは児童手当は所得制限がなく子どもが18歳まで支給され、育児休業は3年間取得可能であるなど日本よりも充実した少子化対策が講じられている。また、社会保障制度全体においても、たとえば医療保険における薬剤や入院に関する患者一部負担についてみると18歳未満の子どもは負担が

図1 ドイツの合計特殊出生率の推移



出所：Statistisches Bundesamt（2017）p35

ないことや、介護保険料率において育児中の者の保険料率は軽減されているなど、育児の経済的負担への配慮がみられる。

近年、図1に示されているように緩やかにドイツの出生動向は回復しつつあり、2015年の合計特殊出生率は1.5となっている。

将来のドイツの高齢化の状況などについては、2015年に第13次将来推計人口（13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung）が公表されている。これによれば、合計特殊出生率を1.4、長期的な移民による人口増を年間10万人と仮定した場合、高齢化率の将来の見通しは以下の表1のとおりである。

日本の平成29年将来推計人口の出生中位仮定（合計特殊出生率を1.44と仮定）では、高齢化率は2040年には35.3%、2060年には38.1%と見込まれていることに比べると低いものの、2060年にはドイツ人の3人に1人は65歳以上になるという予

測である。また、同じ仮定に基づく将来の総人口や年齢別人口構成の推計を図示したものが図2である。

図2に示されているドイツの人口の将来像は、2060年には総人口が約6,760万人にまで減少し、80歳以上人口が総人口の13%を占めるという厳しいものである。ただし、0歳から19歳までの人口が総人口に占める比率は2013年の18%に対して2060年には16%とあまり低下しないことが見込まれている。

これに対し、合計特殊出生率を1.6と仮定し、長期的な移民による人口増を年間10万人と仮定した場合、高齢化の将来予測は以下の表2のとおりとなる。

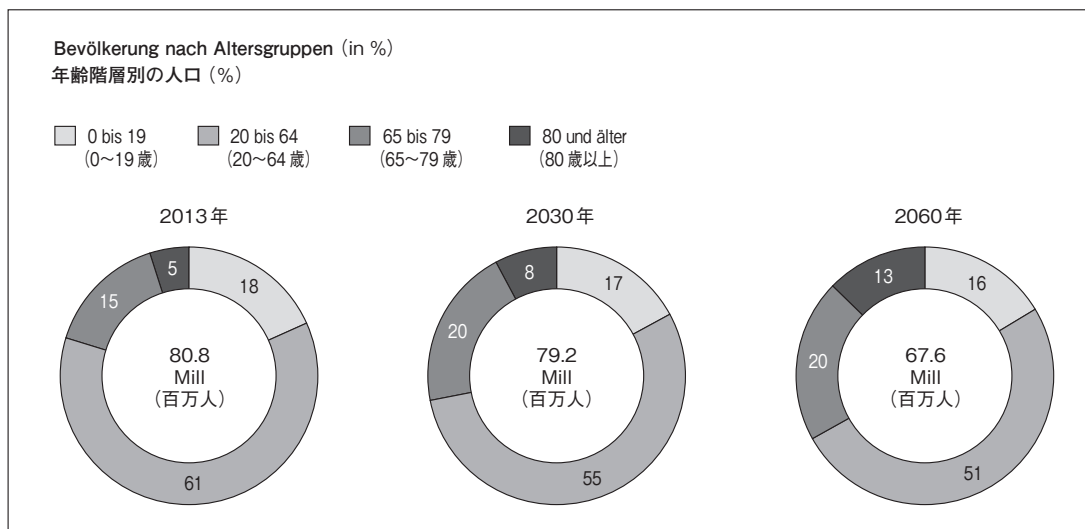
この場合、2060年には高齢化率は30%を超えるが、表1に比べれば高齢化の進行は緩やかとなる。上述のとおり、ドイツでは手厚い育児支援策が講じられ、出生動向は緩やかではあるが

表1 合計特殊出生率を1.4とした場合のドイツの高齢化の将来予測

	2013年	2020年	2030年	2040年	2050年	2060年
65歳以上人口(単位：千人)	16,851	18,345	21,794	23,178	22,737	22,288
高齢化率	20.9	22.5	27.5	30.5	31.6	33.0

出所：Statistisches Bundesamt (2015) p45

図2 ドイツの将来の総人口、年齢別人口構成の予測（合計特殊出生率を1.4とした場合）



出所：Statistisches Bundesamt (2015) p19

表2 合計特殊出生率を1.6とした場合のドイツの高齢化の将来予測

	2013年	2020年	2030年	2040年	2050年	2060年
65歳以上人口(単位:千人)	16,851	18,345	21,794	23,178	22,737	22,288
高齢化率	20.9	22.5	27.2	29.9	30.5	31.3

出所: Statistisches Bundesamt (2015) p49

着実に回復しつつあることから、将来の合計特殊出生率1.6という数字は実現可能であると考えられる。

2. ドイツの介護保険の現状

ドイツでは、要介護状態の高齢者のケアは社会保険の一つである介護保険によって給付される。先進国の中では、高齢者のケアは税財源による行政サービスの一環として行われる国も多く、G7の中で介護保険を整備しているのはドイツと日本のみである。なお、ドイツの介護保険は年齢による区分がなく、若年障害者も対象としている点は日本と大きく異なる。また、日本の介護保険給付は現物給付のみであり、現金給付を受けることはできないが、ドイツの介護保険では家族等が介護することによって専門家によるケアを受けない場合、現金給付を選択できる。

(1) 保険者

公的な医療保険者である疾病金庫 (Krankenkasse) が介護保険の保険者である介護金庫 (Pflegekasse) も兼ねている。

(2) 保険料

2017年1月1日より0.2%引き上げられ、2.55%となった。なお、育児中の子どもがいない場合は2.8%とされている。育児中の子どもの有無によって保険料が異なるのは、将来の介護保険を支える子どもを育てる経済的負担に配慮するためである。

(3) 要介護者の動向

ドイツ連邦保健省 (Bundesministerium für Gesundheit: BMG) (2017) によれば、2017年6月末現在の公的介護保険の受給者は合計で310

万3,839人である。そのうち在宅ケアの受給者は232万7,799人、入所ケアの受給者は77万6,040人である。

公的介護保険の受給者の推移は、表3のとおりである。

表3 ドイツの公的介護保険の受給者数の推移

(単位:人)

	在宅ケア	入所ケア	合計
2002年	1,289,152	599,817	1,888,969
2003年	1,281,398	614,019	1,895,417
2004年	1,296,811	628,892	1,925,703
2005年	1,309,506	642,447	1,951,953
2006年	1,310,473	658,919	1,969,392
2007年	1,358,201	671,084	2,029,285
2008年	1,432,534	680,951	2,113,485
2009年	1,537,574	697,647	2,235,221
2010年	1,577,844	709,955	2,287,799
2011年	1,600,554	714,882	2,315,436
2012年	1,667,108	729,546	2,396,654
2013年	1,739,337	740,253	2,479,590
2014年	1,818,052	750,884	2,568,936
2015年	1,907,095	758,014	2,665,109
2016年	1,974,197	775,004	2,749,201
2017年6月末	2,327,799	776,040	3,103,839

出所: BMG (2017) pp2-3

このように2017年の半年間で受給者が急増しているのは、第2次介護強化法 (Zweites Pflegestärkungsgesetz) に基づき、2017年1月1日より要介護度の認定において本格的に認知症の要素が取り込まれた影響が多いものと考えられる。この改正内容については、後述することにした。

なお、日本の介護保険は加齢に伴う要介護状態を対象にしているが、ドイツの介護保険は加齢に伴わない要介護状態も対象に含めている。

表4 ドイツの介護保険における年齢区分別、要介護別の
受給者数（2016年末現在）

(単位：人、%)

年齢区分	要介護度1	要介護度2	要介護度3	合計	割合
15歳未満	46,704	24,141	10,929	81,774	3.0
15～20歳未満	15,635	8,054	6,409	30,098	1.1
20～25歳未満	13,030	6,721	6,056	25,807	0.9
25～30歳未満	13,475	7,694	6,592	27,761	1.0
30～35歳未満	12,397	7,589	5,881	25,867	0.9
35～40歳未満	12,919	7,652	4,860	25,431	0.9
40～45歳未満	15,298	8,201	4,491	27,990	1.0
45～50歳未満	26,014	12,331	6,216	44,561	1.6
50～55歳未満	40,561	18,326	7,761	66,648	2.4
55～60歳未満	53,166	23,162	8,912	85,240	3.1
60～65歳未満	66,112	29,166	10,004	105,282	3.8
65～70歳未満	86,326	40,044	12,604	138,974	5.1
70～75歳未満	111,529	54,704	17,261	183,494	6.7
75～80歳未満	237,426	114,916	37,383	389,725	14.2
80～85歳未満	312,832	148,704	47,646	509,182	18.5
85～90歳未満	322,948	165,587	51,642	540,177	19.6
90歳以上	226,648	159,099	55,443	441,190	16.0
合計	1,613,020	836,091	300,090	2,749,201	100.0

出所：BMG, Soziale Pflegeversicherung, Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12.2016

表5 ドイツの介護保険における要介護度別の
受給者数（2017.6.30現在）

(単位：人)

要介護度 (Pflegegrad)	在宅ケア (Ambulant)	入所ケア (stationär)	合計
1	75,607	3,027	78,634
2	1,211,569	191,811	1,403,380
3	651,122	231,233	882,355
4	280,731	222,075	502,806
5	108,770	127,894	236,664
合計	2,327,799	776,040	3,103,839

出所：BMG (2017) p2

このため、すべての世代が受給者となる。2016年末の受給者の状況を年齢区分別、要介護度別に整理したものが表4である。

また、介護保険の受給者数を在宅ケア、入所ケアのそれぞれについて要介護度別に整理した直近のデータが、表5である。なお、ドイツの介護保険における従来の要介護度は3段階（特に過酷なケースを含めると実質的に4段階）で

あったが、2017年1月1日より5段階となっている¹⁾。

3. ドイツの高齢者のケアに関する動向

(1) 第2次介護強化法～本格的な認知症対策

2017年1月1日から施行された第2次介護強化法による新しい5段階の要介護度への変更は、内容としては認知症対策が中心である。

ドイツには約160万人の認知症患者がいるが、従来の介護保険における要介護度の判定において、認知症の高齢者は身体的なハンディキャップがあるとは限らず、日常生活を送ること自体に支障が生じにくいことから、要介護度が低く判定されることが多かった。しかし、実際には認知症の高齢者を見守ることには人手もかかり、介護の現場からは不満の声があがっていた。介護保険制度を所管する連邦保健省もこの問題は認識しており、認知症患者の世話及び負担軽減

のための追加給付として、月額100ユーロの基本額 (Grundbetrag) と月額200ユーロを上限とする上乗せ給付 (erhöhter Betrag) が設定されていた。

しかし、今回の改正は要介護認定自体を改正するものであり、ついに本格的な認知症対策がなされたと評価できる。

①要介護概念の改正

2016年12月15日付けの連邦保健省のプレスリリース²⁾において、グレーエ連邦保健相は2017年における介護に関する新しい法令について述べているが、その中で、第2次介護強化法のポイントとして、新しい要介護概念 (Pflegebedürftigkeitsbegriff) では、認知症による知的 (geistig) および精神的 (seelische) な (能力の) 減衰 (Beeinträchtigung) とを抱えている人の介護状況は、身体的 (körperlich) な制約 (Einschränkung) による要介護者と同等に考慮されるだろうと述べている³⁾。

また、約270万人の要介護者は自動的に要介護度 (pflegegrad) に移行するが⁴⁾、身体的な制約のある人たちは一つ上の要介護度に移行し、認知症の人たちは二つ上の要介護度に移行すると述べている。

そして、新しい介護保険給付により、多くの人たちがより高い給付を受けることができるとしている。

新しい介護保険給付については、後述することにした。

このプレスリリースにおいては、2017年1月1日に施行された第3次介護強化法 (Drittes Pflegestärkungsgesetz) の内容についても触れられている。これによれば、第3次介護強化法のポイントは、介護相談 (pflegeberatung) の強化により、要介護者とその家族は、介護保険による給付についてより良い情報提供を受けられる。また、介護詐欺 (pflege betrug) に対する取締りも強化される。

具体的な内容は、5年間に限り (für die Dauer von 5 Jahren) 地方自治体に介護支援拠点の創設に関する権限が与えられることや、やはり5年間に限り介護相談事業を自治体の相談員が実施するモデル事業が行われることなどである。

②介護保険給付の改正

認知症を正面から要介護度の判定基準に取り入れ、要介護度が5段階に増えたことに伴う新しい介護保険給付の概要は、以下の表6のとおりである。

表6 ドイツの介護保険の主な給付 (2017年2月17日現在)

(単位: ユーロ)

		要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
在宅介護	現金給付 (月額)		316	545	728	901
	現物給付 (月額の上限)		689	1,298	1,612	1,995
代替介護	近親者等による介護 (暦年6週まで) (年額の上限)		474	817.5	1,092	1,351.5
	その他の者による介護 (暦年6週まで) (年額の上限)		1,612	1,612	1,612	1,612
ショートステイ	(暦年8週まで) (年額の上限)		1,612	1,612	1,612	1,612
部分入所 (デイケア・ナイトケア)	(月額の上限)		689	1,298	1,612	1,995
負担軽減給付	(月額の上限)	125	125	125	125	125
在宅介護を受ける居住グループへの追加給付	(月額の上限)	214	214	214	214	214
完全施設介護	(月額の上限)	125	770	1,262	1,775	2,005
介護用品 (消耗品)	(月額の上限)	40	40	40	40	40

出所: BMG "Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick" より筆者作成

(2) 終末期ケア

連邦保健省によれば⁵⁾、介護施設は家庭医、専門医および歯科医と終末期医療について協定を結ぶ必要があり、ホスピス・緩和ケア機関と協力することも義務付けられている。これに対し、病院は独自の緩和ケアチーム(Palliativteam)を創設することができる。また、これに代えて外部の緩和ケア機関と協力することもできる。

