

健保連海外医療保障

No.125 2020年3月

■特集：アジア諸国の公的医療保障制度・介護保障制度について②

- モンゴル
モンゴル国の健康保険制度 山下 護 菊池 枝里香
- ベトナム
ベトナムにおける医療保険制度の骨格 寺本 実
- タイ
タイの医療・医療費保障制度 小出 顕生
- インド
インドの公的医療保障制度 千正 康裕
- シンガポール
シンガポールの医療保障と介護保障（下） 菅谷 広宣

健保連海外医療保障

No.125 2020年3月

モンゴル国の健康保険制度

元 モンゴル国社会保険実施能力強化プロジェクト チーフアドバイザー
現在、厚生労働省保険局医療介護連携政策課長 **山下 護**
Yamashita Mamoru

元 モンゴル国社会保険実施能力強化プロジェクト アドバイザー
現在、一般社団法人Medical Excellence JAPAN **菊池 枝里香**
Kikuchi Erika

本レポートは、モンゴル国で社会保険の運営を担う同国社会保険庁で活動した著者が、活動の過程で見聞きしたことや、同庁の職員が作成した統計データを基に、モンゴル国の健康保険制度および同制度に関連する事情（政治・経済・行政・医療・社会）について明らかにしたものである。

人口約300万人のモンゴル国の健康保険制度は、国民全員が加入する国民皆保険制度となっている。旧社会主義国である影響から社会保障制度は国が用意すべきとの考えが根強く社会保険への親和性が高い。また、男性も女性も働くことが当然である社会のため、被扶養者の概念が日本と違い、保険料負担についても独自の方法を採用している。一方で、給付内容は、改善の余地が大きく、健康保険の財政を使うことで医療の発展を促進させる必要がある。

はじめに：執筆に当たって

著者は、2016年7月から2018年7月まで（山下）、2016年6月から2019年6月まで（菊池）とそれぞれモンゴル国ウランバートル市に滞在し、同国の労働・社会保障省の監督下におかれた社会保険庁において、JICA社会保険実施能力強化プロジェクト（SINRAIプロジェクト）を任されていた。このSINRAIプロジェクトは、年金実務に携わる職員の能力向上とともに、年金制度の企画立案に関する支援を行うことを目的としており、この目的を遂行するため、著者は、それぞれ2年間と3年間、同国で活動していた。モンゴル国では、健康保険、年金、雇用保険、労働災害補償および福祉について、保険

料を徴収し、それを財源として施策を運営しており、著者が滞在していた社会保険庁がその運営の中心を担っている。本レポートは、SINRAIプロジェクトでの活動を通じて得られた経験や知識を基にして執筆したものである。なお、執筆に当たっては、モンゴル国社会保険庁政策実施調査局オフィサーのエンフボロル氏¹⁾、同局調査課ポディゲレル氏およびIT局フレレル氏の他、SINRAIプロジェクトでアシスタントをしているボロルマー氏および現在人材育成奨学プログラム（JDS）で日本の大学に留学中のムンフバヤル氏に多大な支援をいただいている。紙面を借りて、彼女たちの尽力やエンフボロル氏たちを指導した国立社会保障・人口問題研究所の皆様にご礼申し上げます。

1. モンゴル国の状況

チンギス・ハーンが築いたモンゴル帝国や蒙古襲来、広大な大草原で知られるモンゴル国だが、訪れた方が少ないため、モンゴル国を詳しく知る方は少ないだろう。同国の健康保険制度

を紹介する前提として、同国の状況について、著者が経験したことも交えながらお伝えしたい。

(1) 人口

モンゴル国家統計局によれば、2018年における人口は323万8,479名（男性159万1,848名、女

図1 モンゴル国の人口推移（単位：千人）

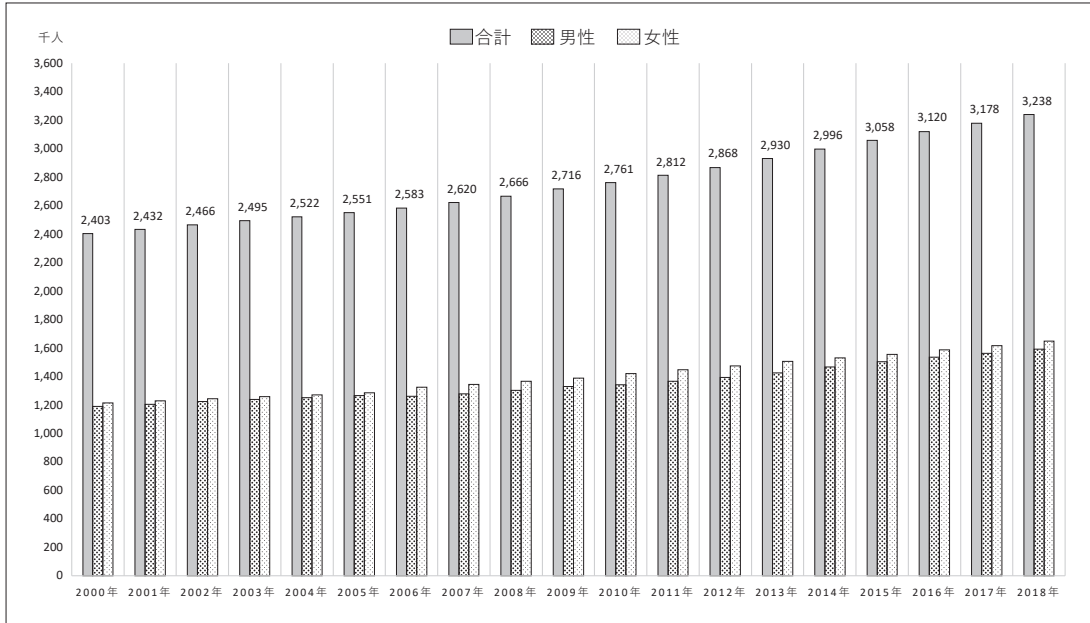
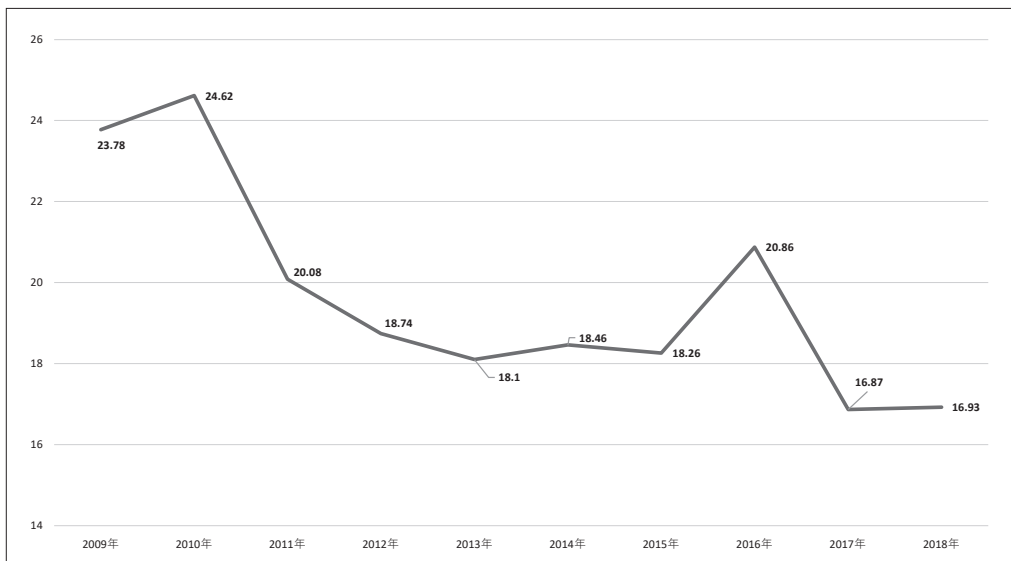


図2 モンゴル国における乳幼児死亡率の推移（出生1,000人当たり）



性164万6,631名)、出生数は7万7,527名、合計特殊出生率は3.16(2015年)である。また、65歳以上人口は12万7,941名、高齢化率は3.95%である。さらに、乳幼児死亡率は16.9(出生1,000人当たり)。平均寿命は男性が66.11歳、女性が75.78歳(2018年)である。乳児死亡率が高いため、平均寿命は日本より相当短い。今後、モンゴル国でも確実に高齢化が進んでいく。

さて、国が成り立つためには、人口の把握と徴税が不可欠であり、開発途上国の支援に当たっては、人口がどのように把握されているのか確認することは、当該国の行政能力を量る上で大変重要である。この点、モンゴル国は日本の国土の4倍という広大な土地をかかえながらも、1990年代初めまで社会主義体制を採用していたこと、南に巨大な国を抱えていること等から、人口の把握には特に力を入れている。現に、首都ウランバートル市から車で2時間程度かけて訪れた村役場²⁾にも、国家統計局の担当官が駐在しており、村民からの出生届や死亡届を受理し、中央へ報告する任務を誠実にこなしていた。聞けば、国家統計局では、すべての村役場から人口に関する届け出を受け付け、数値を中央でまとめており、人口動態についてはしっかりと把握しているという。

また、モンゴル国では、すべての国民が写真付きで個人番号が記載された国民IDカードを保有(駐在している外国人には写真付きの外国人登録証を交付)している。この国民IDカードは、税、社会保険(保険証としても使われる)、運転免許、学生証、商業の開業などすべての行政サービスの基礎となるものであり、国家登録局が管理している。

人口の約1割が遊牧民である(28万8,700人、2018年)モンゴル国では、住所を特定することが難しい。特に、社会保障を考える場合、国民の住所が把握できなければ、適切な行政を遂行できるのか疑問に思われるだろう。ところが、村役場は、遊牧民の厳密な所在場所までは把握できないものの、管轄行政区域内に所在する遊牧民を把握していることで、住所が明らかでな