在宅ホスピス(ambulante Hospizdienst)および入所ホスピスは、公的な医療保険者である疾病金庫から補助を受ける。

ドイツホスピス・緩和ケア連盟(Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V)によれば⁶⁾、2016年にはドイツ全体で約1,500の在宅ホスピスがあり、236の入所ホスピスがある。

また、緩和医学(Palliativmedizin)は2014年から医師の養成過程に組み込まれており、緩和医学の追加教育を受けた医師の数も、以下の図3のように増加している。

(3) 医療と介護の連携

ドイツにおいては、日本のように医療と介護の縦割りによる弊害が大きく取り上げられることはない。

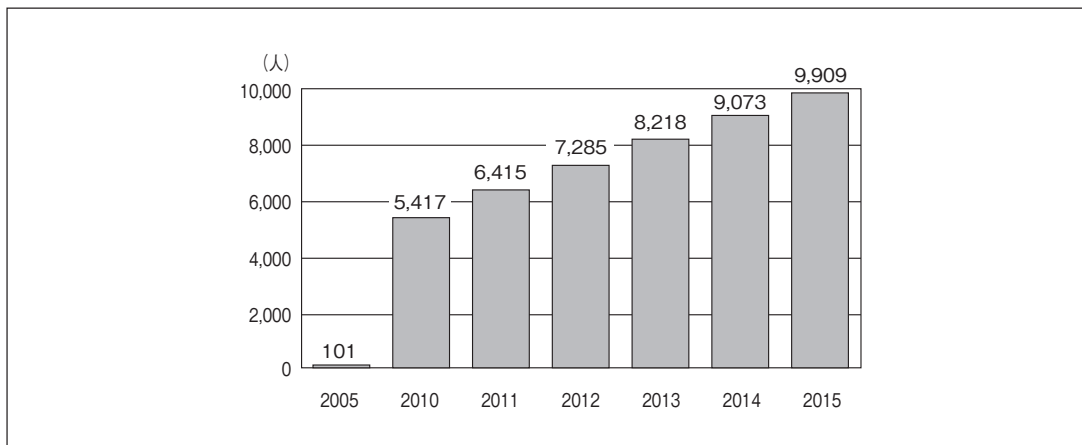
その背景としては、まず、上述のとおり、医

療保険者である疾病金庫が介護保険者である介護金庫を兼ねており、財政上の区分はなされているものの、医療と介護の保険者が同一であることが挙げられる。次に、ドイツにおいてはカトリック教会系の福祉団体であるカリタスやプロテスタント系の福祉団体であるディアコニー、ドイツ赤十字など非常に大規模な医療・福祉団体が存在し、これらの団体は病院も老人ホームも経営しており、さらにはホスピスも経営している。同一の団体が医療も介護も展開していることは、医療と介護の連携のうえでは長所となっていると考えられる。

さらに、医療関係の団体と福祉関係の団体が連携していることも大きい。2009年に筆者はドイツ赤十字が運営するベルリンの在宅ホスピステーションにおいてヒアリング調査を行ったが、その際に医療や介護に関する各種団体が定期的に会合をもっており、顔見知りの状態にあることを聞いた。

日本ではドイツとは異なり、医療と介護では保険者が異なり、事業者も異なる。しかし、各種団体が定期的に会合を行うことは可能であることから、ドイツのように地域の医療関係者と介護関係者が顔見知りの状態になることが望まれる。

図3 緩和医学の追加教育を受けた医師数の推移



出所：Zahlen und Fakten, Deutsche Hospiz- und PalliativVerband e.V

注

- 1) より正確に言うならば、従来の要介護度は“pflege stufe”であり、新しい要介護度は“pflege grad”であるため、直訳すればそれぞれ要介護等級と要介護度と訳すことも可能であるが、介護が必要な程度を示していることには変わりがなく、日本の介護保険制度との比較において把握しやすいために従来から要介護度と訳されることが多かったことから、本稿においてはいずれも要介護度と表記する。
- 2) Pressemitteilungs, Hermann Gröhe : “2017 wird ein gutes Jahr für die Pflege” Neuregelungen im Jahr 2017 im Bereich Gesundheit und Pflege, 2016.12.15, BMG
- 3) 新しい要介護度については、渡辺富久子(2016)において詳しく述べられている。
- 4) 新しい要介護度の認定を受けるために新たな申請等の手続きが不要であることを示唆している。
- 5) “Versorgung von schwerstkranken Menschen und Sterbenden(Palliativversorgung)” 2017.10, BMG
- 6) http://www.dhvp.de/service_zahlen-fakten.html(2017年11月1日アクセス)

参考文献

- ・ Statistisches Bundesamt (2017) “Statistisches Jahrbuch 2017”
- ・ Statistisches Bundesamt (2015) “Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung”
- ・ BMG (2017) “Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung”
- ・ 渡辺富久子(2016)「ドイツにおける介護保険法の改正—認知症を考慮した要介護認定の基準の変更—」外国の立法268、pp38-89

特集Ⅰ：高齢者ケア②

韓国の高齢者ケア —医療と介護の連携を中心に—

梶山女学園大学教授

株本 千鶴

Kabumoto Chizuru

数年後に超高齢社会となる韓国では高齢者ケアの整備が急速に進められているが、医療と介護が連携したサービス提供体制は十分には構築されていない。この状況は高齢者ケア全体に通底する問題とみることができる。本稿では、高齢者ケアのなかでも医療・介護の施設サービスと在宅サービスおよび認知症ケアをとりあげ、そこでの医療と介護の連携の問題に注目しながら、その現状と解決の試みを整理し、今後の展望について考えてみたい。

はじめに

2016年末現在の韓国の高齢化率は13.8%で、2030年に24.5%、2040年に32.8%、2050年に38.1%まで上昇すると予測されているため、韓国は世界でも有数の超高齢社会となる（統計庁 2017）。そのような社会では、必然的に高齢者ケアへの資源の投入が増加するが、それに関する韓国での状況は、医療保障と介護保障の実態をみることでわかる。

韓国では、医療保障は全国民を対象とした国民健康保険制度によって実施されている。この制度の2016年末現在の加入者は5,227万人、65歳以上高齢者の加入者は694万人で、これら高齢者の医療費は、全医療費64兆6,623億ウォンの38.0%を占める、24兆5,643億ウォンである（健康保険審査評価院 2017a；国民健康保険公団 2017a；統計庁 2017）。

また、介護保障の代表的な制度としては、全国民を対象とした老人長期療養保険制度がある。本制度の2016年末現在の65歳以上加入者の累積申請者数は84万8,829人。このうち介護の必要が認められた認定者数は51万9,850人で（加入者694万人の7.5%）、2014年対比で22.4%、2015年

対比で11.1%増加した数となっている。保険者である国民健康保険公団による年間の負担額も、2014年3兆4,981億ウォン、2015年3兆9,816億ウォン、2016年4兆4,177億ウォンと、年々増加している（統計庁 2017）。

これら社会保険制度以外に、保健所や自治体の支援制度によって低所得層等に対する医療・介護サービスが提供されているが、超高齢社会の到来にむけて、韓国社会では高齢者を対象とした医療保障と介護保障におけるサービス提供体制の問題が、早期対応を迫られるものとして台頭している。

韓国の医療サービス提供機関である医療機関には、日本と同様に民間医療機関が多い¹⁾。そのため、消費者にとっての選択の自由、提供者にとっての市場での自律性を特徴とする、自由開業医制への政策的介入が難しいという根本的な問題が存在する。しかし、医療機関の営利的行為の結果による弊害は深刻である。新しい高度な医療技術の導入は治療にとって効果的であるが、外来利用頻度増加や入院日数長期化、過度な診断検査の乱発といった副作用が生じている。消費者の大型病院の選好によって、一次医療がほとんど有名無実化する事態も起きている²⁾。

しかし、高齢化の進展に伴い、慢性疾患の効率的な管理が必要になってきているため、断片的で急性期医療を中心とする現在の体制を改善し、一次医療を中心とした統合診療の強化や医療サービスの提供体制、急性期、亜急性期、介護サービス、ホスピス・緩和ケア等の多様な診療・サービスを連携させた提供体制、医療機関間における統合診療・協力診療が必要であると考えられている（チェ・ビョンホ他 2016）。

高齢社会の対策としては、政府が5年ごとに「低出産・高齢社会基本計画」を策定しているが、2016年には「第3次低出産・高齢社会基本計画」が施行された。そこには、所得保障、健康保障、社会参加や住宅等のサービスについて推進すべき政策が示されている。健康保障については、予防－診療－介護の連続的な提供体制による保障の強化、特に、介護における保健医療と福祉の連携が目指されており、高齢者の認知症や自殺、うつ病への対処についても保健医療と福祉の連携が強調されている（カン・ウンナ 2016）。

医療と介護の連携が指摘される背景には、提供主体の視点から個別のサービスの設定や制度設計がされ、それによる提供体制が続いてきたという事情がある。そのような提供体制では、異なる提供主体のサービスに機能が重複するという制度上の非効率性や、サービスごとに個別に利用しなければならないという利用者にとっての不便さが生じる。このような問題点を韓国の専門家たちは強く指摘しており、医療や介護の領域における高齢の利用者の複数のニーズを包括的に充足できる制度や提供体制のモデルの研究と、それに基づいた制度策定や実務のあり方が検討されている（パク・セギョン他 2015）。

本稿では、このような韓国の高齢者ケアの提供における医療と介護の連携という課題に注目し、その現状と解決の試みを整理し、今後の展望について考えてみたい。具体的にとりあげるサービスは、高齢者を対象とした医療・介護の施設サービスと在宅サービスおよび認知症ケアである。

1. 高齢者を対象とした医療と介護

（1）医療と介護のサービスを提供する制度

医療と介護のサービスは、国民健康保険制度、老人長期療養保険制度、各種老人保健福祉制度によって提供される。医療サービスには、医療機関や保健所という施設で提供されるサービスと、医療機関による家庭看護や保健所による訪問看護、老人長期療養保険制度による訪問看護という在宅で提供されるサービスがある。また、介護サービスにも、老人療養施設や老人療養共同生活家庭（グループホーム）という施設サービスと、老人長期療養保険制度や各種老人福祉制度によって提供される在宅サービスがある。

医療と介護の連携が問題とされる施設サービスと在宅サービスについては、次項以降で扱うこととし、ここでは高齢者を対象とした主な介護サービスを紹介しておく。

表1は、主な介護サービスの概要を整理したものである。大別すると、低所得層を対象とした老人トルボム（世話、ケア）サービスと在宅支援サービス、老人長期療養保険制度によるサービスに分類できる。

老人トルボムサービスのうち、老人トルボム基本サービスの内容は、安全確認や情緒的支援、健康・栄養管理、保健福祉サービス資源の発掘やそれらとの連携である。また、老人トルボム総合サービスは、老人長期療養保険の保険財政などの限界で、制度の対象からは除外されたが、介護を必要とする者を対象に運営されているサービスである（保健福祉部 2017a）。また、増加傾向にある独居高齢者のケアに対応するために³⁾、トルボムサービスの優先的な対象者を独居高齢者とするとともに、孤独やうつ病といった人間関係の希薄化から生じる状況の予防を目的とする、社会関係活性化のサービスも試験的に実施されている。