い遊牧民であっても行政サービスを提供できるようになっている。実は、遊牧民は、好き勝手に移動しているのではなく、春、夏、秋、冬と移動しながらもその範囲はある規則に従っているのだ。このため、遊牧民の移動範囲は村役場の管轄行政区域内となり、管理可能である。現に、何らかのお知らせを伝えたい場合は、村役場にある遊牧民ごとに作られた伝達ボックスに投げ込んでおけば、何かの事情³⁾で村役場がある街を訪れた遊牧民にも伝わるという仕組みであった。このように、国民IDカードと村役場の機能を通じて、人口動態を把握するという国として必要な機能を果たしていることが分かる。

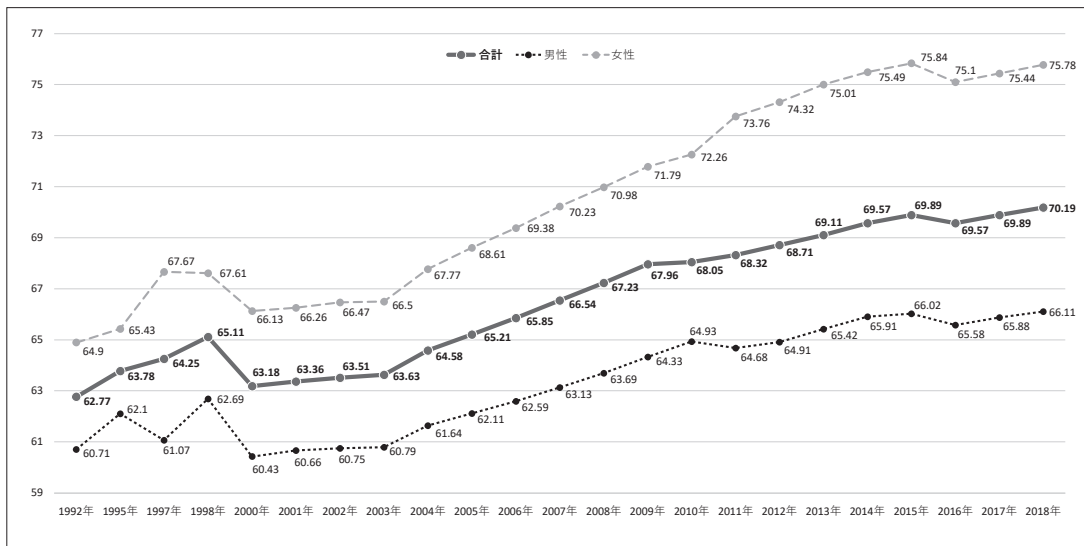
(2) 政治

世界で二番目に社会主義国となったモンゴル国だが、1990年代初めのソビエト社会主義共和国連邦の崩壊を契機に、現在は、自由主義国となっている。また、同時期に複数政党制となり、選挙を通じて国会議員が選ばれ、議会の多数派が内閣を組織する議院内閣制(一院制)を採用している。多数派を形成し、議会から指名された者が内閣総理大臣に選出され、行政の長として、国政を運営することとなる。また、大統領も選挙で選ばれる。大統領は国の象徴として国家的行事や儀礼的な外交を担うこととなっているが、内閣総理大臣と大統領の関係は、就任している者の人柄や政治状況に影響され、国政に関して大統領が一切口を出せないということではない。

選挙は、4年に一度行われる。前回の国会議員選挙は2016年であり、2020年夏に選挙が予定されている。また、大統領選挙も4年に一度であり、前回は2017年に行われた。なお、複数政党制になって以降、選挙のたびに政権交代が行われている。議席数が76議席あるが、現在は、65議席が与党で占められている。

さて、政治と行政との関係だが、表裏一体と考えるのが一番良いのかもしれない。日本では考えられないことではあるが、2016年の選挙では、政権交代後にすべての公務員が一旦解雇さ

図3 モンゴル国における平均寿命の推移



れている。すべての公務員というのは、事務次官や局長、課長だけでなく、係員に至るまでのすべての役職である。つまり、一度解雇され、改めて、担当大臣から事務次官や局長、本省課長、そして、実施庁の長官が任命され、その任命を待って、所属長が職員を公務員として採用・任命することとなるのだ。このため、情実人事が当然のように行われる。ある日、突然、担当局長が代わり、新しい局長が着任するため、私たちのようにモンゴル国政府を支援するプロジェクトを運営している者としては、カウンターパートとの間の人的関係を構築するのは大変苦労する。また、局長を更迭された者が、平の係員や専門官になることもある。どの省庁であっても、欧米や日本などで最新の学問を学んできたという理由で、または、政治家に頼み込んで、局長や課長の職を得て権限を行使することが行われている。

(3) 経済

人口が300万人程度の国では、国内総生産で経済規模を把握するよりは、国民一人当たり所得で見た方が良いかもしれない。2018年の一人当たり国民所得は、約4,000ドルであり、ベト

ナムやインドネシアと同じ中所得国とみることができる。他方で、遊牧民をはじめとして貨幣が流通しない経済取引もあり、数字よりは豊かな国と考えるべきではないかと思う。広大な草原には、牛や山羊、羊が放牧され、それらが生み出すもので生活している遊牧民は、首都ウランバートル市で生活している者よりもはるかに豊かである。また、国土から得られる鉱物資源は多大な富を国にもたらしている一方、鉱物資源価格が経済や財政を左右することにもなる。ちなみに、鉱物資源を採掘する資源メジャーに関わる者の給与所得は一般の平均所得よりもはるかに高く、鉱物資源を採掘するために出来上がった都市（オルホン県エルデネット市）の平均給与所得は、首都ウランバートル市よりも1割程度高い⁴⁾。

また、中所得国になった国が必ず直面している問題として、貧富の格差がある。モンゴル国も自由主義経済を採用して以降、都市部では貧富の差がどんどん広がり、社会問題となっている。首都ウランバートル市にも高級ブランドの化粧品や衣料品を販売する店舗があり、たくさんの富裕層が購買している一方で、アパートメントにも住めない者は、市街地を取り囲むよう

にびっしりと家屋や遊牧民が住む移動式のテント（ゲル）を建て⁵⁾ 家族みんなで暮らしている。また、ゲルも購入できない場合は、マンホールの中で暮らす者もある。首都ウランバートル市は盆地のため、周りが山々に囲まれている。このため、冬は風もないのだが、これが災いし、ゲルから排出される石炭⁶⁾ が大気汚染を引き起こしている。冬は、日も短く、暗いし、寒いのだが、一番つらいのは、煙いことで、マスクをしないと咳込んでしまう。現に、小児の疾患で呼吸器疾患が急増している。貧富の格差が引き起こす公害対策は、政権の重要課題の一つとなっている。

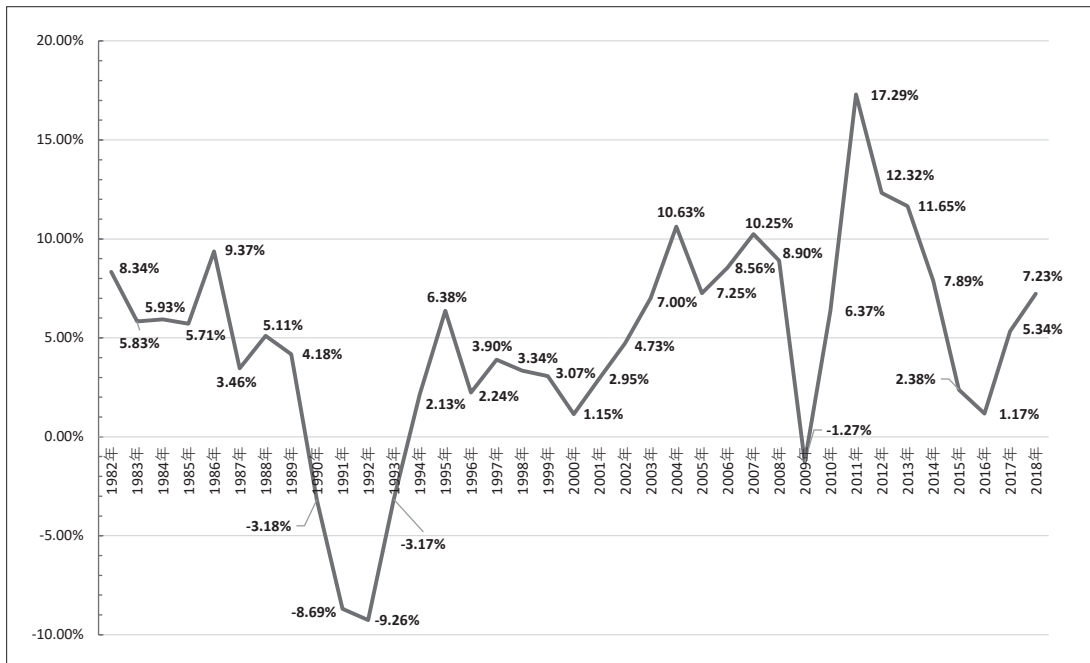
(4) 社会

1990年代初めまで約70年間、社会主義国だったモンゴル国では、老後の所得保障や病気・ケガによる貧困防止にとりわけ強い関心がある。特に、社会主義時代に社会で活躍していた年齢層（50歳以上）⁷⁾ では、国は社会保障に力を入れるべきという考えが非常に強い。また、社会

主義国から自由主義経済体制に移行した1990年代に経済や社会の混乱があったモンゴル国では、国は人々の生活を保障し、医療や教育などはすべての国民に公平に提供すべきとの考えが強い。その一方で、こうした混乱を経験していない若い世代は、国が様々なことに関与し意味のない規制を設け、社会の活力を奪っていることに疑問を持っている者が多い。特に、欧米で新自由主義の考えを得た留学組は医療や教育についても所得によって違いがあることは当然との意見が強い。