老人長期療養保険制度は、日本の介護保険制度と類似点の多い制度であり、2008年から実施されている。利用の体系は図1のとおりである。

表1 主な高齢者介護サービスの概要

区分	事業	事業内容	対象	利用者費用負担		主管部署／機関
老人トルボムサービス	老人トルボム基本サービス (2007年から)	サービス管理者や生活管理者等による、家庭訪問等を通じての定期的な安全確認・情緒的支援、生活教育・健康・栄養管理等、保健福祉サービス資源の発掘・連携	65歳以上の独居高齢者。所得、健康、住居、社会的接触等の水準が評価されたのち、保護の必要が高い順位に対象者として選定される。老人トルボム総合サービスや老人長期療養保険のサービス受給者等は除外(福祉館、老人福祉センター等がサービス提供機関に指定される(市郡区毎に1～2か所))。	無料		保健福祉部 地方自治体 独居高人総合支援センター(中央) 事業委託機関 社会保障情報院
	独居高人愛をつなぐ(サラン・イッキ)サービス (2011年から)	民間のボランティアの電話や訪問による、様子伺いや定期的安全確認・情緒的支援	老人トルボム基本サービスの対象者と予備の対象者のうち、事前調査によって総合的に必要と判断された者。	無料		
	無縁故独居高人葬礼支援サービス (2012年から)	サービス管理者や生活管理者が喪主となり、最小限の葬礼サービスを提供	老人トルボム基本サービスと独居高人救急安全通報サービス受給者のうち、無縁故死亡者。	無料		
	老人トルボム総合サービス (2007年から)	訪問サービス(月に27時間あるいは36時間)、昼間保護サービス(月に27時間(9日)あるいは36時間(12日))	65歳以上で、自立生活に困難を伴っており、老人長期療養保険の等級外(A、B) ¹⁾ 、世帯所得が基準中位所得 ²⁾ の160%以下の者。	無料～64,000ウォン	(所得水準・サービス利用時間(又は日数)毎に、カード式バウチャーで支援金給付)	保健福祉部 地方自治体 サービス提供機関 社会保障情報院
		短期家事サービス(月24時間)	65歳以上の独居高齢者あるいは高齢夫婦世帯(夫・妻いずれも75歳以上)、18歳未満の児童1人以上と65歳以上の高齢者1人または18歳未満の児童と75歳以上の高齢夫婦から構成される世帯(市郡区長が認定する者)。直近の2か月以内に骨折の診断または重症疾患の手術によって短期間ケアが必要な者。世帯所得が基準中位所得の160%以下の者。	無料～84,000ウォン		
		認知症患者家族レスパイトサービス、サービス提供機関で一定期間認知症高齢者を保護(年6日以内)	老人トルボム総合サービス利用者(訪問サービス、昼間保護サービス)のうち、認知症高齢者。	無料～6,500ウォン(1日当り)		
独居高人社会関係活性化(友人づくり)プログラム (モデル事業、2014年から)	社会関係の弱体化した独居高齢者を対象とした社会関係活性化プログラム(個人相談、事例管理、うつ症状の診断・投薬、集団活動など)を支援	家族・近隣関係が断絶された独居高齢者のうち、うつ症状や孤独感によって自殺の危険性が高い者。	無料		保健福祉部 農林水産食品部 サービス提供機関	
在宅老人支援サービス	—	日常生活支援、生活相談、在宅高齢者・保護者の教育、保護者のいない高齢者の後援を目的とした結縁・連携支援、余暇活動支援、住居環境改善支援	①長期療養給付受給者(訪問療養・訪問入浴・昼夜間保護・短期保護サービス外のサービスが必要な者)、②長期療養給付受給者以外で国民基礎生活保障受給権者及び扶養義務者から適切な扶養を受けられない者で、1人で日常生活を送ることが困難で、サービスの提供を必要とし、市郡区長が依頼した者、③2008年7月1日以前に、国家・地方自治団体によって運営費を支援されていた施設を利用している長期療養給付受給者以外の者のうち、国民基礎生活保障受給権者及び実費利用者、④その他、自然災害等で緊急支援が必要な者。	無料		保健福祉部 地方自治体 事業委託機関
老人長期療養保険	在宅給付	訪問療養、訪問入浴、訪問看護、昼夜間保護、短期保護、福祉用具	65歳以上の高齢者または65歳未満で老人性疾患のある者で、6か月以上1人で日常生活を送るのが困難な者。長期療養等級が1～5等級の者。	費用の15%		保健福祉部 地方自治体 国民健康保険公団 事業申告機関 事業指定機関
	施設給付	老人療養施設(入所定員10人以上)、老人療養共同生活家庭(入所定員5人以上9人以下)	長期療養等級が1～2等級の者。長期療養等級が3～4等級と判定される者で、等級判定委員会が示す事由のうち1つ以上に該当し、施設入所を希望する者。	費用の20%		
	特別現金給付(家族療養費)	毎月15万ウォン	島や僻地での居住、災害、身体・精神あるいは性格等の事由によって、長期療養給付を指定施設で受けられず、家族等から訪問療養に相当する長期療養を受ける受給者(家族療養費を給付される者は、在宅給付、施設給付を重複して受けられないが、福祉用具は重複受給可能)。	—		

出所：バク・セギョン他(2015)、保健福祉部(2017a；2017b；2017d)

注：1) 申請者の要介護度は、心身の機能状態の調査後に「長期療養認定点数」として点数化され、その点数を基準に、申請者の等級が決定される。要介護度が最も高い状態が1等級(95点以上)で、以下、2等級(75点以上95点未満)、3等級(60点以上75点未満)、4等級(51点以上60点未満)、5等級(45点以上51点未満で認知症の者)、等級外A(45点以上51点未満)、等級外B(40点以上45点未満)、等級外C(40点未満)である。

2) 「基準中位所得」とは国民の世帯所得中位値のことで、保健福祉部長官が給付の基準等に活用するために中央生活保障委員会の審議・議決をへて告示する。

長期療養（介護）サービスの利用を希望する65歳以上の高齢者は、保険者である国民健康保険公団に申請し、長期療養の要否の認定と程度の判定を受ける。長期療養の程度は1等級から5等級までに区分される。1等級が最も要介護度が高い状態で、5等級は認知症を持つ者に特化した等級である。等級の認定を受けた者は、公団から標準長期療養利用計画書、すなわち、ケアプランをうけとり、これをもとにサービス提供機関と契約を結び、サービスの利用を開始する（図1）。

（2）施設サービスの問題

①療養病院と老人療養施設の機能の未分化

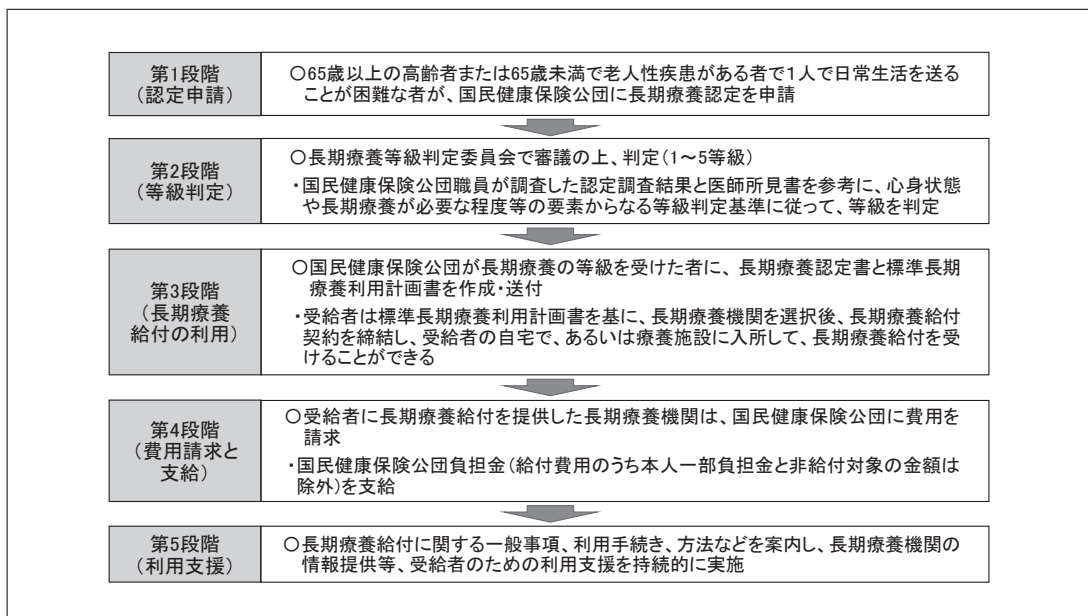
施設での医療サービスはすべての医療機関で提供されているため、患者は年齢にかかわらず自由に医療機関を選択して利用できるが、高齢の患者を主な利用対象とする医療機関に、療養病院がある。療養病院は、1994年の医療法改正時に医療機関として法定化された医療機関で、病床30床以上、主に長期療養が必要な老人性疾患患者、慢性疾患患者等を対象とし、入院、外来、

リハビリ治療等医療サービスの提供を目的とする。療養病院は近年、増加の傾向をみせており、2016年末現在1,421か所あり（健康保険審査評価院2017b）、病院級以上（30床以上）の医療機関3,283か所（国民健康保険公団・健康保険審査評価院 2017）の43.3%を占めるに至っている。

老人療養施設と老人療養共同生活家庭は、老人福祉法と老人長期療養保険法を根拠法とした施設で、認知症や脳血管障害の後遺症等の老化・老人性疾患による身体・精神機能の衰退によって、自立生活が困難な者に対する身体活動支援・日常家事支援等の福祉サービス提供を目的とする（キム・ジンス他 2013）。2016年末現在、老人療養施設は3,137か所、老人療養共同生活家庭は2,050か所、存在する（保健福祉部 2017b）。

医療機関と長期療養機関は、それぞれ国民健康保険と老人長期療養保険制度の仕組みのなかで個別に運営されており、各自のサービス提供体制をもっている。このような医療サービスと介護サービスを個別に提供する体制は、複数の疾病と身体機能の低下を同時に経験する高齢者の状態を十分に考慮していないと批判されて

図1 老人長期療養保険の利用体系



出所：国民健康保険公団（2017a）

きた。また、老人療養施設において、利用者のニーズを充足できる適切なサービスが提供されていないことも問題視されている。療養病院と老人療養施設のサービスでは機能が重複するにもかかわらず、相互の連携が不十分で資源活用が非効率的であり、利用者にとって適切なサービスが提供されていないのである。このことは、重複・過剰サービスなどの不必要な費用増加を招いているため、財政上の非効率性も引き起こしている（ファン・ドギョン他 2016）。

この問題の実態をもう少し詳しくみてみよう。

老人長期療養保険の施設・在宅サービスでは、医療や看護、リハビリの専門職が配置されているが、療養を提供する機関の規模によって従事者配置基準が異なる。そのため、利用者は、老人長期療養保険のどのサービスを受けるかによって医療サービスを受けられる程度を左右される。老人療養施設の場合、2015年度末基準で、2,935か所の施設に配置されていた嘱託医は1,415人、看護師は2,719人、看護助務士（看護補助員）は9,099人であったが、この配置数からすると、医療サービスを十分に提供できる施設はかなり不足しているといえる。したがって、施設運営者が医療ニーズの高い利用者を忌避するクリーム・スキミング現象が発生する可能性が高い。また、医療と介護の両方のニーズのある利用者やその家族が、老人療養施設での医療サービスが不十分なことを理由に、療養病院への入院を選択する場合がある。これらの要因によって、老人療養施設の空室率が比較的高くなっている（鮮于恵 2016）⁴⁾。一方で、療養病院での自己負担や看病付添人の費用を支払えない利用者は、老人療養施設にとどまらざるをえなくなっている。

いずれにせよ、老人療養施設と療養病院の機能分化があいまいであり、それぞれの施設が利用者のニーズに応える機能を十分に発揮していないこと、利用者は自己の症状・状態と施設の機能との適合性よりも自己の都合を理由に利用施設を選択する傾向がみられる。

②療養病院の利用増加と入院の長期化

機能に関する問題の他に、長期入院の増加という問題も生じている。2013年の国民健康保険公団の資料によれば、療養病院に入院する長期療養保険制度の利用者のうち、52.8%が治療を目的に、47.2%が治療ではなく介護を目的に入院している（キム・ジンス他 2013）。医療サービスが必要としない、介護ニーズが高い利用者が療養病院に入院している状況は、当初意図した機能の歪曲や医療資源利用の非効率性⁵⁾の原因として作用している。また、過度な競争の発生や、医療や看護の処置が必要ない患者にも過剰なサービスを提供するモラルハザードの原因にもなっている（ファン・ドギョン他 2016）。老人療養保険制度の設計時には、老人療養施設利用での本人負担が少なくなるように設計されたが、病院のダンピング競争の結果、療養病院と老人療養施設の本人負担の差がなくなったことは、療養病院の長期入院者増加の要因の一つである（イ・ギュシク他 2017）。

長期入院のもう一つの要因と考えられるのは、療養病院で適用されている本人負担上限制である。医療機関である療養病院の利用においては本人負担上限制が設けられているが、老人長期療養保険にはない。2015年の本人負担上限制における総償還額は9,902億ウォンであったが、そのうち療養病院の本人負担上限制への償還額は4,933億ウォンで、全償還額の約半分を占めている。すなわち、本人負担上限制は、一部の不必要な長期入院者の入院診療費を増やす要因になっているのである（ファン・ドギョン他 2016）。

このほか、老人性疾患患者である親を老人療養施設よりは療養病院に入れさせたいという子どもたちなど家族や保護者の価値観、療養病院で治療後に老人療養施設や家庭に移行するための連携体制やサービスの不十分さということも、療養病院への入院の増加や長期化と関連している（キム・ジョンフェ 2015）。

③老人療養施設の医療サービス強化と医療・介護サービスの統合的提供体制の構築

改善のためのとりくみとして始められたのは、療養病院に移送しなくても利用者の医療ニーズに応えられるように、老人療養施設での医療サービス機能を補強することである。具体的には、2016年9月に、歯科医師の追加による嘱託医資格（医師・韓医師）の拡大と、地域医師会を通じた嘱託医の推薦・指定制の導入等によって、老人療養施設での嘱託医制度改善が試みられている。嘱託医の採用については、以前は施設長の人脈に依存する任意指定や、各施設で地域医師会から複数の推薦を受けて施設長がこの中から指定する方式であったが、新たな推薦・指定制の導入は、嘱託医の配置の透明性を高め、遠隔地や小規模施設での嘱託医配置の困難を減らすのに効果があるとされる（イ・ギュシク他 2017）。老人療養施設の看護師の業務範囲や役割についてのガイドラインを整備し、看護サービスを内実のあるものにし、専任看護師が配置された専門療養室を設置する方案を検討する等、利用者の健康管理の改善も検討されているという（保健福祉部 2017a）。

利用者にとって望ましいのは、健康保険の医療サービスと長期療養保険の在宅サービスを連携した提供体制が構築されることである。その実現に向けて、急性期の疾病に罹患した患者は病院で治療を受け、介護が必要な慢性疾患患者は可能な限り在宅で医療サービスと介護サービスを利用できる体制を作ることが長期的な目標とされ、日本をはじめとする先進国の例を参考に、体制モデルの研究が進められている（イ・ギュシク他 2017）。

（3）在宅サービスの問題

①在宅での看護サービスの分立

在宅で提供される看護サービスには、医療機関による家庭看護、保健所による訪問看護、老人長期療養保険制度による訪問看護があるが、これらの機能が未分化でサービス提供体制が分立した状況にあることも問題とされている。

医療機関での家庭看護は1990年に導入され、家庭看護師を活用した医療機関での家庭看護事業のモデル事業が1994年と1997年の2回にわたって行われ、その後、2000年の医療法改正によって、2人以上の家庭専門看護師を配置した医療機関内での家庭看護事業が可能となった（ソン・ジョンネ他 2008；2014）。

家庭看護は、制度化以降あまり発展しなかった。家庭看護の診療報酬を請求した機関は2007年に214か所だったが、2012年には140か所に減少しているという調査結果がある。また、2010年以降は総合病院以上の規模の病院で大部分が実施されていること、2007年から2010年までの利用者の年齢は60歳以上が約70%であることが、家庭看護の特徴としてあげられる（ソン・ジョンネ他 2014）。

家庭看護事業が低調で対象者が減少した要因は、家庭看護の診療報酬が原価を補てんするのに不十分であること、2007年から2008年の間に療養病院と老人療養施設が急増し、それら病院・施設の利用者が増えたことであると推測されている。また、2008年の老人長期療養保険制度施行以前は、老人療養施設の利用者が専門的な看護サービスを必要とする場合、家庭看護が提供されていたが、同制度の導入以降は、家庭看護の給付が制限されたことも関連するとみられている。老人長期療養保険における訪問看護の利用も減少する傾向にあるが、これは、入院病床数の増加、行為別診療報酬の存続、老人療養施設の増加等、在宅サービスの活性化を妨げるマクロの根本的な要因によるものと考えられる（ソン・ジョンネ他 2014）。

次にあげられるのが、保健所での訪問看護サービスである。1995年の地域保健法改正によって公的保健医療体系が整備され、保健所による地域保健事業の重要性が強調されるようになった。これをうけ、2003年から2004年にかけて14都市で訪問保健事業が試験的に実施され、2007年4月からはマッチュム（オーダーメイド）型訪問健康管理事業の積極的拡大が図られている（イ・ソンウン 2017）。

保健所による訪問看護は、現在は地域社会統合健康増進事業の一つとして実施されている。この事業は、既存の個別諸事業を統合した上で、それを地域社会が責任をもって自律的に地域の状況を勘案して推進するものである。2013年に国庫補助の対象として導入されている（保健福祉部 2017a）。この事業のなかで行われる訪問看護の対象は、健康上の問題があり、経済的には低所得層に該当する者、また、社会的支援を得るのが困難な者（脱北住民、貧困児童、小規模零細事業者、多文化（母国の異なる家族構成員からなる）家族、独居高齢者等）である。老人長期療養保険制度で等級判定を受けている者は対象から除外される。これら対象者の家庭を、保健所内の看護師、理学療法士、歯科衛生士等の専門職が訪問し、個人あるいは2～4人のグループ毎に健康問題のスクリーニング、健康管理サービスの提供、保健所内外の支援サービスとの連携をおこなう。65歳以上高齢者には、身体や口腔状態の改善に関する助言やケア、認知症関連の健康管理、社会活動の督励、家族への健康教育等のサービスが提供される。高齢者のみを対象とはしないが、糖尿病やがん等の疾患を持つ対象者に対する健康管理サービスもあり、その対象者には高齢者が多いと思われる⁶⁾（保健福祉部・韓国健康増進開発院 2016）。

サービス提供に関わる課題としては、訪問サービスを提供する専門職の力量が事業の成果に影響を及ぼすため、専門性をさらに高めるための教育の強化が必要とされている。あわせて、個人や地域社会の健康増進に関する力量を増進するためには、住民の参加が重要とされており、住民の関心を高める方法の模索も課題とされている（イ・ソンウン 2017）。

最後に、老人長期療養保険制度における長期療養事業所での訪問看護事業についてであるが、この事業では、看護師、歯科衛生士、看護助務士が、訪問看護指示書（医師、韓医師、歯科医師の指示）をもとに利用者の家庭を訪問して、看護、診療の補助、口腔ケア、予防管理的看護行為等のサービスを提供する。訪問看護の利用

希望者は事前に医療機関で訪問看護指示書を発給してもらい、訪問看護サービスの利用時に提供機関に提出する。給付費用は訪問1回あたりのサービス提供時間を基準に算定される（夜間や深夜、公休日の加算あり）。看護師がサービス提供した場合は訪問1回あたり3,000ウォンが、認知症専門教育を受けた看護助務士が5等級の利用者にサービス提供する場合は訪問1回あたり1,500ウォンが加算される（国民健康保険公団 2017b）。

訪問看護の提供機関数は、2012年626か所、2013年597か所、2014年586か所、2015年574か所、2016年598か所と減少傾向にあり、最近若干増加したが、5年前よりも少ない。短期保護の機関を除く他のサービス提供機関は継続して増加傾向にあるのに対して、訪問看護サービスが低調であることがうかがわれる（国民健康保険公団 2017a）。

このような傾向の背景にある問題の一つは、専門性の問題である。2009年に実施されたサービス満足度調査で、「看護師の専門性」が利用者の満足度の最も低いものとして回答された。提供者側が指摘する問題には、担当専門職の力量や役割、報酬の適正性、管理監督機関体制の不備等がある。また、他のサービスとの重複の問題、医療機関での家庭看護や保健所での訪問健康管理事業との重複の改善が課題としてあげられる（イ・スンヒ、イ・ジョン 2012）。

以上のように、在宅看護サービスには医療制度の一部である家庭看護、保健制度の一部である訪問看護、介護制度の一部である訪問看護があるが、いずれにおいても高齢の対象者が多い。対象者が共通することから、慢性疾患をもつ高齢者が利用する在宅看護サービスの機能が、各看護サービスで重複することは十分考えられる。訪問健康管理事業での訪問看護は低所得層を主な対象としているため、対象の性質が多少異なるが、医療機関での家庭看護と老人長期療養保険制度での訪問看護の対象者が同質となる可能性は高い。訪問看護を推進する看護師団体では、在宅看護サービスの機能分化があい

まいで相互に効果的なサービスを提供できない現状のままでは、在宅看護サービス自体の発展が望めないため、サービス間の連携や統合による総合的な対策が必要であるとの声が高い。しかし、先述したように、入院病床数の増加、行為別診療報酬の存続、老人療養施設の増加等、在宅サービスの活性化を妨げるマクロの根本的な要因の改善を前提としない限り、現状を変化させることはそれほど容易ではないであろう。

②介護サービスの柔軟な利用法による改善

老人長期療養保険の利用者の多くが慢性疾患を持っているため（98%が1つ以上、85%が2つ以上）、それら利用者に対しては、適切な医療と看護のサービスが必要である。しかし、利用の実態をみると、家事サービスを中心とする訪問療養に利用が偏重しており（約71%）、訪問看護の利用は約2%にとどまっている。この状況を改善するために、訪問療養、訪問看護、訪問入浴をひとまとめに利用できるサービスが創案された。訪問看護の利用が少ない理由の一つに、提供機関毎にサービス申請しなければならない煩雑さがあると考えられたからである。新たなサービスでは、利用者は、3種のサービスを扱う統合在宅機関に利用申請し、希望するサービ

スをまとめて利用できる。また、ケアマネジメントの機能が不足しているため、社会福祉士、看護師（看護助務士）、療養保護士がチームで対応する体制をつくり、なかでも社会福祉士と看護師が「(仮称) 統合サービス管理者」としてケースの管理、地域社会資源との連携を担当する方法が試みられることになった（保健福祉部 2016a; 2016b; ユ・エジョン他 2016）。この「訪問療養・訪問看護・訪問入浴」をまとめて柔軟に提供する「長期療養統合在宅サービス」の内容は、表2のとおりである。

「長期療養統合在宅サービス」の第1次モデル事業は、22地域の30の統合在宅機関で、利用者300人を対象に、2016年7月1日から12月31日まで実施された。また、在宅サービス利用者家族を対象に、家族支援サービスのモデル事業も実施され、介護技術の指導、専門的な相談、自助グループ支援をつうじて、介護負担感の緩和が図られた（保健福祉部 2017a）。提供者の視点からの分断されたサービス提供体制から、利用者の視点からの統合的なサービス提供体制への転換が徐々に進められているといえよう。

表2 統合在宅サービス導入前後のサービス内容の比較

区 分	サービス導入前	サービス導入後
サービス	・ 国民健康保険公団が標準利用計画書を提供（サービスの種類や利用限度等を案内）	・ 導入前と同じ
	・ 受給者が訪問療養、訪問看護、訪問入浴などの提供機関と個別にサービス提供契約を締結（個別のサービス提供時間や日程等について）	・ 受給者が統合在宅サービス提供機関と統合サービスの提供契約を締結 ・ 機関は標準利用計画書等を基に、具体的なニーズ調査を実施しサービス提供計画を策定
	・ 個別のサービス提供機関がサービスを分断的に提供	・ サービス計画に基づいて訪問療養（身体活動・日常生活の援助）、訪問看護、訪問入浴等の在宅サービスを統合的に提供
	・ サービスを提供するマンパワーの連携や協力が不十分	・ 「(仮称) 統合サービス管理者」を中心にした多職種チームワーク体制の構築
機関の責任性	・ 各サービス提供機関で提供する単一サービスのみに関心	・ 利用者のニーズ・状態の変化、残存能力の維持・向上全般についてのサービス提供機関の責任性強化
モニタリング	・ 国民健康保険公団が利用支援や相談を実施	・ 利用者（その家族）－サービス提供機関－国民健康保険公団が参加する事例会議を拡大

出所：保健福祉部（2016b）

2. 認知症の人たちへの支援

(1) 認知症の社会問題化と国家対策

韓国では、65歳以上高齢者人口の約10%、68万6千人程度（2016年基準）が認知症高齢者と推定される。また、認知症の症状のために利用される医療費（健康保険医療費）は、2015年時点で1兆8千114億ウォンとなっている（保健福祉部 2017a）。

認知症の人たちが国家対策の対象として認識され始めたのは、1990年代後半である。1994年、韓国認知症協会が設立され、研究事業支援が計画されたことで、社会的関心が向けられるようになった。1996年に韓国がUN安全保障理事会とOECDに加入して以降は、国際的レベルでの認知症対策が求められるようになる。その後、2000年代に入って、主に高齢者福祉や高齢社会対策における、関連研究あるいは高齢者・認知症患者の福祉政策研究のなかで、認知症政策についてミクロの議論がなされた。しかし、2000年代後半からは、認知症の実態研究や政策・制度についての研究等を基盤とした、認知症に重

点をおいた政策策定への気運が醸成された。

これらの経緯をへて、政府は、2007年9月21日を「認知症克服の日」と定め、記念行事を実施することで、認知症に対する社会の否定的認識の改善に努め、2008年には「認知症との闘い」を宣布し、第1次認知症管理総合計画を発表した。2011年には「認知症管理法」を制定し、この法を根拠に、2012年に第2次認知症管理総合計画、2015年に第3次認知症管理総合計画を策定した。

第1次計画では認知症管理法制定と認知症早期検診・事後管理の基本的枠組みが作られた。第2次計画では、同法を基に、国家レベルの認知症管理政策の正当性が整えられた。特に、認知症管理の伝達システムが整備され、予防、早期発見、認知症患者ケアや家族支援のインフラ整備等が推進された。現在進行中の第3次計画では、サービス提供者の視点からではなく、利用者の視点から、認知症患者やその家族の負担を実質的に軽減することが目指されている。これまでの認知症管理事業は、主に認知症患者に対するケアと福祉サービスを中心としていた

表3 認知症管理総合計画の内容

区 分	第1次認知症管理総合計画	第2次認知症管理総合計画	第3次認知症管理総合計画
推進時期	2008年～2012年	2013年～2015年	2016年～2020年
推進ビジョン	高齢者の穏やかで人格を尊重された生活	—	認知症患者とその家族が地域社会で穏やかに安全に生活できる社会の実現
推進方向	健康増進事業との連携推進	認知症の予防－発見－治療－保護を目的とした体系的基盤の構築	地域社会での実施を中心とする認知症重症度別治療・ケア
	認知症類型別の適正管理	認知症患者とその家族のQOL向上と高齢者の不安感の解消	認知症患者の権利・安全保護と家族の負担軽減を中心とする支援体系の整備
	総合的・体系的な認知症管理体系の構築	認知症に対する正しい理解と社会的関心の向上	—
推進政策	認知症早期発見と予防の強化	認知症早期発見と予防の強化	地域社会での実施を中心とする認知症予防・管理
	総合的・体系的な認知症治療・管理	認知症患者の状況に合わせた適正な治療やケアの強化	認知症患者が穏やかで安全に生活できるよう支援する診断・治療・ケアサービスの提供
	効果的に認知症を管理するためのインフラ構築	インフラ拡充	認知症患者家族の扶養負担の軽減
	認知症患者の負担軽減と否定的認識の改善	家族支援と社会的理解の拡大	研究・統計や技術を利用したインフラ拡充

出所：キム・ミンギョン、ソ・ギョンファ（2017）

が、保健医療分野における認知症患者に適切な治療管理体系や、保健と福祉のバランスのとれた支援方法、科学的根拠や統計を基にした政策を設定することとされたのである（表3）（キム・ミンギョン、ソ・ギョンファ 2017）。

（2）政策・制度の現状と課題

認知症管理事業は大きく3つに分類できる。

一つ目は「認知症管理体系の構築」事業で、中央認知症センター運営、認知症相談コールセンター運営、広域認知症センター運営、公立療養病院の機能補強、公立療養病院BLT⁷⁾ 政府支援が行われている（コ・スクチャ他 2016）。

2012年に設置された中央認知症センターは、国家認知症管理政策の企画・推進、認知症関連の研究・調査・統計分析や教育訓練、認識改善の事業を実施している。認知症相談コールセンターは2013年に設置され、認知症患者とその家族に相談サービスや情報提供を行っている。広域認知症センターは、2013年から2016年の間に17の市道に設置されており、地域状況にあわせた多様な事業を実施している。公立療養病院の運営支援では、病院内での認知症専門病棟や医療設備の設置、入院環境改善にかかわる支援が提供され、BLT方式で新築された公立療養病院には、政府支給金が支援されている（保健福祉部 2017a；2017c）。

二つ目は「老人健康管理」事業の一環としての認知症治療管理費の支援である。対象者（60歳以上の全高齢者、基準中位所得120%以下）には、薬剤費本人負担金が1か月あたり3万ウォンを上限に支援される。