日本と比べ、人口に占める若い世代が高い割合であるため、政府の役職も若い世代が占めることが多い。現に、私たちのSINRAIプロジェクトを監督する労働・社会保障省の政策局長は30歳代であった。若い世代が国を動かす重要な判断をするポジションを占めていることに、驚きとともに、こうした若い世代が活躍している社会に活気を感じる。同時に、こうした30歳代、20歳代の若い世代は、自ら行動することで、社会のありようを変えようと任意のグループを形

図4 モンゴル国のGDP成長率（前年比）



出所：World Development Indicatorsより菊池作成

成して社会活動を担ってもいる。子育てをし、仕事もし、そして、休日や夜に社会活動にも力を注いでいる若い世代の行動力に、モンゴル国の未来が明るく期待できると確信している。

(5) 医療事情

モンゴル国の医療事情は、残念ながら総じて貧弱である。国立大学には医学部はあるものの、附属病院がなく⁸⁾、臨床は医師免許を取得してからの実践を通じて学ぶ。医師免許の国家試験も心もとなく、聞いたところによれば、試験は一年間に数回行われており、試験問題も使いまわしをしているという。このためなのかどうか、人口1万人当たりの医師数は日本よりも多い。

医療提供体制については、国立病院を中心に、初期の対応、入院医療、高度な医療と三段階に分けて地域、県、そして、県を越えた広域ブロックという体制を構築している。この点は、社会主義時代の良きなごりかもしれない。一方で、国立病院の運営は、保健省からの予算であり、予算がなくなると診療の提供ができなくなるという問題を常にはらんでいる。2018年には、低すぎる医師の給与を引き上げるべきというデモやストライキが発生するなど、国立病院の医療現場は荒廃している。これに対して、民間病院は、独自に価格を設定し、診療収入を得ており、総じて好調である。特に、企業の従業員に対して健康診断を行うことで、企業から一定の収入を得るなど、上手に経営している。

臨床の現場だが、JICAの青年海外協力隊として各国立病院に派遣された看護師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの医療職の話聞く限りでは、看護記録を通じて引き継ぐという概念がない、リハビリテーションという考えがないなど、改善の余地が大変多いという。青年海外協力隊で活躍する20歳代、30歳代の日本の若者がモンゴル国の医療現場で看護記録のつけ方を教え、手術後すぐにリハビリテーションを行うことの臨床的意義を伝えることで、一つひとつ医療を良くしていることを聞くと頭が下がる思いだ。

2. モンゴル国の健康保険制度

モンゴル国の健康保険制度は、国民全員が加入する国民皆保険制度となっている。もともと旧社会主義国であるモンゴル国は、社会保障制度は国が用意すべきとの考えが根強い。また、旧社会主義国では当然のことなのだが、一定の年齢になれば、男性も女性もどちらも働くことが一般的であるため、基本的に被用者保険である社会保険に加入することとなる。一方で、①18歳未満の子ども、②年金受給者、③軍人、④所得が低いなど福祉的措置が必要な者については、国が保険料を担うこととしている。なお、遊牧民、自営業者、学生および無職の者については、1%の保険料率（国が定める最低賃金額に対する率）で保険料を支払う。モンゴル国では、特に、子どもが多いため、加入者に占める政府負担分の者の割合は50%を超えている(2018年は54.5%)。こうした仕組みを通じて、モンゴル国では、国が運営するこの健康保険制度に国民すべてが加入する国民皆保険制度が構築されている。

なお、日本で良く言われる「被扶養者」という概念だが、モンゴル国にはない。そもそも「被扶養者」という言葉がないのだ。繰り返しになるが、社会主義国であった当時から、成年になれば誰もが働くことが当然とされていた。このため、日本のように「専業主婦」というステータスはない⁹⁾。また、年老いた親を兄弟姉妹で支えるという文化は日本同様あるが、世帯としては別で、被扶養者という概念で捉えておらず、子ども世代の世帯が皆でサポート¹⁰⁾している。

また、被用者と自営業者が同じ社会保険制度に加入できるのかという問題（給与所得として把握できる被用者と売り上げから費用を引いた収益から収入が計算される自営業者では、所得の捕捉が全く違うという問題）については、モンゴル国でも同様に存在するが、同国では、日本のように被用者保険と国民健康保険という二本柱になっていない。つまり、自営業者も被用者と同様のルールで保険料を自ら納付¹¹⁾する

仕組み（後述）となっている。

(1) 保険料の設定

モンゴル国の健康保険制度は、決められた保険料率（4%）を給与にかけた金額¹²⁾を、労使折半（自営業者の保険料率は1%）で納付することとなる。保険料の算定の基礎となる対象給与額だが、下限は最低賃金額42万MNTであり、上限額は420万MNT（2020年1月現在）¹³⁾である。なお、自営業者の保険料額は、最低賃金額に保険料率をかけた金額となる。また、日本のように勤務時間で正規職員かパート労働者かと分けておらず、人に雇われて給与が支払われているのであれば、基本的にはすべて保険料を納付しなければならない。

保険料の納付については、全国に21ある県の県庁所在地に置かれた社会保険事務所（加えてさらにウランバートル市内には9箇所）に毎月納付することとなる。なお、モンゴル国の社会保険は、健康保険、年金、雇用保険、労働災害補償および福祉を総合して取り扱っているため、保険料もすべてまとめて徴収し、その後、それぞれの社会保険ごとに設けられた会計に区分して管理されている。

(2) 健康保険の財政

健康保険制度の財政は、黒字である。全国から毎月納付される保険料が中心となって運営されているが、支出が少ないため、財政的には黒字で推移¹⁴⁾している。黒字で推移している理由は、次で説明する給付とも関連しているが、①高齢化率が3.95%と低く医療の支出がそれほどないこと、②加入者が受診できる医療機関が居住地で限定されており、結果的に健康保険で給付される医療機関を受診できていないこと（後述）、③給付する薬剤も限定的であることがあげられる。

健康保険の財政で思い出されるエピソードとしては、あまりにも財政が豊かなため、健康保険の会計の余剰金を使い、病院を建設してはどうかと労働・社会保障大臣より打診があったこ

とだ。余剰金が膨れあがってくれば、こうした要望が出てくることは仕方の無いことではある。しかし実態は、健康保険の資金が既存の医療機関に行き渡っていないために起きていることであるため、病院の建設よりも既存の医療機関に健康保険が適切に行き渡る施策を先に考えるべきと助言した（後述）。

(3) 給付

給付については、先述のとおり、限定的であり、集めた健康保険の保険料が医療の発展に有効に使われているとは言い難い状況である。

その理由は、加入者が受診できる医療機関が加入者の居住地に所在する国立の医療機関¹⁵⁾に限定されているからである。しかも、この国立の医療機関は、外来患者があふれかえっており、仕事をしながら子育てもしている年齢層にとっては、待ち時間が大変長く、使いづらい。このため、現役で働いている者の中には、民間の生命保険に加入し、その生命保険が提携している民間病院に通院している者もいる。国立の医療機関に外来患者があふれかえている理由としては、①国立の医療機関であれば、医療費が無料であること、②病院運営が、患者目線ではなく、運営する職員の都合で構築されており、患者を捌き切れていないこと、③健康保険の給付対象となる医療機関は、国立の医療機関に限られており、民間病院には開かれていない¹⁶⁾ことがあげられる。

薬剤については、疾患ごとに健康保険の対象となる薬剤が決められている。このため、薬剤費が多額な肝炎¹⁷⁾については、患者団体が組織され、特定の薬剤を健康保険の給付対象にすべきとの議論が常にある。これについては、著者の在任中に一部の肝炎の薬剤が健康保険の対象となったところであるが、①対象となっても供給できる薬剤がそもそも少ないこと、②給付対象となる患者を特定しなかったため、患者ではない加入者も入手できたこと、③医師の処方箋なく患者が薬局で購入できる医療システムとなっていること等から、多くの加入者が薬局に

並び、買い占めるだけに終わり、本当に必要な患者に届いているかどうか疑わしい事態になっている（モンゴル国でも処方箋がなければ購入できないという医薬品がある。一方で、日本では処方箋がなければ購入できない医薬品が購入できる場合もある）。

このように、モンゴル国の健康保険制度の給付については、未成熟であるため、集められた保険料が有効に活用されているとは言い難い。特に、国立の医療機関と民間病院との間で給付に差を設けているため、結果的に所得の低い者は国立の医療機関へ、中間所得層は民間病院へ流れている。さらに悪いことに、富裕層は外国の医療機関¹⁸⁾を受診しており、患者からの診療費や健康保険の保険料がモンゴル国の医療の発展に使われていないことが非常に残念である。

3. アジアの社会保障制度の未来

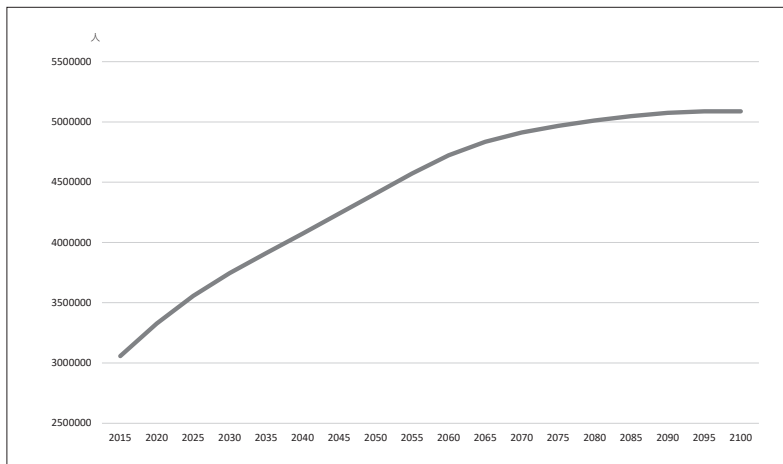
生まれた国がどこであれ、生活していく上で、出産、老齢、病気・ケガ、死亡という人生で起るリスクは同じように存在する。そして、このリスクにより、家族も含めて生活環境が激変し、貧困に陥る可能性が高まることも同様だ。健康保険制度をはじめとする社会保障制度は、こうしたリスクに対して社会全体で備えるとい