三つ目は「地域社会統合健康増進事業」のなかで実施されている、高齢者を対象とした（60歳以上の全高齢者、基準中位所得120%以下）認知症早期検診事業である。保健所での選別検査後、危険度の高い対象者については、診断検査や鑑別検査が協約病院に依頼され、必要なサービスが紹介される。本事業は2007年に一部の保健所と病院で始まったが、2010年から全国すべての保健所で実施されており、2013年から地域

社会統合健康増進事業に含まれることとなった（保健福祉部 2017a；2017c）。

2014年には老人長期療養保険制度に認知症特別等級（5等級）が新設されたことで、利用者の便宜が拡充された。本制度では、2016年9月から、1日24時間の介護を提供する24時間訪問療養サービス（年間6日間）が導入されている。これは、認知症家族のレスパイトを目的としており、認知症を持つ1・2等級受給者の家族が一時的に介護することが困難になった場合、療養保護士⁸⁾ が家庭訪問しサービスを提供するというものである（保健福祉部 2017b）。

これら認知症管理事業の問題の一つは、医療サービスと福祉サービスの連携の不十分さである。全般的に保健医療よりは福祉を中心とした政策が作られてきたため、医療と福祉が有機的に連携した管理方法になっていない。したがって、保健所と医療機関、関連部署のあいだで登録システムを共有する等の連携をとって、効率的な管理がなされるべきとされている。また、高齢者のみを対象としており、若年層の認知症患者への対策が考慮されていない点も指摘されている。問題解決のためには、具体的な実践行為としての効果を考慮した政策が必要であって、そのためには保健福祉部だけでなく、広範囲な部署が協力して政策を策定・展開していくことが必要とされている（キム・ミンギョン、ソ・ギョンファ 2017）。

おわりに

—利用者ニーズを中心としたサービスへ

新政権である文在寅政権下で、2017年9月18日、第10回認知症克服の日の記念式「認知症国家責任制 対国民報告大会」が開催され、そこで、保健福祉部の朴凌厚長官によって「認知症国家責任制推進計画」が発表された。この計画は、文在寅大統領が大統領候補の頃から提案していた代表的な公約の一つであるという。

この計画に従ってまず実行されるのが、健康保険制度での患者負担軽減策で、2017年10月1

日から重症認知症患者の健康保険自己負担費用が現行の20～60%から10%に軽減される。神経認知検査等認知症診断のための高価な非給付対象の検査にも健康保険が適用される。また、身体自立度が高いため、長期療養サービスを利用できない軽症の認知症患者もサービスが受けられるように、5等級の拡大や6等級の新設が検討されている。

現在全国に47か所ある認知症支援センターは認知症安心センターに改編され、2017年末には252か所まで拡充される予定で、そこでは相談、健診、管理、医療・介護サービスへの連携など、患者や家族に適切な支援の提供が目的とされている。相談や管理の内容は、認知症高齢者登録管理システムに登録され、全国どこでも利用できる。症状が重症で家庭や施設での介護が困難な患者は「認知症安心療養病院」で短期の集中治療が受けられるサービスも計画されている（聯合ニュース 2017；ハンギョレ新聞 2017）。

新政権の認知症ケアでの試みの内容をみると、医療と介護の連携が念頭に置かれていることは明らかである。そのねらいが実践で効果的に実現されるかどうかは、現時点では判断できない。しかし、認知症対策を含む高齢者ケアの提供における医療と介護の連携という課題解決への試みを評価しようとする場合に、次の二点を考慮すべきであることは指摘できるであろう。

一つは、利用者のニーズにこたえる実質的で効果的なサービスを提供する制度・政策が作られているかという点である。長期療養保険制度や認知症管理総合計画は、日本等の他国の先進事例やOECD等の国際機関の要請に従って、現実のインフラが十分に整う前に作られたといってもよい。インフラ拡充とあわせて既存の制度を活用しながら制度を運営してきたなかでは、医療と介護の連携や利用者ニーズを中心としたサービスを実現するという目標は、達成困難だったはずである。したがって、今後の喫緊の課題は、これまでの成果を土台に、利用者ニーズを軸としたサービスの開発と提供体制を整備することであり、その目的を具現できる制度・政

策が作られるかどうかの評価の重要なポイントになると思われる。

もう一つは、医療サービスの提供体制をどこまで改善できるかという点である。医療と介護の施設サービスでは療養病院が優位であり、在宅での看護サービスはそもそも低調である。これらの要因と考えられるのが、営利を目的とする医療提供体制の構造である。公的福祉の一部とはいえ、実際の医療機関は経営上の利益を必要とし、利益を伴う患者の誘致に力を注いでいる。医療提供体制の改革が伴わなければ、医療機関間の、あるいは、医療機関と介護機関の、機能分化と連携体制を実現することは困難であろう。したがって、医療提供体制にどのような政策的な介入がなされるかを注視する必要がある。

注

- 1) 2016年の韓国の医療施設数は6万8,476施設である。開設者別では、「個人」6万2,341施設(91.0%)が最も多い。ついで、「国公立(国立、公立、学校法人)」3,837施設(5.6%)、「医療法人」1,313施設(1.9%)、「その他」985施設(1.4%)となっている(国民健康保険公団・健康保険審査評価院 2017)。
- 2) 健康保険の給付費のうち1次医療機関が占める割合は2003年45.5%から2014年27.5%まで減少する半面、上級総合病院の外来診療収入は2003年21.5%から2014年31.3%まで増加している。医院と中小病院の間では非効率な競争が続いており、2009年から2014年にかけて1次医療機関の外来来院日数は0.8%減少する一方、300床未満病院級医療機関の外来来院日数は13.1%増加している(キム・ゲヒョン他 2015)。また、健康保険の外来総診療費に占める1次医療機関の割合は2008年49.2%から2015年43.4%に減少したが、65歳以上での利用が同期間に48.2%から40.1%に減少していることから、65歳以上高齢者の1次医療機関利用率の減少の多さを確認できる(ファン・ドギョン他 2016)。
- 3) 2016年末現在、世帯主が65歳以上の高齢者ひとり世帯は129万4,000世帯で、全高齢者世帯386万7,000世帯の33.5%を占める(統計庁 2017)。

- 4) 2014年末の老人療養施設の全体の定員は13万2,387人であるが、実利用者数は11万479人で、充足率は83.5%である(鮮于恵 2016)。
- 5) 療養病院での重症度が低い患者の増加傾向には、療養病院の場合、特別な条件がなくても利用できるという点も関係している。利用対象となる患者の分類体系はあるが、身体機能低下群と分類される際の基準は「医療最高度ないしは医療軽度に該当しない場合に算定」となっており、事実上何の制約もないといっても過言ではないからである(ファン・ドギョン他 2016)。
- 6) 2016年12月現在、健康増進事業の全登録世帯は110万2,210世帯、全登録者は127万7,299人で、このうち高齢者は96万3,816人で、全体の75.5%を占める。また、高齢者のうち独居高齢者は42.4%(40万9,133人)となっている(イ・ソンウン 2017)。
- 7) BLTとは、民間事業者が資金調達して社会基盤施設を建設(Build)した後、国家・自治体に所有権を移転し(Transfer)、国家・自治体などに施設の賃貸サービスを提供し(Lease)、投資費を回収する事業方式のことである(保健福祉部 2017c)。
- 8) 療養保護士とは、高齢者の身体活動や家事活動を専門的に提供する専門職で、その資格は、所定の教育課程を履修し国家試験に合格することで得られる。

文献

(韓国語)

- ・カン・ウンナ(2016)「高齢社会におけるQOL向上のための政策とその含意」『保健福祉フォーラム』232:29-37.
- ・健康保険審査評価院(2017a)『2016年 診療費統計指標』(健康保険審査評価院ホームページ、http://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020045030000&cmsurl=/cms/medi_info/07/03/03/1353263_27404.html&subject=2016년 진료비통계지표、2017年10月16日取得)。
- ・健康保険審査評価院(2017b)「療養機関開業状況」(健康保険審査評価院保健医療ビッグデータ開放システムホームページ、<http://opendata.hira.or.kr/op/opc/yadmOpCloPrsnt.do?searchType=&dateType=&frYear=2017&frMonth=09&ykihoPlcTpCd=&ykihoPlcTpCdNm=&clCd=28&shwSbjtCd=>、2017年10月31日取得)。
- ・コ・スクチャ他(2016)『超高齢社会への対応を目指した認知症の社会的負担と予防および管理の方案』韓国保健社会研究院。
- ・国民健康保険公団(2017a)『2016 老人長期療養保険統計年報』(国民健康保険公団ホームページ、<http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0160/24105>、2017年10月16日取得)。
- ・国民健康保険公団(2017b)「2017 長期療養機関業務案内」(国民健康保険公団・老人長期療養保険ホームページ、<http://www.longtermcare.or.kr/npbs/r/e/558/openLtcoBusiGuid.web?menuId=npe0000001080>、2017年11月1日取得)。
- ・国民健康保険公団・健康保険審査評価院(2017)『2016 健康保険統計年報』。
- ・キム・ゲヒョン他(2015)『医療伝達体系の現状分析と改善方案』医療政策研究所。
- ・キム・ミンギョン、ソ・ギョンファ(2017)「国内外の認知症管理政策に関する比較研究」『国家政策研究』31(1):233-260.
- ・キム・ジェスン他(2009)「老人療養施設内医療サービス発生頻度と病院中心家庭看護のニーズ調査」『家庭看護学会誌』16(1):49-58.
- ・キム・ジョンフェ(2015)「療養病院支払制度改善のための問題点分析」『HIRA政策動向』9(3):52-65.
- ・キム・ジンス他(2013)『療養病院と療養施設の役割制定立案の研究:連携方案を中心に』韓国保健社会研究院。
- ・パク・セギョン他(2015)『トルボム・保健医療の連合サービス(Joined-up Services) 供給モデルに関する展望と課題』韓国保健社会研究院。
- ・保健福祉部(2016a)「「訪問療養・看護・入浴」の長期療養サービスをまとめて受けられる:「訪問療養・看護・入浴」統合在宅サービスのモデル事業実施(報道資料)」。
- ・保健福祉部(2016b)「利用者家庭に役立つ「長期療養統合在宅サービス」:「訪問療養・看護・入浴」統合在宅サービス提供機関のワークショップ開催(報道資料)」。
- ・保健福祉部(2017a)『2016 保健福祉白書』。
- ・保健福祉部(2017b)『2017 主要業務参考資料』。
- ・保健福祉部(2017c)『2017 老人保健福祉事業案内(Ⅰ)』。
- ・保健福祉部(2017d)『2017年度 老人トルボムサービス事業案内』。

- ・保健福祉部・韓国健康増進開発院(2016)『2017年 地域社会統合健康増進事業案内(訪問健康管理)』.
- ・鮮于恵(2016)「高齢者の健康・長期療養政策の現状と課題」『保健福祉フォーラム』239:34-48.
- ・ソン・ジョンネ他(2008)「老人を対象とした医療機関での家庭看護事業の運営実態」『地域社会看護学会誌』19(4):660-672.
- ・ソン・ジョンネ他(2014)「医療機関家庭看護の現状(2007-2012):家庭看護給付請求資料の分析」『家庭看護学会誌』21(2):127-138.
- ・聯合ニュース(2017)「軽傷の認知症患者にも長期療養保険の恩恵…全国に安心センター設置(総合)」(聯合ニュースホームページ(2017年9月18日付)、<http://www.yonhapnews.co.kr/bulletin/2017/09/16/0200000000AKR20170916034351017.HTML?input=1179m>, 2017年11月1日取得).
- ・ユ・エジョン他(2016)『長期療養保険における統合在宅給付の第1次モデル事業の運営と評価Ⅰ』国民健康保険公団健康保険政策研究院.
- ・ユ・ホシン(2015)「韓国長期療養保険における訪問看護の政策的含意と日本の訪問看護から得られる示唆」『韓国保健看護学会誌』29(3):403-411.
- ・イ・ギュシク他(2017)『高齢社会に備えた老人医療費の効率的な管理方案』健康福祉政策研究院.
- ・イ・ソンウン(2017)「訪問健康増進事業の推進状況と改善課題」『Weekly Issue』(韓国健康増進開発院)18:1-8.
- ・イ・スンヒ、イ・ジョン(2012)「デルファイ法の結果を用いた韓国の在宅看護サービス連携方案」『韓国コンテンツ学会論文誌』12(12):282-290.
- ・チェ・ビョンホ他(2016)「韓国の保健医療政策の現状と課題:専門家にそのゆくえを聞く(座談会)」『保健福祉フォーラム』242:4-26.
- ・統計庁(2017)『2017 高齢者統計(報道資料)』(統計庁ホームページ、http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/3/index.board?bmode=download&bSeq=&aSeq=363363&ord=1, 2017年10月14日取得).
- ・ハンギョレ新聞(2017)「来月から重症認知症患者の医療費負担が10%に軽減される」『ハンギョレ新聞』2017年9月19日付.
- ・ファン・ドギョン他(2016)『老人医療と療養サービスの需要分析および供給体系の多様化に関する研究—供給の統合的連携体系の構築』韓国保健社会研究院.

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

岐阜経済大学教授

菅谷 広宣

Sugaya Hironobu

社会的保護の強化に関するASEAN宣言は、全加盟国におけるUHCの進展を共同で加速することを戦略のひとつに掲げた。また、SDGsに関する国連宣言は、総合的な健康目標を達成するためには、UHCを実現しなければならないと強調している。本稿では、このような国際的潮流のなかにある東南アジアの医療保障をフィリピンを事例に考察するが、同国の国民健康保険は全人口を一元的にカバーしようとするものである。ただ、その運営機関であるPhilHealthの統計では人口の大部分がカバーされているものの、これは実効性を伴うものといえず、国民健康保険でカバーされる医療サービスや医療費をみると、UHCの達成度は全く不十分なのが実情である。

1. UHCをめぐる国際的潮流

医療保障の問題を考える際、近年しばしば用いられる枠組みとしてUHC（Universal Health Coverage）がある。これは、良質な保健医療サービス（予防、健康増進、治療、リハビリ、苦痛緩和）を必要とするすべての人々が、それを過度の経済的困難を伴わずに受けられる状態と定義される（WHO, 2010）。

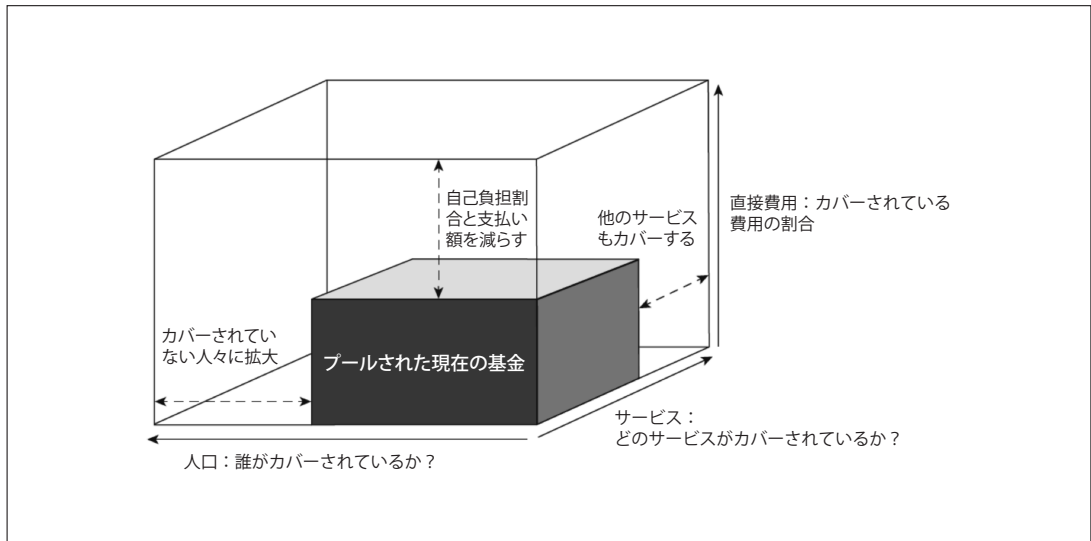
UHCの達成と維持は、人々の健康や福祉に直接的な影響をもつだけでなく、持続可能な発展や社会的不平等の緩和に必要不可欠である。そして、これに向けた取り組みでは、医療制度が機能的かつ効率的であり、広範で良質なサービスが提供されることが求められる。また、傷病による経済的リスクからの保護は、人々が医療費の支払いのために貧困状態へ陥ることを防ぐ。こうしたUHCでは、第1に人口（誰がカバーされているか）、第2にサービス（どのサービスがカバーされているか）、第3に直接費用（カバーされている費用の割合）、といった3つの次

元がある（図表1を参照）。

ところで、東南アジア諸国連合（Association of South-east Asian Nations: 以下、ASEAN）は、共同体¹⁾の発足（2015年12月31日）に先駆け、2009年6月の「社会文化共同体青写真」²⁾（The ASEAN Secretariat, 2009）および2012年11月の「人権宣言」（Cf. The ASEAN Secretariat, 2013）を土台に、「社会的保護の強化に関する宣言」を2013年10月に採択した。この「社会的保護の強化に関する宣言」は11の戦略を示したが、そのなかには「ASEANに加盟するすべての国におけるUHCの進展を、共同で加速すること」が含まれている（Cf. ASEAN, 2013）。

こうしたASEANにおける動向は、UHCをめぐる世界的潮流、またより広義には、国連のミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）および、その後継である持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）のなかに位置づけることができる。そして、SDGsに関する国連宣言は、総合的な健康目標を達成するためには、UHCを実現しなければ

図表1 UHCの3つの次元



出所：WHO（2010）

ならないと強調している（WHO, 2017）。

UHCをめぐるASEAN内外でのこうした潮流は、フィリピンの医療政策にも影響を及ぼしつつある。そのひとつとして、同国保健省は2010年のアキノ・ヘルス・アジェンダ（DOH, 2010）に続き、フィリピン・ヘルス・アジェンダ2016ー2022（DOH, 2016）を作成した。これは、フィリピンにおける医療問題の現状をふまえ、その改善に向けた戦略などを示したものである。

本稿では、このような国際的潮流のなかにあるフィリピンの医療保障について、UHCの3つの次元から考察していくが、その前に次節で東南アジアの状況を概観しておこう。

2. 東南アジアにおける医療保障の概観

UHCの第1次元（人口：誰がカバーされているか）という観点からみると、東南アジアは、①全人口をカバーする制度（法令）がある国、②近年になって全人口をカバーする制度の実現を目指す法令が制定された国、③地域型医療保険とフォーマル・セクターをカバーする職域型医療保険、そして医療扶助のような制度が存在しても、それらが限定的で全人口をカバーするのに

ほど遠い国、以上にグループ化することが可能だろう。そして、①にはブルネイ、タイ、マレーシア、シンガポール、フィリピン、②にはインドネシア、ベトナム、③にはカンボジア、ラオス、ミャンマーが属する³⁾。

ただし、同じグループ内であっても医療保障の手法（公費負担、社会保険、プロビデント・ファンド⁴⁾のいずれか、あるいはそれらの組み合わせ）は国によって異なっており、これはASEANによる「社会的保護の強化に関する宣言」のなかにある原則のひとつにも表れている。すなわち、「社会的保護の実施は、各国の法、政策、制度、戦略、基準および指針に基づき、それぞれの政府が主要な責任を負う」ということが、同宣言に盛り込まれた10の原則⁵⁾に含まれているのである（Cf. ASEAN, 2013）。したがって、同宣言で掲げられた「ASEANに加盟するすべての国におけるUHCの進展を、共同で加速する」という戦略も、各国の取り組みを補完するものと位置付けることができよう。

ところで、上記①のグループ、すなわち全人口をカバーする制度（法令）がある国においても、それが実質を伴っているとは限らない。これは特にフィリピンにいえることであり、この点

は次節で述べる。また、すでにふれたように、UHCには第2（サービス：どのサービスがカバーされているか）、第3（直接費用：カバーされている費用の割合）の次元もあり、これらが十分であるかどうかは第1次元の達成度と別問題である⁶⁾。

たとえば、最近のエビデンスは、自己負担（out-of-pocket payments）の総医療費に占める比率（以下、自己負担比率）を20%未満にすることが、医療支出による貧困化リスクを軽減する良い指標であることを暗示している（WHO, 2017）が、UHCの第3次元に関するこの点をクリアしている国は、東南アジアではブルネイ（2014年の自己負担比率6.0%）とタイ（同11.9%）のみである⁷⁾。マレーシアでは、公費負担により公的医療機関で安価な医療が提供されているが、私的医療機関のサービスに対する需要は相当あり、自己負担比率は35.3%で、私的保険からの支払いも含めると、私的医療支出が総医療費に占める割合は44.8%となっている。他方、公的な強制積立制度であるCPF（Central Provident Fund）を生活保障の中心としているシンガポールでは、CPFのMedisave勘定と、その積立金を利用した医療保険（公的なMedishieldと認可された民間保険）、および、医療扶助制度のMedifundとで全国民がカバーされている。しかし、同国における自己負担比率は、54.8%と非常に高い⁸⁾。くわえて、UHCの第1次元を達成しているタイに関して、Maeda et al. (2014, 邦訳)は、「経済的リスクからの保護と医療サービスの質の面でまだ改善の余地がある」としている⁹⁾。ちなみに、タイでは私的医療支出が総医療費に占める割合は22.2%¹⁰⁾と比較的低いが、私的医療支出に占める私的保険の割合が34.8%¹¹⁾となっており、公的医療保障が必ずしも十分でないことを暗示している。結局のところ、東南アジアでUHCが最もよく達成・維持されている国はブルネイであるが、これは石油と天然ガス部門から得られる潤沢な歳入¹²⁾、42万人弱（2015年現在）という少ない人口、さらには狭い国土面積（三重県とほぼ同じ5765平方キロメートル）とい

う特殊条件のもとに成り立っている。

なお、上記②のグループに属するインドネシアとベトナムに関しては、両国とも単一の健康保険で全人口をカバーしようとしている。しかし、いかにインフォーマル・セクターを保険に取り込んでいくかにくわえ、どのようにフォーマル・セクターの法令遵守を徹底させるかという課題がある。ちなみに、インドネシアの医療保障が現行の制度に一元化される¹³⁾以前から、保険料の拠出を怠っている企業の割合は非常に高かった（菅谷、2013）し、ベトナムでも、企業による健康保険料の未払いが広くみられる現象であることや、深刻な疾病に罹患したときにのみ、人々が健康保険に加入するといった問題が指摘されている（Nguyen Minh and Nguyen Tran, 2015; Dao Van and Pham Gia, 2015）。また、上記③に属する国は勿論のこと、①と②に属する大部分の国も、財政制約と医療提供体制に問題を抱えている。

3. フィリピンの医療保障

(1) 沿革

フィリピンの医療保障では、1969年8月の共和国法No.6111（Republic Act No.6111）により、72年1月から実施されたメディケア・プログラムが存在していた。これは、2つの段階を経てすべての国民をカバーしていくように企図されたものであった。すなわち、メディケアⅠがGSIS（Government Service Insurance System：公務部門の社会保険）とSSS（Social Security System：民間部門の社会保険）の加入者と年金受給者、および扶養家族を対象としたのに対し、メディケアⅡではメディケアⅠの適用から漏れた人々が対象に考えられていた。

しかし、メディケアⅡの実施が遅々として進まないなかで、この問題への取り組みを強化するため、1995年2月に共和国法No.7875（Republic Act No.7875：いわゆる1995年国民健康保険法）が成立した。そして、これに基づいた新たな国民健康保険プログラム（National Health

Insurance Program: 以下、国民健康保険)で、全国民をカバーしていくように計画が建てられた。これによる制度運営は、フィリピン健康保険公社 (Philippine Health Insurance Corporation: 以下PhilHealth) が行なうことになり、1998年にGSISおよびSSSの医療保険基金がPhilHealthに移管された (San Jose, 2000)。

その後、共和国法 No.7875 は2013年6月の同No. 10606 (いわゆる2013年国民健康保険法) に改正され、現在に至っている。

(2) 誰がカバーされているか

沿革で述べたように、フィリピンの国民健康保険は、全国民を一元的にカバーするよう企図されている。PhilHealth (2017a) によると、2016年には人口の91%に相当する9340万0861人 (被保険者および家族) が、国民健康保険でカバーされている。これには貧困者や高齢者なども含まれ、2012年に行なわれたタバコ・酒税の増税による歳入を財源に、その保険料が免除されている (Bredenkamp and Buisman, 2016)。

ただし、この統計値と実態 (あるいは保険の実効性) には、大きな乖離があると考えられる。たとえば、フィリピンのインフォーマル・セクターの社会保障ニーズに関して過去に実施されたサンプル調査 (Batangan, D. and TDU. Batangan, 2007) によれば、対象となった2519人のうち、国民健康保険でカバーされていたのは25%にすぎなかった。また最近でも、特に社会福祉開発省 (Departmento of Social Welfare and Development) による「貧困削減のための全国世帯ターゲティング・システム (National Household Targeting Sysutem for Poverty Reduction: NHTS-PR)」を通じて自動登録される貧困世帯が被保険者としての資格や保険給付の内容を理解しておらず、保険が利用されていない場合が多い (これに関しては、保険証が発行されていないという問題もある) との指摘がある (Bredenkamp and Buisman, 2016)。

この貧困世帯の問題は、費用構造にも表れている。まず、国民健康保険でカバーされている

貧困者とその家族は4348万5804人と、フォーマル経済¹⁴⁾における被保険者および家族 (以下、フォーマル経済) の2931万0291人を大幅に上回っているが、給付費全体に占める割合では19%と、フォーマル経済の24%を下回っている。また、フォーマル経済からの保険料収入が家族も含めて1人当たり1636ペソ¹⁵⁾であるのに対し、貧困世帯への保険料免除に割り当てられた予算は同798ペソとなっている。(いずれも2016年時点。PhilHealth [2017a] による。)

(3) どのサービスがカバーされているか

給付面では、国民健康保険は入院と外来をカバーし¹⁶⁾、出産・新生児ケア、結核・狂犬病・レプトスピラ症などの治療、Z給付パッケージ (z-benefit package) とよばれる高額医療 (たとえば、がん治療、腎臓透析、心臓血管手術)、他の非伝染性疾患の予防・診療なども対象としている (Bredenkamp and Buisman, 2016)。給付は現物給付方式であり、医療費のうち、傷病の程度や医療施設のレベルに基づいて定められた一定額が、PhilHealthより医療機関に償還払いされ、それを超える部分については患者の自己負担となる (厚生労働省, 2017)。ただし、公立または私立を問わず、医療機関が貧困者から追加の医療費を徴収することは、2011年から禁じられており、これはノーバランスビリング政策 (no balance billing policy) とよばれている¹⁷⁾ (PhilHealth, 2014)。なお、入院医療に関しては、以前は出来高払いでPhilHealthから病院に償還が行なわれていたが、2013年からケース払い (case-based payments) が導入され、現在のように予め定められた一定の金額 (case rates) が病院に支払われるようになった (Bredenkamp and Buisman, 2016)。また、薬に関しては基準価格 (薬価基準) が定められており、薬価を抑えるためにジェネリック医薬品の使用が推奨されている (Picazo, 2011)。