う現代の各国になくてはならない仕組みである。他方で、社会保障制度は、導入する国の社会や文化、政治経済等に大きく左右されることも確かである。これまでの説明でモンゴル国の健康保険制度だけでなく、モンゴル社会や文化も垣間見られたのではないかと思う。私たちがSINRAIプロジェクトを通じて経験したことは、世界各国で普遍的な社会保障制度の考えを広めることであり、かつ、駐在する国の社会や文化を学ぶことでもあった。

こうした中、駐在中に体験したことを3つお伝えして、開発途上国での社会保障制度の構築が如何に重要か理解していただき、今回のレポートのまとめとしたい。

第一は、健康保険制度は、所得の有無にかかわらず、平等に医療を受けることができる路を開くことに直接的に寄与していることである。残念ながら、開発途上国では、良い医療を受けたいと思えば、まとまった資金が必要となる。モンゴル国でも薬局の隣に質屋があるくらいで、質屋に聞くと、まとまった資金として必要とするのは、第一は治療のため、第二は子どもの学校のためであった。今は、日本では空気のように感じられている健康保険制度であるが、1950年代の日本でも資金がなければ医者に診てもらえないことがあったのである。その不幸な経験

図5 モンゴル国における人口推計¹⁹⁾

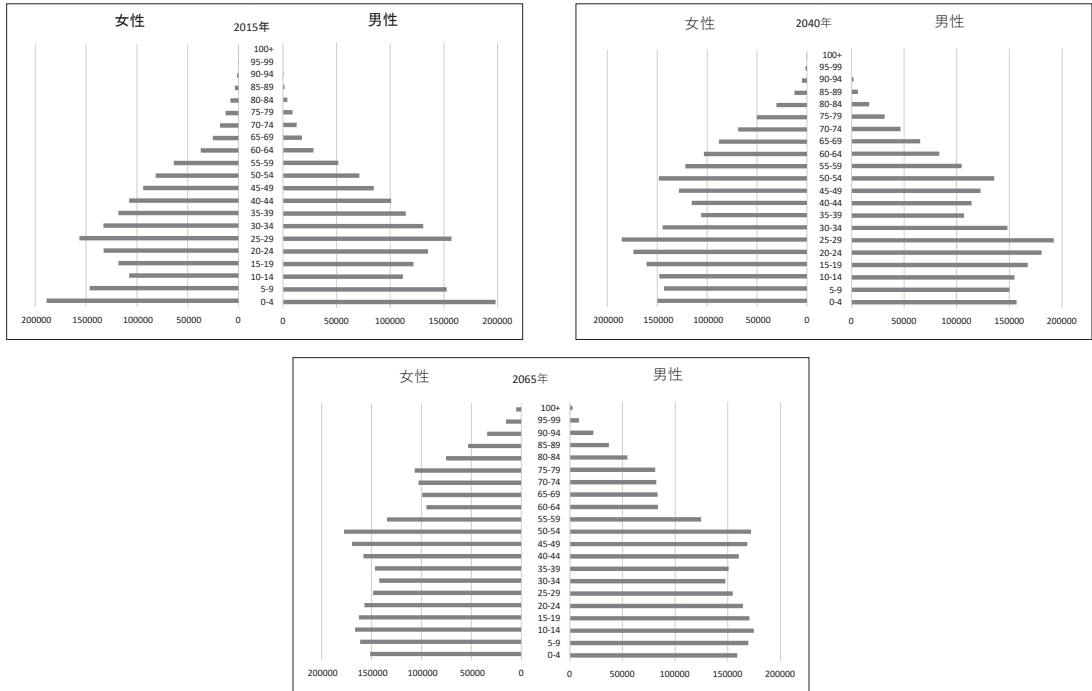


出所：モンゴル社会保険庁作成

が国民皆保険制度を構築した原動力になったのは間違いがないが、同じことは今もアジア各国で

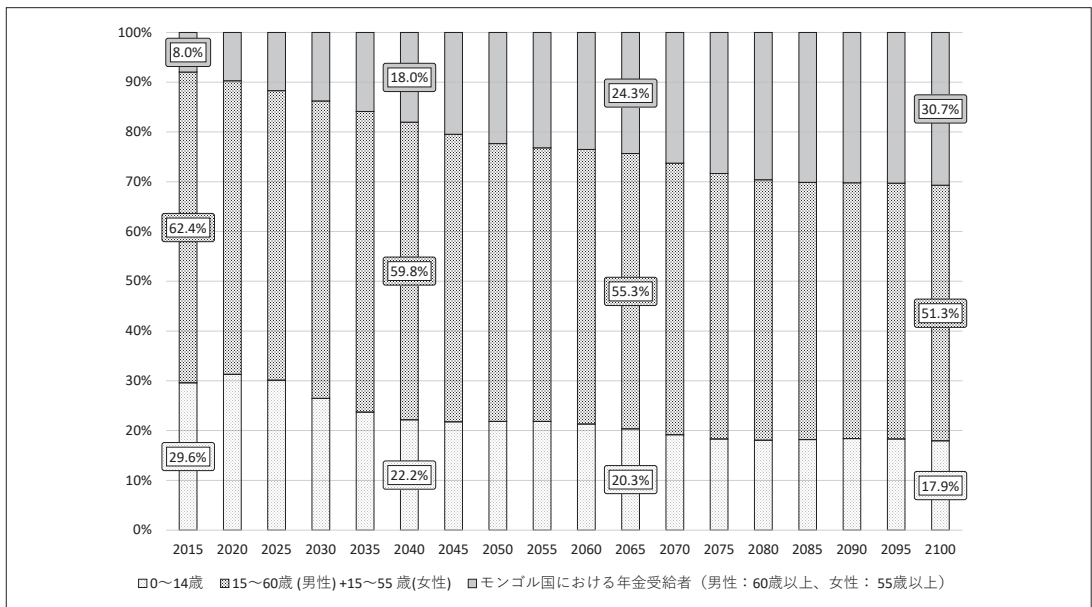
起きており、私たちの経験が役に立つことをお伝えしたい。

図6 モンゴル国における男女別・年齢階級別の人口推計



出所：モンゴル社会保険庁作成

図7 モンゴル国における年齢構成比の推計



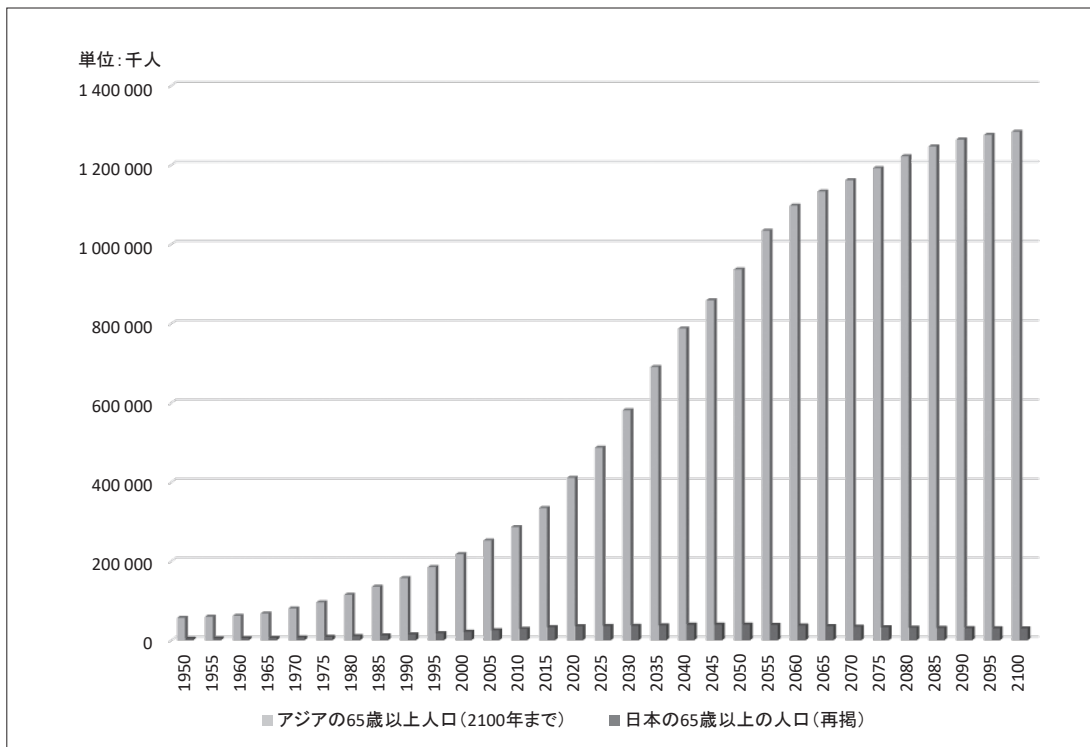
出所：モンゴル社会保険庁作成

第二は、アジアの社会保障制度の構築は日本のためにもなるということである。モンゴル国に駐在して一番驚いたことは、日本の中古車が至るところで走っていることである。聞くところによれば、10年前は韓国車が占めていたが、冬に氷点下40℃以下になるモンゴル国では韓国車ではエンジンがかからないことをはじめ、故障も多いことから、日本の中古車に替わったとのこと。今後、社会保障制度の構築により、モンゴル国でも中間所得層が増えていけば、購買力旺盛な中間所得層が日本の中古車から日本の新車に買い換えようとするだろう。人口減少が続く日本では、国内市場の縮小が経済にマイナスの影響を及ぼしていると言われていたが、アジア各国で中間所得層が増えていくことにより、日本の国内市場の縮小以上に新たな市場が創出されることとなる。アジアの社会保障制度の構築は日本の経済にも大変有効であることを強く