ところで、図表2にみられる通り、フィリピンの病院数は公立・私立ともに近年の減少が著しい。病床数こそ特に私立病院で増加している

図表2 病院および病床数の推移

年	病院数			病床数			人口1万人 当り病床数
	計	公立	私立	計	公立	私立	
1990	1,733	598	1,135	87,133	49,273	37,860	14.4 ^a
1995	1,700	589	1,111	80,800	43,229	37,571	11.8 ^a
2000	1,712	623	1,089	81,016	42,384	38,632	10.6 ^a
2005	1,838	702	1,136	87,136	43,739	43,397	10.2 ^a
2010	1,812	730	1,082	98,155	49,372	48,783	10.6 ^a
2014	1,222	452	770	98,429	48,384	50,045	9.9 ^b
2015	1,195	423	772	—	—	—	—

注) a センサスによる人口に基づく。

b 2010年のセンサスによる人口推計に基づく。

—の部分に関しては、データがない。

出所：PSA（2017）

図表3 国民健康保険登録の地方別医療専門職1人当り被保険者・家族数（2016年末現在）

地 方	国民健康保険登録の医療専門職1人当り被保険者・家族数（人）			
	専門医	一般医	歯科医	助産師
マニラ首都圏	1,577	4,333	174,252	56,938
I イロコス	8,503	5,397	148,238	90,758
II カガヤン・バレー	10,878	5,419	106,057	72,429
III 中部ルソン	7,254	5,242	265,115	55,372
IV-A カラバルゾン	11,699	10,757	419,509	67,122
IV-B ミマロバ	5,244	3,496	177,630	41,190
V ビコール	19,010	9,773	345,980	69,196
VI 西ビサヤ	7,810	8,378	261,121	101,736
VII 中部ビサヤ	6,691	7,739	318,723	47,060
VIII 東ビサヤ	21,714	7,484	1,047,721	47,624
IX ザンボアンガ半島	19,571	8,931	409,222	27,448
X 北部ミンダナオ	9,436	5,494	431,495	93,068
XI ダバオ	7,309	8,514	774,774	33,205
XII ソクサージェン	17,898	8,706	561,550	84,762
ムスリム・ミンダナオ自治区	117,555	18,999	—	139,325
コルディリェラ行政地域	4,621	3,923	125,838	19,709
カラガ	237,355	8,185	186,493	59,339
全国平均	15,805	6,663	276,334	56,470

注) —の部分に関しては、データがない。

出所：https://www.philhealth.gov.ph/partners/providers/professional/status.html（PhilHealthのウェブサイト、2017年10月29日アクセス）およびPhilHealth（2017a）より筆者作成。

が、それも人口増加のペースを下回り、結果として人口1万人当りの病床数が減少している。WHOとフィリピン保健省（Department of Health）は、2010年において、17の地方のうち

で人口1000人当りの病床数が十分な地方は4つだけとしていた（WHO and DOH, 2012）が、状況は改善していない。また、国民健康保険の登録医療専門職各1人当り被保険者・家族数を地

方別にみると図表3の通り非常に多く、地方間格差も大きい。ちなみに、2016年末現在で国民健康保険に登録している全国の医療専門職は、専門医が1万5805人、一般医が1万4017人、歯科医が338人、助産師が1654人である¹⁸⁾。年次は異なるが、フィリピンには2014年に11万8590人の医師、5万2223人の歯科医師がいた（経済産業省, 2017）ことをみると、PhilHealthに登録している医療専門職は、あまりにも少ない。これらのことから、どのサービスが国民健康保険でカバーされているかを問う前に、保険医療の提供体制が全く不十分であるといわざるをえない。

なお、国民健康保険は入院と外来をカバーしているが、病院での外来診療については、大部分が給付パッケージから除外されている（Bredenkamp and Buisman, 2016）。これは、入院治療が必要になるほど病状が悪化するまで、患者が治療を遅らせることにつながりかねず、患者にとって良くないばかりか、外来で早期に治療をすれば、もっと安価にすむはずの医療費を押し上げる要因にもなる。したがって、病院での外来診療を給付パッケージに含めることは、医療の適時性と費用対効果の改善、そして後述するような患者自己負担の軽減のため、必要だといえるであろう。

（4）カバーされている費用の割合

さきに紹介したように、最近のエビデンスは、総医療費に対する自己負担比率を20%未満にすることが、医療支出による貧困化リスクを軽減する良い指標であることを暗示している（WHO, 2017）。しかし、フィリピンでは国民健康保険と国・地方政府予算を合わせても、公的に賄われた医療費は2014年において全体の31.5%¹⁹⁾であり、自己負担が総医療費の55.8%を占めている²⁰⁾（PSA, 2017）。そして、こうした自己負担比率の高さは、現実には貧困化の大きな要因となっている。

フィリピンの家計調査（Family Income and Expenditure Surveys : FIES）を主に²¹⁾用いたBredenkamp and Buisman（2016）によれば、

貧困線を購買力平価で1日1人当たり2ドルとした場合、2012年の1年間に150万人が医療費の自己負担によって貧困状態へ陥っている。また、医療費の自己負担は、すでに貧困状態にある人々の貧困ギャップを拡大している。他方、総支出の10%、非食物支出の40%という一般的な基準を超える高額医療費の支払い（catastrophic payments）を余儀なくされる世帯の割合も、2000年から2012年にかけて増加している。この点に関しては、同期間に消費支出額がかなり増加しているなか、それを上回る勢いで医療費の自己負担額が増えていることに、注意をしなければならない。しかも、人々が経済的または地理的な障害によって必要な医療を諦めるならば、医療費の支払いは生じることがなく、その結果、高額医療費を負担する世帯や、医療費の支払いが原因の貧困化は顕在化しない。ちなみに2008年において、74%の世帯が医療費の調達に苦心しており、56%の世帯が医療機関への物理的距離が問題だとしている（NSO, 2008）。このことから、多くの人々が医療機関での受診を諦めている可能性は大きい。

ところで、世帯支出の10%超という基準でみた高額医療費の自己負担の構成をみると、所得5分位のどの階層でも、薬剤費が最大の費目（すべての所得階層の平均で55%）になっており、これに入院医療費（同34%）が続いている²²⁾。特に所得最下位20%の層にとって、高額医療費に対する薬剤費の割合は70%に達している（所得最上位20%の薬剤費は51%）。（Bredenkamp and Buisman, 2016）先に述べた通り、PhilHealthは医療機関に貧困者から追加の医療費を徴収することを禁じているが、所得最下位層のあいだにも高額医療費の支払いがみられる要因のひとつは、このノーバランスビリング政策が公立医療機関においてさえ遵守されていないことである。医療機関からの患者出口調査によると、この政策の遵守割合は改善傾向にあるものの、2016年の1年間に63%であった（PhilHealth, 2017b）。特に薬剤費の支払いに関しては、利潤を求める不道德な医療機関が、

外部の薬局で薬剤を購入するよう、患者を誘導している可能性がある。こうした状況に対してPhilHealthは、モニタリングの強化や患者への情報と支援の提供、ノーバランスビリング政策を遵守しない医療機関への罰則などで対応しようとしている（PhilHealth, 2014）。

薬剤費の問題は、上記のような自己負担の構成を考えると、低所得層に限ったものにとどまらない。薬剤費が高額になっている原因としては、先発のブランド医薬品とジェネリック医薬品の価格自体が、ともに国際標準からして高いことや、ブランド医薬品の処方と調剤が好まれること、さらには先に述べた不道德な医療機関が存在している可能性のほか、頻繁にみられる病院での薬剤の在庫切れにより、患者が国民健康保険の給付パッケージに含まれる薬剤でさえ、自費で購入しなければならないことなどがあげられる（Batangan and Juban, 2009）。

他方、公私両部門の医療機関は、貧困でない患者に対して、PhilHealthが償還する費用を超えて上限なく医療費を課すことができる。このため、高額になりうる不測の医療費に対して保険技術で対応するという、医療保険の最も根本的な利点が損なわれている。傷病による経済的リスクを緩和するため、貧困者に対するノーバランスビリング政策にくわえて、一般被保険者にも、傷病に応じた定額自己負担を導入することが望まれる（Bredenkamp and Buisman, 2016）。また同時に、ケース払いによる医療機関への償還についても、その額（case rates）が過小診療や医療の質低下につながらないよう、適宜見直していくことが必要だろう。

おわりに

これまでみてきたように、フィリピンの医療保障は、UHCの3つの次元すべてにおいて不十分なのが実情である。フィリピン・ヘルス・アジェンダ2016–2022（DOH, 2016）は、同国の医療保障が新たな局面に入るための契機となるかもしれないが、本稿で述べてきたような状況をみ

ると、2022年までに現状が大きく改善されるとは考えにくい。しかも、医療サービスに関する実施権限の多くが地方政府に委任されているため、サービスの地域間格差が拡大しているとの指摘もある（Cf. Hoang Van et al., 2014）。ちなみに、全国の主要都市にある70か所の国立病院（National Hospital, Retained Hospital）は保健省が直接管理しているが、州立病院（Provincial Hospital）と地区病院（District Hospital）については、人件費、薬剤を含む消耗品の購入費および施設の維持管理費を含め、州政府（全国で79）が管理している。また、国民健康保険の初歩的外来医療給付（Primary Care Benefit）、出産ケア、結核直視監視下短期化学療法（TB-DOTS）を担っている保健所についても、各自治体（Local Government Unit：全国に1634）が責任を負う構造となっている。（厚生労働省, 2017）

ところで、フィリピンは移民労働者の送り出し国として有名だが、医療専門職もその例外ではない。もとより外国との協定で労働力の送り出しと受け入れが認められているのであれば、どの国で働くかは本人の自由であるし、国民健康保険に登録しているのはごく限られているが、フィリピンの人口当り医療専門職は、東南アジアのなかではむしろ多いほうである²³⁾。また、金子（2014）が指摘するように、外国からの送金が保健医療人材の養成に費やした教育費や外国への流出コストを賄うほどとする研究（Goldfard, Havrylyshyn and Mangum, 1984）もあった。こうしたことからすれば、医療専門職の国外への移動は、否定されるべきものではない。ただし、それによってフィリピン国内で医療問題が生じているのだとすれば、事情は異なってくる。

たとえば、外国で働く看護師には、免許だけでなく病院での2～3年の現場経験が求められる。フィリピンでは新規に免許を取得する看護師も多いのだが、そうした新人看護師が雇用を見つけれずに余っている一方で、現場経験のある看護師が数多く外国に出ていくことにより、病棟の閉鎖を余儀なくされる医療機関もある（Kanchanachitra et al., 2011）。ま

た、外国で看護師の職に就くため、再訓練されるフィリピン人医師が相当数にのぼることが報告されている (Institute of Health Policy and Development Studies, 2006)。このような状況は、医療や看護に関わるフィリピン国内での教育資源と人材が、非効率に使われていることを意味するのではなかろうか。

くわえて、ASEANは相互認証協定 (Mutual Recognition Arrangement) に基づき、7つの専門職に域内諸国への移動の自由を認めているが、これには医師、看護師、歯科医師が含まれている。これによる経済的見返りは相当になるだろうが、フィリピンも含め、UHCの実現に苦闘している貧しい国からの医療専門職の流出を助長する可能性があるため、医療の平等性が損なわれることへの懸念は拭えない。ちなみに、ASEAN人権宣言は、すべての人々の「医療および必要な社会的サービスへの権利」および「健康を享受する権利」(第28条d項および第29条)を規定している (Cf. The ASEAN Secretariat [2013])。この権利の実現にはUHCの推進が不可欠だが、豊かな国の豊かな人々のみが、医療専門職の移動の自由による恩恵を受けることにならぬよう、配慮することも必要だろう。

注

- 1) ASEAN加盟10か国が参加し、「経済」、「政治・安全保障」、「社会・文化」という3つの柱からなる共同体 (ASEAN Community)。UHCや社会的保護は、いうまでもなく「社会・文化」に属する。
- 2) 2016年3月には、「社会文化共同体青写真2025」(The ASEAN Secretariat, 2016)が出されている。
- 3) ここではASEANに未加盟の東ティモールは除外している。なお、本稿のようなUHCの視点から書かれたものではないが、これらの国々における医療保障の詳細については、菅谷(2013)、菅谷(2015a)、菅谷(2015b)などを参照されたい。
- 4) プロビデント・ファンド (provident fund) とは、さまざまな用途のため、個人勘定に労使(自営業者の場合には本人)が予め掛け金を積み立てていくものであり、シンガポール・マレーシア・ブルネイでは、国家による強制貯蓄の制度となっている。これらの国々における制度の積立金は、いずれも老齢・障害・遺族といったリスクに備えるほか、住宅購入資金に充てられるという点で共通しているが、シンガポールとマレーシアでは、積立金を医療費の支払いなどにも使うことができる。特にシンガポールのプロビデント・ファンド (Central Provident Fund) では、入院医療費や特定の高額外来医療費の支払い、および医療・介護保険料にのみ充てる Medisave 勘定がある。他方、インドネシアでは、2015年に民間部門の被用者を対象とする公的年金制度が導入されたが、これ以前から老齢・遺族・障害のリスクをカバーする強制加入のプロビデント・ファンドが存在している。なお、これらの詳細については、菅谷(2013)および菅谷(2015c)などを参照されたい。
- 5) 家族やコミュニティが社会的保護の下支えと供給において重要な要素であり、それゆえ維持・強化されるべきことも、10の原則に含まれている。
- 6) プールされた財源が一定の場合、UHCの3つの次元間には、トレードオフの関係がある (WHO, 2010)
- 7) 以下、医療費に関する統計は、<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> (WHOのGlobal Health Expenditure Database, 2017年10月14日アクセス) による2014年時点のものである。なお、日本の自己負担比率は13.9%である。
- 8) Hoang Van et al. (2014) は、シンガポールの自己負担比率が高い理由を Medisave が私的なものとみなされているからだとしているが、注7であげたWHOのGlobal Health Expenditure Databaseでは、強制貯蓄という性質に鑑みて、Medisaveは社会保険として分類されている。
- 9) Maeda et al. (2014) は先進国と中進国、および途上国からなる11か国を対象とした研究であり、UHCの視点から、それらの国々を4つにグループ化している。ちなみに、第1グループは、低い人口カバー率、UHC 達成に向けた初期段階にある国(バングラデシュ、エチオピア)、第2グループは、人口の多くが経済的に守られた形で保健・医療サービスを利用できているが、全人口をカバーするところまで至っておらず、医療サービスへのアクセス、および経済的リスクか