訴えたい。

第三は、アジアの高齢化が急速に進むため、日本での経験が大変役立つということである。モンゴル国に駐在して感じたことは、高齢化率が低く、子どもが多い²⁰⁾ことだ。日本に言い換えれば、団塊の世代が子ども時代だった状況を追体験しているようなもの。このため、団塊の世代が後期高齢者になる日本から見ると、今後、この多くの子どもたちがどのように成長し、社会がどうなっていく、そのための社会保障制度をどのように整備していかなければいけないか、手に取るように分かるということである。アジア各国から見ると、人口動態でいえば、日本は未来の国である。日本の社会保障制度の歴史は、アジア各国でいえば、これから起きる未来であるともいえる。国連が推計した人口動態をみると、2080年にはアジアの65歳以上人口は12億人を超える(図8参照)。そうすると、現在、

図8 アジアの高齢者の数(2100年まで)



出所：World Population Prospects: The 2017 Revision; United Nations Population Division

日本の市場で売られている高齢者関連のモノやサービスがアジアでも確実に必要とされる商品になるということではないだろうか。私たちは、社会保障制度の構築とともに、高齢化の市場を先取りするアドバンテージを持っているとも言えるだろう。

健康保険制度を含む社会保障制度の構築こそ、これから高齢化に向かうアジア各国にとって必要不可欠なことであり、わが国が貢献できることでもある。道路整備や架橋、港湾整備といったインフラストラクチャーの構築は、目に

見える貢献として日本の外交に今でも大いに役立っている一方で、社会保障制度の構築は目に見える貢献とは言い難く、外交として関わりにくいという問題はあるだろう。しかし、アジア各国への支援として、社会保障制度の構築は、長くその国の経済社会の基盤を創るものであり、裨益する効果もその国の国民全体におよぶ大変重要な課題である。

こうした開発途上国に係る大きな課題に携われたことは大変ありがたいことである。一方で、この経験は、私たちだけでなく、今、健康保険

表1 モンゴル国の医療事情（※記載のないものは2018年の数値）

- 1) 人口：323万8,479人
- 2) 出生数：7万8,444人
- 3) 合計特殊出生率：3.16（2015年）
- 4) 死亡数：1万7,864人
- 5) 高齢化率：約3.95%（65歳以上の人口12万7,941人）
- 6) 乳児死亡率：13.4
- 7) 乳幼児死亡率：16.9
- 8) 首都ウランバートル市での平均給与月額：111万9,700MNT
- 9) 医療費の対GDP比率（WHO調査）：4.7（2014年）
- 10) 人口1万人当たりの医師数（WHO調査）：28.866（2016年）
- 11) 病院数：2,161（国立の専門医院やソム病院²¹⁾、クリニックを含む数）、1,583（私立の医療機関数）
- 12) 病床数：2万4,884床
- 13) 悪性新生物による死亡者数（1万人当たりの人数、部位別）：14（合計）、5.8（肝臓）、0.5（子宮頸）、2.2（胃）、1.4（肺）、1（食道）、3.1（他）

出所：9および10を除き、出所はすべてモンゴル国家統計局資料

制度を含めた社会保障制度に関わるすべての者がアジアの社会保障制度の発展に活躍できることでもある。高齢化の先頭を走る私たちだからこそ有するノウハウをアジア各国と共有することで、アジアとともに日本も発展する路を開いて行ければ幸いである。

注

- 1) 同氏は、SINRAIプロジェクトの支援の一環として、2019年5月から6月までの1か月間、日本の国立社会保障・人口問題研究所に在籍し、年金数理や統計整備の実務基礎を学んだ。なお、時期は異なるものの、ボディゲレル氏およびフレル氏も同様に学んだ。
- 2) モンゴル国の道路事情だが、すべての県庁所在地が舗装された道路で結ばれていない。当然のことながら、県庁所在地と村役場との間も舗装道路で結ばれているところは珍しい。
- 3) 自給自足の生活をしている遊牧民だが、保有しているオートバイの燃料の購入、子どもの教育などで村役場のある街を頻繁に訪れている。また、春には羊毛やカシミアヤギからとれるカシミアを仲買人に売却するため、ある特定の時期に必ず街を訪れる。社会保険事務所の職員は、この時期を狙って、年間分の保険料を徴収している。
- 4) 開発途上国では、一般的に産業が集積している首都およびその近郊の都市の平均給与所得が高い。これに対し、モンゴル国では鉱物資源を採取する地方都市の平均給与所得が高くなっている。
- 5) 本来は移動式テント(ゲル)であるが、定住している。定住している当該地域は、電気やガス、水道といった生活に必要なインフラストラクチャーが布設されていないため、村々で井戸を掘り、排泄物の処理も自前で行っている。
- 6) 冬はマイナス40℃以下になる首都ウランバートル市では、発電所から生み出される廃熱から水を温め、アパートメントに供給している。このため、部屋の中は20℃くらいでとても暖かい。一方で、アパートメントに住めない者は、移動式テント(ゲル)や自ら立てた簡易的な家屋で暮らす。ここでは、暖をとるため、石炭を燃やすが、その煤塵が首都ウランバートル市の大気汚染を引き起こしている。
- 7) モンゴル国では、1990年代はじめに社会が大きく変化したため、年齢によって考えが異なる。例えば、社会主義時代の学校教育は第一外国語がロシア語であったこともあり、40歳半ば以上の者はロシア語が堪能である。一方で、この年代で英語を操る者は少なく、英語を苦にしない世代は、30歳代かそれよりも若い世代になる。
- 8) 2019年にJICAの支援により医学部附属の教育病院を開設した。こうした支援を通じて、モンゴル国の医学と臨床教育の発展を願っている。
- 9) 参考までに言うと「専業主婦」という言葉もない。
- 10) 参考までに、モンゴル国は、長子相続ではなく、末子相続である。
- 11) 被用者は雇い主である事業主がまとめて納付している。
- 12) 日本のように保険料徴収事務の効率性から、報酬月額に等級を定め、いくらからいくらまでの間はどの等級かとし、その平均の標準報酬額に保険料率を掛け合わせて納付額を算出する標準報酬月額制度を採用してはいない。
- 13) モンゴル国の通貨単位は、トゥグルク(MNT)。モンゴル中央銀行2020年1月8日付けレートでは、1円=25.25MNT。計算すると、1MNT=約0.04円となる。
- 14) その一方で、年金制度については、その年に徴収した保険料でその年の年金給付を賄うこととしている。このため、将来の高齢化に備えられておらず、年金の財政見通しは厳しい。
- 15) 国立の医療機関の所管は、基本的に保健省である。その他、所属省庁ごとに勤務する公務員の職員とその家族に対して創られた医療機関(例：警察病院、軍人病院など)もある。なお、医療提供体制の構築は保健省、健康保険の運営は労働・社会保障省と分かれている。
- 16) 一部の給付(治療)については、民間病院も対象となっている。
- 17) モンゴル国では、肝炎の患者が大変多い。予防注射の使い回しの他、昔の風習による感染が指摘されている。
- 18) 外国の医療機関の候補としては、韓国、中国、日本、欧米の医療機関となっている。
- 19) 図5～図7の推計の作成は、JICA社会保険実施能力プロジェクト(SINRAIプロジェクト)の支援により、国立社会保障・人口問題研究所にて一か月間の研修を受けたモンゴル社会

-
- 保険庁の職員（ボディゲレル氏、エンフボロル氏およびフレル氏）によってなされたものである。
- 20) 子どもが多いため、学校の整備が追いついていない。このため、学校の教室を朝のクラス、昼のクラスそして夕方のクラスと一日で三回転させている。こうすれば、一人の先生が3つのクラスを受け持つことができ、子どもも初等教育を受けることができる。
- 21) モンゴル国の地方行政区分は、アイマグ（県）、ソム（郡） およびバグ（村）となっている。初期の対応はソムの病院・診療所が担い、入院医療は、県の病院が担っている。

特集：アジア諸国の公的医療保障制度・介護保障制度について ②

ベトナムにおける医療保険制度の骨格

アジア経済研究所 (IDE-JETRO)
 研究員
 寺本 実
 Teramoto Minoru

2008年に初めての医療保険法が制定されたベトナムでは、国民皆保険の実現を目指して医療保険制度の普及が進められている。その制度設計では、現物給付形式が採用されており、初診を受診する医療機関をあらかじめ登録する方式がとられている。また、経済的に貧しい家族の構成員が無償で参加できるなど、社会扶助政策としての性格も有している。

はじめに

毎年のべ120万人超の日本人とベトナム人が互いに両国間を行き来する時代を迎えた (Sai Gòn Giải Phóng, 2019年11月13日付)。日本の厚生労働省による「外国人雇用状況」の届出状況まとめ (2019年1月25日付) によると、2018年10月末現在で日本在住のベトナム人労働者は31万6,840人と、中国人の38万9,117人に次いで2位となっている。

そのベトナムの人口は、2018年暫定値で9,466万6,000人、合計特殊出生率は2.05、平均寿命は73.5歳 (男性70.9歳、女性76.2歳) である¹⁾。15歳以上の労働力人口は5,535万4,200人 (2018年暫定値、1,496万5,600人が50歳以上) で、人口の約58.5%を占める²⁾。

ベトナムは2008～2009年には低位中所得国入りを果たした。持続的な経済成長とともに都市化が進んでおり、都市在住者は2010年に人口比約30.5%であったが、2018年 (暫定値) には約35.7%に上昇した³⁾。そして、ジニ係数は0.424 (2018年暫定値)⁴⁾ と、格差の広がりが懸念される段階に入っている。

本稿の構成は、以下の通りである。最初にベ

トナムの小史を記し、ベトナムの歩みについて少し紹介する。そのうえで、医療保険法制定の背景について述べ、現行の公的医療保険制度の骨格について考察する⁵⁾。そして、最後に若干のまとめと展望を付す。

1. ベトナム小史

—戦後の歩みとドイモイ—⁶⁾

1975年4月30日、ベトナム戦争が終了した。同戦争は、ソ連と中国などの支援を受けたベトナム共産党率いる北ベトナムと解放勢力側が、アメリカなどの支援を受けた南ベトナムに勝利した。

1976年4月に行われた選挙を受けて、同年6～7月に南北統一国会が開催され、現在のベトナム社会主義共和国が成立した。この時、ベトナムでは、資本主義的発展段階を経ないで社会主義に直接移行することが構想されていた。そのため、当初の国作りの中心的課題は、社会主義的工業化 (高度成長をとまなう重工業化) の短期達成にあった。

ベトナムは、戦後の国作りにおいて、ソ連・東欧、中国だけでなく西側諸国からも支援を得

ることができると考えていた。しかし、ポル・ポト政権による度重なる国境侵犯とベトナム住民大量殺害への対応のため、1978年12月、カンボジアに侵攻する。1979年1月にはプノンペンを占領し、新たにカンブチア人民共和国が設立された。ベトナムは、これ以降国際社会で孤立する。1979年2月には、「懲罰」と称して中国軍がベトナム北部国境沿いから侵攻を開始し、中越戦争が勃発した。

このような国際環境の変化、ソ連・東欧支援の有償化・借款化、自然災害の発生などによって、ベトナムの当初目標の実現は、困難になった。

またこうしたなか、ベトナム当局は、戦時中から続けてきた生産や生活物資を国家が管理し、廉価な価格で労働者・賃金生活者に配給する制度を維持しようとした。しかし、この制度は外国援助と、戦時中にベトナムの人々の間に存在した強い連帯感に支えられていた。そうした条件が失われた状況下では、前記のような国家丸抱え制度は、国家財政赤字を膨張させるだけであった。

1980年代前半には、国家自体が破たんへの危機に瀕する事態を迎え、1985年後半、当局はついに「配給制度の廃止」を断行する。配給価格をなくし、価格体制の一本化を図り、生活必需品の購入に必要な分を賃金に繰り入れる措置をとったのである。そして、併せてデノミを実施し、新通貨を発行した。

その結果、ベトナム経済は、極端なインフレに直面することになる。ベトナム当局は、国家による重要商品の把握、価格の決定という計画経済の根幹部分を維持したまま、前記施策を実行に移した。それに加え、デノミや新通貨発行は、「通貨」に対する国民の不信を助長し、「モノ」の価値をさらに引き上げる結果になった。

1986年12月、こうした予断を許さない時期にベトナム共産党第6回党大会が開催された。党大会は、5年に1度開催され、以降5年間の政治・経済・社会・対外関係における基本方針を定める機会である。この党大会で、ドイモイ (đổi mới) 路線 (「ドイモイ」はベトナム語由来の

言葉で、直訳すると「新しく変える」という意) が採択される。具体的には、以下のような方向性が定められた。

第一に、歴史的過程に対する認識を、社会主義を建設する過程は比較的長期の過程であると改めること。

第二に、民生の安定を優先し、農業を重視するなど現実的な経済建設を追求すべきこと。

第三に、現段階では市場経済原理を採用し、多セクターからなる混合経済体制をとるべきこと。

第四に、国際分業に積極的に参加して、初めて経済発展を達成しうること。

このように、行き詰まった従来路線からの方向転換が第6回党大会で決められたことによって、現在に至る改革路線への道筋が開かれた。

その後、1989年3月に開かれた第6期第6回党中央委員会総会までに、市場メカニズムにもとづく価格形成などについて党内で方針が固められる。

この流れを受け、1992年4月、第6期第8回国会において、「国家の管理を伴った市場経済メカニズムに従った多セクター商品経済」の発展について定めた1992年憲法が制定された。その直前の憲法である1980年憲法は、「国家はお金を支払う必要のない診療制度を実行する」(61条)と定めていたが、こうした記述は削除された⁷⁾。

そして、経済の回復基調を背景として、臨時党大会 (1994年1月)、第8回党大会 (1996年6月末～7月初め) が開かれ、本稿執筆現在まで続く工業化・近代化推進路線が採用される。また、2020年までに基本的に工業国になるとの目標も定められた。

2001年11月には、党政治局が、国際経済参入に関する決議を出し、国際経済参入に向けた準備に本腰を入れることを明確化した。

対外関係では、1978年12月のカンボジアへの侵攻以降悪化していた西側諸国、中国、東南アジア諸国との関係が、1989年9月のカンボジア駐留軍の撤退完了とこれに続く1991年10月のカンボジア問題に関するパリ和平協定の成立により、改善に向かった。

ベトナムは1992年7月に東南アジア諸国連合（ASEAN）のオブザーバー資格を得て、1995年7月には正式加盟を果たした。そして1994年2月の対ベトナム経済制裁解除を経て、ASEAN加盟と同じ1995年7月にアメリカとの国交正常化も決まり、2000年7月には、越米通商協定を締結した（2001年12月発効）。

そして、1995年に加盟申請をして以来、11年超に及んだ世界貿易機関（WTO）加盟交渉が2006年11月に妥結した。翌2007年1月、ベトナムは正式にWTO加盟国となり、2009年までに低位中所得国入りを果たす。

その後、2011年1月に開かれた第11回党大会で、物的資本投入に依拠する従来の経済成長モデルから、労働生産性と技術レベルの向上に基づく経済成長への新たな転換を目指す方針が決められた。新たな変革（第2のドイモイ）⁸⁾への挑戦である。

工業化・近代化、国際参入を推進し、工業国となることを目標に掲げるベトナムは、伝統・文化の維持、保全に留意しながらも、工業国になること、そして、それに伴う「産業社会」形成への道を歩みはじめています。

2. 医療保険法制定の背景

前節では、ベトナム戦争後のベトナムの歩みを概観した。本節では現在の医療保険法が制定された背景について、少し見ておきたい⁹⁾。

ベトナムでは、2008年11月14日、第12期第4回国会において初めての医療保険法（2009年7月1日に発効、以下2008年医療保険法）が可決された。その後、2014年の第13期第7回国会で2008年医療保険法に対する修正・補充案が可決された（2015年1月1日発効、以下2014年修正補充医療保険法）。

その背景には、以下のような流れがあった。

2000～2005年の平均成長率が約7.4%を記録するなど、持続的な経済の発展を背景に、2000年代半ばから2010年にかけて、ベトナムでは福祉関係法制度の整備が進められた。具体的に

表1 2004～2010年における社会保障・社会福祉関連法の位置づけ格上げの動き

直前の有効法	2004～2010年の格上げの動き
子どもの保護・養護・教育法（1991年）	→子どもの保護・養護・教育法（2004年）
高齢者法令（2000年）	→高齢者法（2009年）
障害者法令（1998年）	→障害者法（2010年）
社会保険条例（1995年* 2003年に修正・補充）	→社会保険法（2006年）
医療保険条例（2005年）	→医療保険法（2008年）

（注）括弧内は制定された年。

出所：法文書に記された情報などに基づき、筆者作成。

は、ベトナム国会は、子どもの保護・養護・教育法（2004年）¹⁰⁾、社会保険法（2006年）¹¹⁾、医療保険法（2008年）¹²⁾、高齢者法（2009年）、障害者法（2010年）を相次いで、可決した。このうち特に社会保険法と医療保険法はベトナムの社会保障制度のコアとしての位置づけを持つ。

これにより、それまで国会常務委員会が制定する法令や政府が定める政府議定に基づく条例という形で対応されてきた社会保障・福祉分野の基本法制度が、法的位置づけの最も高い通常国会で制定される法律にしたがって運営されることになった（表1）。このことは、社会保障・福祉領域の問題の国家諸政策内における位置づけが、最上位に引き上げられたことを意味する。

さらに、2013年11月28日に第13期第6回国会で可決された2013年憲法（2014年1月1日発効）では、「公民は社会保障（an sinh xã hội）を保全される権利を持つ」（34条）と定められた。ベトナムの憲法で「社会保障」という用語が用いられたのは初めてのことであった。このことは、ベトナムにおける社会保障・福祉政策の位置づけが、国家による諸施策の重要度において最高レベルにあることをさらに明確に示すものであった。

3. ベトナムの医療保険制度の骨格

本節から、ベトナムの医療保険制度の骨格について見るが、そのためにはまずベトナムの公

的診療体系の概要について記す必要がある¹³⁾。

(1) ベトナムの公的診療体系

診療法（2009年）第81条によれば、ベトナムの国家診療体系には中央、省レベル、県レベル、社レベルという、ベトナムの行政級に沿った四つのレベル（tuyến）がある（図1参照¹⁴⁾。そして、上級の診療機関は、下級の診療機関に対し、専門上の指導、補助を行う責任を持つ。

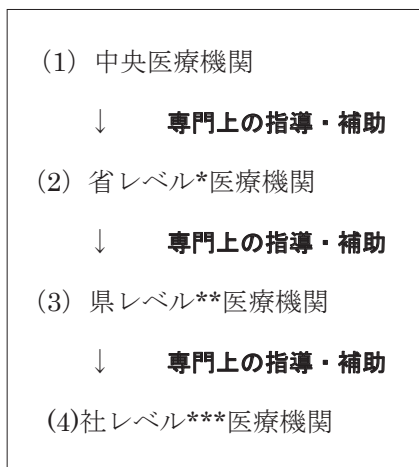
基本的には、末端地方行政級である社レベルには病気の子防、一定の診療、保健活動などを