らの保護の点でまだ格差が残っている国(ガーナ、インドネシア、ペルー、ベトナム)、第3グループは、全人口をカバーできているものの、経済的リスクからの保護と医療サービスの質の面でまだ改善の余地がある国(ブラジル、タイ、トルコ)、第4グループは、UHC が維持されており、全人口は医療サービスへの包括的アクセスと実質的な経済的リスクからの保護を享受できている国(フランス、日本)となっている。

- 10) 日本では、この割合は16.4%である。
- 11) 日本では、この割合は14.8%である。
- 12) これにより、教育費が無償なほか無拠出制の年金制度も存在している。なお、2015年度の歳入はGDP比で24.16%であったが、この歳入の77.20%が石油・天然ガス部門に由来している(DOEPD, 2016)。
- 13) この点については菅谷(2015b)を参照。
- 14) ここでのフォーマル経済(Formal Economy)は、PhilHealthによる呼称に従ったものである。
- 15) ブルームバーグ(<https://www.bloomberg.co.jp/markets/currencies>)によると、2017年11月13日21時26分(日本時間)現在、1ペソは2.21円。
- 16) Republic Act No. 10606 (National Health Insurance Act of 2013) および The Revised Implementing Rules and Regulations of the National Health Insurance Act of 2013を参照。ただし、これらの法令には給付対象となる傷病が具体的には定められていない。なお、後述の通り、病院における大部分の外来診療は、国民健康保険の給付パッケージからは除外されている(Bredenkamp and Buisman, 2016)。
- 17) ノーバランスビリング政策においても、基本的に貧困者と一般被保険者とのあいだに給付パッケージの差はない(Bredenkamp and Buisman, 2016)。
- 18) <https://www.philhealth.gov.ph/partners/providers/professional/status.html> (PhilHealthのウェブサイト、2017年10月29日アクセス)およびPhilHealth(2017a)による。
- 19) 内訳は、中央政府10.6%、地方政府6.7%、国民健康保険14.2%である(Cf. PSA [2017])。
- 20) 医療費の他の出所は、保健維持機構(総医療費の6.9%)、私企業(同2.2%)、私保険(同1.7%)、私立学校(同0.9%)、外国からの援助金(同0.9%)となっている(Cf. PSA [2017])。なお、保健維持機構(Health Maintenance Organization)は、

財務省の保険委員会(Insurance Commission)からライセンスを取得している保険会社の集まりであり、2017年6月29日現在で25社ある。(保険委員会のウェブサイト<https://www.insurance.gov.ph/regulated-entities/health-maintenance-organization/>による。最終アクセスは2017年12月16日。)

- 21) 他には2008年と2013年のNational Demographic and Health Surveys (NDHS) と2011年の Family Health Survey (FHS)が用いられている。
- 22) 入院医療費自己負担の詳細に関しては、Tobe et al.(2012)を参照。
- 23) <http://apps.who.int/gho/data/node.main?showonly=HWF> (WHO のウェブサイト、2017年11月13日アクセス)を参照。

参考文献

- ・ The ASEAN Secretariat (2009) *ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint*, Public Outreach and Civil Society Division, The ASEAN Secretariat.
- ・ — (2013) *ASEAN Human Rights Declaration and Phnom Penh Statement on the Adoption of the ASEAN Human Rights Declaration (AHRD)*, Public Outreach and Civil Society Division, The ASEAN Secretariat.
- ・ — (2016) *ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint 2025*, Community Relations Division (CoRD), The ASEAN Secretariat.
- ・ ASEAN (2013) *ASEAN Declaration on Strengthening Social Protection*, The 23rd ASEAN Summit in Brunei Darussalam.
- ・ Batangan D.B. and Juban N. (2009) *Philippines Pharmaceutical Situation: 2009 WHO Household Survey on Medicines, Philippines*, WHO, DFID, and MeTA.
- ・ Batangan, D. and TDU. Batangan (2007) *Social Security Needs Assessment of the Informal Sector in the Philippines*, ILO-SRO Manila.
- ・ Bredenkamp, Caryn and Leander R Buisman (2016) "Financial protection from health spending in the Philippines: policies and progress", *Health Policy and Planning*, Volume 31, Issue 7, The London School of Hygiene and Tropical Medicine and Oxford University

- Press.
- ・ Dao Van Dung and Pham Gia Cuong (2015) "Social Equality in Public Health Service", *Vietnam Social Sciences*, No. 2(166)-2015, Vietnam Academy of Social Sciences.
- ・ DOEPD (2016) *Brunei Darussalam Key Indicators Annual 2015 Releas:2*, Department of Economic Planning and Development.
- ・ DOH (2010) *The Aquino Health Agenda: Achieving Universal Health Care for All Filipinos*, Department of Health, Philippines.
- ・ — (2016) *All for Health towards Health for All: Philippine Health Agenda 2016-2022*, Department of Health, Philippines.
- ・ Goldfarb, R., Havrylyshyn, O. and Mangum, S. (1984) "Can remittances compensate for manpower outflows: the case of Philippine physicians," *Journal of Development Economics*, 15.
- ・ Hoang Van Minh, Nicola Suyin Pocock, Nathorn Chaiyakunapruk, Chhea Chhorvann, Ha Anh Duc, Piya Hanvoravongchai, Jeremy Lim, Don Eliseo Lucero-Prisno III, Nawi Ng, Natalie Phaholyothin, Alay Phonvisay, Kyaw Min Soe & Vanphanom Sychareun (2014) "Progress toward universal health coverage in ASEAN", *Global Health Action*, 7:1.
- ・ Institute of Health Policy and Development Studies (2006) *Migration of health workers: country case study Philippines*, ILO Working Paper WP.236, International Labour Office.
- ・ Kanchanachitra, Churnrurtai, Magnus Lindelow, Timothy Johnston, Piya Hanvoravongchai, Fely Marilyn Lorenzo, Nguyen Lan Huong, Siswanto Agus Wilopo, and Jennifer Frances dela Rosa (2011) "Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services", *Lancet*, Vol. 377.
- ・ Maeda, Akiko, Edson Araujo, Cheryl Cashin, Joseph Harris, Naoki Ikegami, and Michael R. Reich (2014) *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies*, The World Bank. (邦訳:『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ:11カ国研究の総括』、日本国際交流センター)
- ・ Nguyen Minh Phong and Nguyen Tran Minh Tri (2015) "Social and Health Insurance in Vietnam", *Vietnam Social Sciences*, No. 3 (167)-2015, Vietnam Academy of Social Sciences.
- ・ NSO (2008) *National Demographic and Health Survey*, National Statistics Office, Philippines.
- ・ PhilHealth (2014) Strengthening the implementation of the no balance billing policy, PhilHealth Circular No. 0003/2014, Philippine Health Insurance Corporation.
- ・ — (2017a) *Annual Report 2016*, Philippine Health Insurance Corporation.
- ・ — (2017b) *2016 Stats & Charts*, Philippine Health Insurance Corporation.
- ・ Picazo O.F. (2011) *Review of the Cheaper Medicines Program of the Philippines*, Philippines Institute of Development Studies.
- ・ PSA (2017) *Philippine Statistical Yearbook 2016*, Philippine Statistics Authority.
- ・ San Jose, Agnes E. (2000) *Country Report: Philippine Social Security System*, Paper presented to the 10th Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators, 18 Sep.-29.Sep, 2000, Tokyo, Japan International Corporation of Welfare Services.
- ・ Tobe, Makoto, Andrew Stickley, Rodolfo B del Rosario Jr and Kenji Shibuya (2012) "Out-of-pocket medical expenses for inpatient care among beneficiaries of the National Health Insurance Program in the Philippines", *Health Policy and Planning* 2013;28, The London School of Hygiene and Tropical Medicine and Oxford University Press.
- ・ WHO (2010) *Health Systems Financing: The path to universal coverage*, World Health Organization.
- ・ — (2017) *Health, the SDGs and the role of Universal Health Coverage: next steps in the South-East Asia Region, to reach those being left behind*, Regional Office for South-East Asia, World Health Organization.
- ・ WHO and DOH (2012) *Health Service Delivery Profile Philippines 2012*, WHO and Department of Health, Philippines.
- ・ 金子勝規 (2014)「ASEAN保健医療人材の国際

労働移動:OECD諸国への移動の分析を中心に」
『アジア研究』Vol.60, No.2, アジア政経学会。

- ・ 経済産業省（2017）『医療国際展開カントリーレポート 新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報 フィリピン編』、経済産業省。
- ・ 厚生労働省（2017）「東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向」『海外情勢報告』第5章、厚生労働省。
- ・ 菅谷広宣（2013）『ASEAN諸国の社会保障』、日本評論社。
- ・ ——（2015a）「タイの医療保障と高齢者介護」『健保連海外医療保障』、健康保険組合連合会 社会保障研究グループ、No.106。
- ・ ——（2015b）「インドネシアの医療保障」『健保連海外医療保障』、健康保険組合連合会 社会保障研究グループ、No.106。
- ・ ——（2015c）「インドネシアの年金・所得保障と貧困削減策」『賃金と社会保障』No.1634、旬報社。

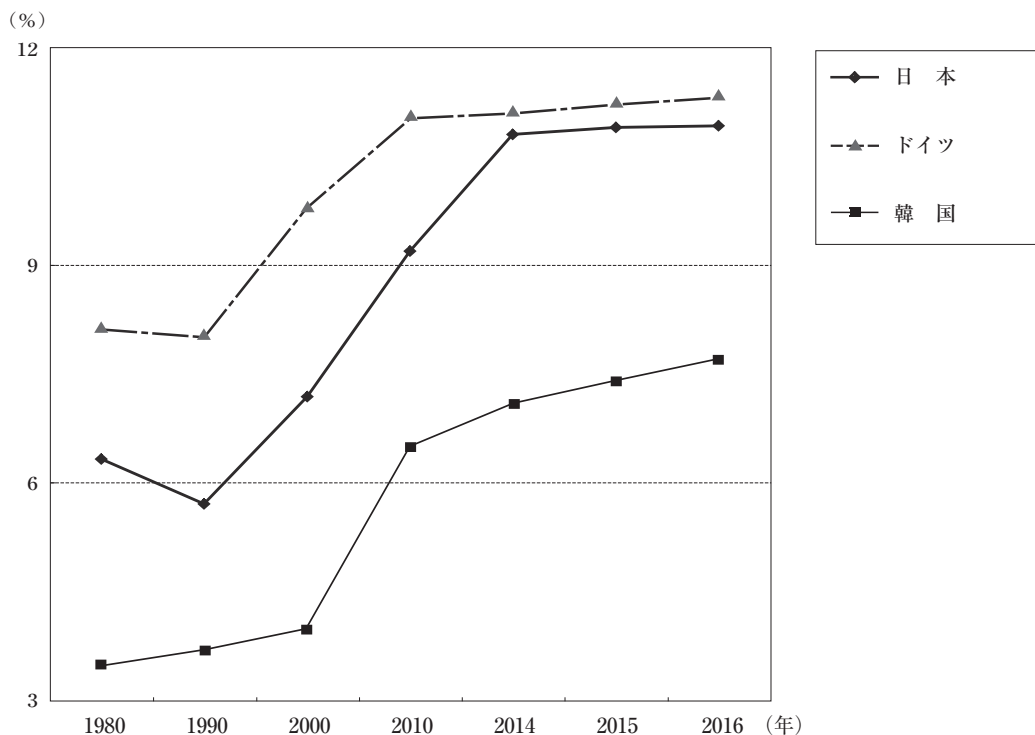
1. 基本情報

	日本	ドイツ	韓国
総人口(千人)	126,933 (16年)	82,176 (16年)	51,246 (16年)
高齢化率(%)	27.3(16年)	21.1(16年)	13.2(16年)
合計特殊出生率	1.43(13年)	1.41(13年)	1.19(13年)
平均寿命(年)	男80.8/女87.1 (15年)	男78.3/女83.1 (15年)	男79.0/女85.2 (15年)
失業率(%)	3.1(16年)	4.1(16年)	3.7(16年)
医療費対GDP(%)	10.9(16年)	11.3(16年)	7.7(16年)
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	42.2	36.8
	租税負担率(A)	25.0	25.4
	社会保障負担率(B)	17.2	22.1

(注) 国民負担率については、各国14年の数値。

出所：OECD(2017)、財務省HP。

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD(2017)

3. 医療提供体制

(15年)			日本	ドイツ	韓国
平均在院日数			16.5	7.6	8.0
病床数	医療施設	急性期	998,249 (7.85)	499,351 (6.11)	372,335 (14年) (7.34) (14年)
		長期	339,063 (2.67)	— —	213,986 (14年) (4.22) (14年)
		精神	336,282 (2.65)	103,992 (1.27)	49,371 (14年) (0.97) (14年)
医療 関係者数	医師		300,075 (14年) (2.36) (14年)	338,129 (4.14)	114,322 (2.24)
	歯科医師		100,994 (14年) (0.79) (14年)	69,863 (0.86)	23,540 (0.46)
	薬剤師		216,077 (14年) (1.70) (14年)	52,568 (0.64)	33,206 (0.65)
	看護師		1,394,985 (14年) (10.96) (14年)	1,090,000 (13.34)	303,133 (5.94)

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。

2. 平均在院日数は急性期の数値。

出所：OECD (2017)

4. 掲載国通貨円換算表 (2017年11月末現在)

(単位 円)

ドイツ (1ユーロ)	韓国 (100ウォン)
134.31	10.58

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