行う診療所（trạm y tế）が設置される¹⁵⁾。そして、県レベル以上については、専門科、手術室、臨床分析検査室など、本格的な診療施設を備えた「病院」（bệnh viện）が設けられる。

例えば、患者が医療保険診療に伴う初診の受診登録（後述）をした当該診療所で診察を受け、同診療所で対応困難と判断された場合、同診療所の紹介を介して、上級の病院で診療を受けるというように、医療機関を下級から上級へと移動する形が想定されている。

なお、ベトナムの公的医療機関は各種存在す

図1 ベトナムの公的診療体系



(注) *省レベルの行政単位には、省と中央直轄市がある。

**県レベルの行政単位には、郡、県、市社、省属市がある。郡は都市部、県は農村部の行政単位。市社は小規模な地方都市、省属市は市社より規模が大きい地方都市。

***社レベルは末端地方行政単位であり、社、坊、市鎮がある。社は農村部、坊は都市部の行政単位であり、市鎮は農村部の中心地（町）。

出所：診療法（2009年）81条に記された情報などに基づき、筆者作成。

表2 ベトナムの公的医療機関

種類	説明
病院	病院は、専門科、手術室、臨床分析検査室、病気診断に資する方途を持ち、医師（大学卒、中級医学学校卒の二種）、看護師を含む医療幹部を擁する。人民の健康ケア、通院・入院患者の診療、病気の子防・健康教育、幹部育成などの機能を持ち、医療省によって公認され、管理する地方行政レベルに従って分けられる。また総合病院もしくは専門病院がある。
療養・リハビリ病院	療養・リハビリ病院は、療養、リハビリを必要とする者を受け入れる機能を持つ医療基礎である。
区域総合診療室	区域総合診療室は、郡・県・市社に属する基礎もしくは社・坊の一つの集まりにおいて幹部（機関、団体に働く中核の人員）・人民を診療する機能を持つ医療基礎である。
社・坊・市鎮診療所	社・坊・市鎮診療所は、診療、健康ケア活動を実行する最初のレベルであり、活動の中にはプライマリーヘルスケア、応急措置、助産、母親・子どもの保護、家族計画、当該地における感染症を時宜を得て発見し、上級機関に伝えることが含まれる。
経済・行政・事業基礎診療所	経済・行政・事業基礎診療所は、業務単位の範囲において、幹部・職員に診療を行い、薬の発給を行う機能を持つ医療基礎である。
その他の医療基礎	その他の医療基礎には、結核診療所（trạm lao）、皮膚病（性病）診療所（trạm da liễu）、眼科診療所（trạm mắt）、ハンセン病治療区（khu điều trị phong）、助産院（nhà hộ sinh）のような、上記した以外の医療基礎がある。

出所：Tổng cục thống kê [2015: 671] などに基づき、筆者作成。

表3 公的診療・治療基礎の数

種類	2005年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年
病院	878	1,030	1,040	1,042	1,069	1,063	1,071	1,077
療養・リハビリ病院	53	44	59	59	60	61	61	62
皮膚科病院（性病も含む）	20	20	18	20	20	21	21	22
助産院	30	13	12	12	12	11	11	9
区域総合診療室	880	622	620	631	636	635	630	609
社・坊・機関・企業の診療所	11,382 (*769)	11,738 (*710)	11,757 (*710)	11,759 (*710)	11,765 (*710)	11,820 (*710)	11,823 (*710)	11,812 (*710)
合計	13,243	13,467	13,506	13,523	13,562	13,611	13,617	13,591

(注) *はこの内の機関・企業の診療所数。

出所：Tổng cục thống kê [2013 : 689] , Tổng cục thống kê [2015 : 684] , Tổng cục thống kê [2017 : 738] に基づき、筆者作成。

るが（表2参照）、さまざまな医療施設を備えた病院は増加傾向にある（表3参照）¹⁶⁾。

(2) ベトナムの医療保険制度の骨格¹⁷⁾

背景の説明が少し長くなったが、ここからベトナムの医療保険制度の骨格について見る。2014年修正補充医療保険法では、医療保険について「強制保険」と位置づけており（2条）、国民皆保険制度の実現が志向されている¹⁸⁾。

図2は、2014年修正補充医療保険法に基づいて作成したベトナムの公的医療保険制度の基本構造を示した図である。ベトナムの医療保険制度は、償還払い形式ではなく、日本と同様に現物給付形式が採用されていることが分かる。

全体的、基本的な形としては、医療保険参加者は医療保険料を医療保険組織に納め、受診時には自己負担割合分を医療保険診療基礎¹⁹⁾に支払う。そして、医療保険組織は医療保険診療基礎からの精算申請に基づき、残りの診療費用残額を医療保険診療基礎に支払う、という関係にある。また、医療保険料および診療費の支払いを免除もしくは軽減される社会扶助政策対象者の存在や、医療保険参加者が初診を受診する医療機関を登録する制度の存在など、いくつかの特徴を持つ。

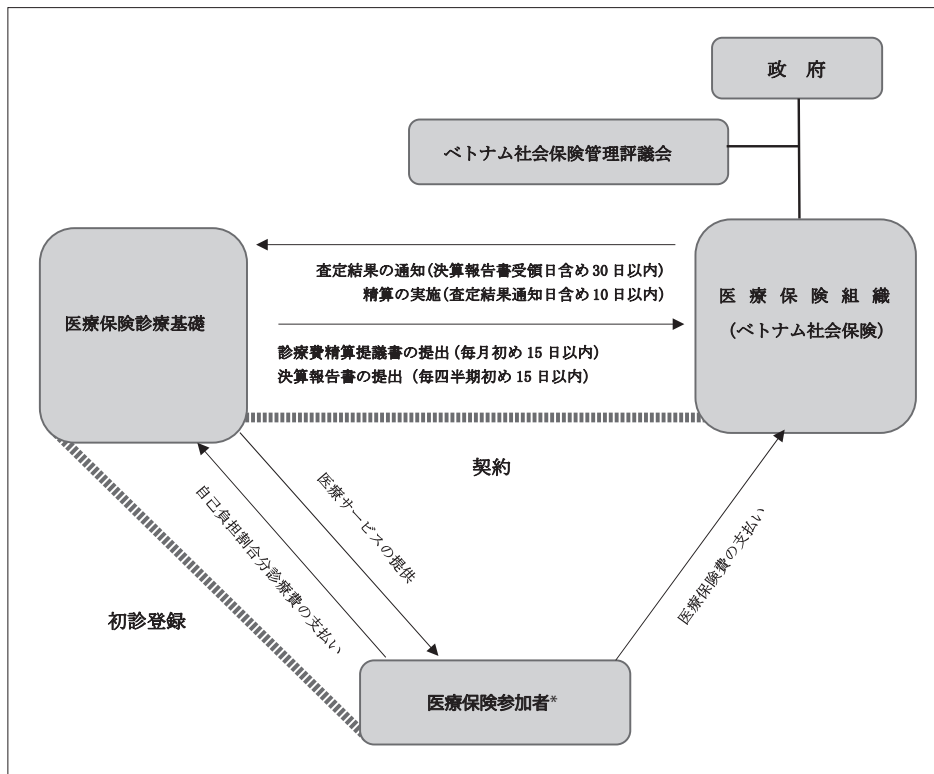
医療保険制度の主管庁は医療省である。財政省、労働・傷病兵・社会省、教育・訓練省、国防省、公安省などの関係省庁と協力しつつ、医療省は「全民医療保険に基づく人民の健康の保

護、ケア、向上に資するため、医療保険、医療体系、医療技術専門レベル、財源に関する政策・法律を構築する」（6条）とされており、ベトナムの医療保険に関わる基本方針を医療省が構築する。そして、その長である医療相は「医療保険参加者が享受する範囲の薬、化学物質、医療物質、医療技術サービスのリストと精算の比率・条件を公布するために、関連省庁を指導し、それら機関と協力する」（21条）。

ここで少し留意する必要があるのは、財政省の存在である。後述するが、図2における「医療保険組織」に該当するのは、ベトナム社会保険（Bảo hiểm xã hội Việt Nam）である。同機関は社会保険制度と医療保険制度の運用において中心的役割を担っており、本稿執筆現在、同機関のトップには財政省出身者が就いている。そしてベトナム社会保険の活動を指導、監視し、医療保険基金（Quỹ bảo hiểm y tế、後述）の管理に責任を負うベトナム社会保険管理評議会（Hội đồng quản lý bảo hiểm xã hội Việt Nam）の主席は、本稿執筆現在、財政相が務めている（後述）。こうしたことから、財政省の医療保険制度に対する影響力は小さくないと考えられる²⁰⁾。

それでは次に、ベトナムの医療保険制度の柱である医療保険参加者、医療保険組織、医療保険診療基礎について、順番に見ていくことにしたい。

図2 ベトナムにおける医療保険制度の基本構造



(注) * 貧困戸に属する者など無償で参加する者を含む。

出所：2008年医療保険法、2014年修正補充医療保険法に基づき、筆者作成。

1) 医療保険参加者

先述したように、基本的な形としては、医療保険参加者は医療保険組織に保険料を納める。そして、医療保険診療基礎で受診した際に定められた比率に従って診療費用を支払うことで、自身の精算は完了する。しかし、ベトナムの医療保険制度は社会扶助政策としての側面を持ち、医療保険料、診療費の納入を免除もしくは軽減される対象が存在する。

以下では、医療保険参加者の種類、医療保険料、給付率について見ていくことにしたい。

① 種類

医療保険参加者は表4の通りである。医療保険料の支出元に従い、(a) 労働者と労働使用者によって支払われるグループ、(b) 社会保険

組織によって支払われるグループ、(c) 国家予算によって支払われるグループ、(d) 国家予算によって支払いを補助されるグループ、(e) 前記(a)～(d)の対象を除く、家庭戸に従った医療保険参加者のグループ、に分けられる(12条)²¹⁾。このうち(a)、(e)は自身で保険料を納めることを求められるが、(b)、(c)、(d)については支払いを免除もしくは軽減される。

(a) 労働者と労働使用者によって支払われるグループには、(ア) 期限を定めない労働契約に従って働く労働者、(イ) 3か月以上の労働契約に従う労働者、(ウ) 給与を所得する企業管理者である労働者、(エ) 幹部・公務員・国の機関で働く者(viên chức)などが含まれる。

(b) 社会保険組織によって支払われるグループには、(ア) 毎月年金、労働力喪失扶助金を

表4 医療保険参加者の種類

1. 労働者と労働使用者によって支払われるグループ (12条1項)
(a) 期限を定めない労働契約に従って働く労働者、3か月以上の労働契約に従って働く労働者、給与を所得する企業管理者である労働者、幹部・公務員・国の機関で働く者(viên chức)
(b) 法律の規定にしたがって働く社・坊・市鎮の非専従活動者
2. 社会保険組織によって支払われるグループ (12条2項)
(a) 毎月年金、労働力喪失扶助金を受給する者
(b) 労働災害、職業病、治癒に長期間を要する病気への罹病によって毎月社会保険扶助金を受給する者、毎月扶助金を受給する80歳以上の者
(c) 毎月社会保険から扶助金を受給する退職した社・坊・市鎮の幹部
(d) 失業扶助金を受給する者
3. 国家予算によって支払われるグループ (12条3項)
(a) 軍士官、軍下士官、專業軍人、公安士官、公安下士官など。
(b) 国家予算から毎月扶助金を受給する退職中の社・坊・市鎮の幹部
(c) 労働力喪失扶助金の受給を止めた、国家予算から毎月扶助金を受給する者
(d) 革命功労者、退役兵士
(d*) 国会代表、人民評議会代表
(e) 6歳(72か月)未満の子ども
(g) 毎月の社会扶助金受給範囲に属する者
(h) 貧困戸に属する者、困難な経済・社会条件を持つ地域に暮らす少数民族、特別困難な経済・社会条件を持つ地域に暮らす者、社や県を構成する島に暮らす者
(i) 革命功労者の親類(実の両親、妻、夫、烈士の子ども、烈士を養育した功労者)
(k) 上記(i)を除く革命功労者の親類
(l) 上記3項(a)で定めた軍士官、軍下士官、專業軍人、公安士官、公安下士官などの親類
(m) 法律の規定にしたがって体の器官・部分を献じた者
(n) ベトナムの国家予算から奨学金を受給するベトナムで学ぶ外国人
4. 国家予算によって補助されるグループ (12条4項)
(a) 近貧困戸に属する者
(b) 学生(小学生～大学生)
5. 家庭戸 (12条5項)
上記12条1, 2, 3, 4項に定める対象を除く、家庭戸に属する者を含む家庭戸に従った医療保険参加者

(注) 政府は、上記3, 4, 5に定められた対象以外のその他の対象を定める(12条6項)。

* dはベトナム語の文字。混乱をさけるため、表内の表記号は原文のまま使用している。

出所：2014年修正補充医療保険法12条に基づき、筆者作成。

受給する者、(イ)労働災害・職業病・治癒に長期間を要する病気への罹病によって毎月社会保険扶助金を受給する者、(ウ)毎月扶助金を受給する80歳以上の者、(エ)失業扶助金を受給する者が含まれる。

次に(c)国家予算によって支払われるグループについては、(ア)軍・公安の士官・下士官等、(イ)革命功労者²²⁾、退役兵士、(ウ)国会代表、人民評議会代表²³⁾、(エ)6歳未満の子ども、(オ)毎月の社会扶助金受給範囲に属する者、(カ)貧困戸²⁴⁾に属する者、(キ)革命功労者の親類(母、父、妻、夫、烈士²⁵⁾の子ども)などが含まれる。

最後に、(d)国家予算によって補助されるグループについては、(ア)近貧困戸²⁶⁾に属する者、(イ)学生が含まれる。

② 医療保険料

先述したように、医療保険参加者が医療保険組織に対して納める医療保険料については、前記①(a)、①(e)は、対象者自身による支払いとなる。また前記①(d)も、国から一部補助されるものの、残額を自身で支払う形になる。しかし、前記①(b)、①(c)については、それぞれ社会保険の予算、国家予算から支出される。

具体的には、① (a) 労働者と労働使用者によって支払われるグループ下の (a) (ア)、(a) (イ)、(a) (ウ)、(a) (エ) (以上表4内1 (a)) については、給与 (tiền lương) の6%が医療保険料納入額の上限とされる。このうち、雇用者が3分の2、被雇用者が3分の1を支払う。国家予算によって支払われるグループ下の (c) (ア) (表4内3 (a)) の給与受給者についても同様に給与の6%が上限とされている。また、① (b) 社会保険組織によって支払われるグループ下の (b) (ア)、(b) (エ) (以上表4内2 (a)、2 (d)) については、当該扶助額の6%が上限とされた。そして、残る対象については、基礎給与 (mức lương cơ sở) の6%が上限額と定められた²⁷⁾。なお、前記① (e) 家庭戸に従った医療保険参加者のグループについては、家族内の最初の人については基礎給与の6%が支払い上限額となるが、それ以下は順番に最初の支払い者が納めた額の70%、60%、50%と減額され、5人目以降は40%に相当する納入額となる (13条)。

③ 給付率

ベトナムの医療保険制度では現物給付形式が採用されているため、医療保険に係る給付は、医療保険組織から医療保険診療基礎への医療保険参加者に対する給付割合分の支払い、という形をとる。その給付率には、(a) 100%、(b) 95%、(c) 80%の3種類がある (22条)。以下、それぞれ見ることにしたい。

(a) 100%給付対象者

100%給付の対象には、(ア) 軍・公安の士官・下士官等、(イ) 革命功労者²⁸⁾、(ウ) 革命功労者の親類 (革命功労者の実の両親、妻、夫、烈士の子ども、烈士を養育した功労者)、(エ) 退役兵士、(オ) 6歳未満の子ども、(カ) 毎月の社会扶助金受給範囲に属する者、(キ) 貧困戸に属する者、(ク) 困難な経済・社会条件を持つ地域に暮らす少数民族、(ケ) 特別困難な経済・社会条件を持つ地域に暮らす者が、含まれる。

(b) 95%給付対象者

95%給付の対象には、(ア) 毎月年金、労働力喪失扶助金を受給する者、(イ) 前記 (a) の (ウ) 以外の革命功労者の親類、(ウ) 近貧困戸に属する者が、挙げられている。

(c) 80%給付対象者

100%給付対象者、95%給付対象者以外の給付対象者については、80%給付対象者となる。

④ 権利

医療保険参加者の権利には、医療保険証の発給を受けること、診療を受診すること、医療保険組織により診療費の精算を受けることのほか、主に以下の事項が定められている。(a) 最初に受診する診療基礎を選ぶことができる (後述)、(b) 医療保険組織、医療保険診療基礎、関連機関に対し、医療保険制度に関する説明と情報の提供を求めること、(c) 医療保険に関する法律違反行為を請願・告発すること (36条)。

初診を受診する医療保険診療基礎をあらかじめ登録する制度は、国民の医療保険使用時に影響を与えるベトナムの医療保険制度の大きな特徴のひとつである。最後に少しみておくことにしたい。

(a) 最初に受診する医療保険診療基礎の登録

ベトナムの医療保険制度では「医療保険参加者は、社、県もしくはこれらと同等レベルの診療基礎において、最初に受診する医療保険診療基礎の登録を行う権利を持つ (医療相の規定に従い、省レベルもしくは中央レベルの診療基礎に登録できる場合を除く)」(26条、図1) とされている²⁹⁾。医療保険証には当該医療機関の名称が印字される。したがって、医療保険参加者は罹病時に原則として自身の登録した医療機関に最初に通院することが制度上は想定されている。もしこれを遵守しない場合には、医療保険証に付随する自身の権利の享受ができないか、もしくは制限される³⁰⁾。この登録制度の目的についてベトナム社会保険の現場スタッフに尋ねたところ、各

医療保険診療基礎に医療保険参加者を割り振り、一部大病院に患者が集中する状況を緩和することが目的とのことであった³¹⁾。

2) 医療保険組織

次に、医療保険組織について見る。先述したように、ベトナムで医療保険組織に該当するのは、ベトナム社会保険であり、医療保険制度だけでなく、社会保険制度の執行においてもベトナムで中心的役割を担っている。地方については省レベル、県レベルに組織を持つ(図1参照)。

医療保険組織は、医療保険基金³²⁾の管理と使用、医療保険に関する制度・政策・法律を執行するための機能を持つ(9条)。ベトナムの医療保険組織の組織、機能、任務、権限については政府が定め、政府は前記した医療保険基金の管理・使用について毎年国会に報告を行う。

医療保険組織は医療保険参加者との間では、医療保険証の発給、医療保険料の徴収、医療保険診療基礎に関する情報の提供を行う。そして、医療保険参加者が最初に受診する診療基礎の選択を導く(41条)。

また、医療保険組織は医療保険診療基礎との間では、医療保険診療契約(後述)を結び、医療保険診療費の精算を行う(41条)。

以下では、医療保険の普及に関わる医療保険証の発給と、医療保険組織の機構について、もう少し見ておきたい。

医療保険証の発給については、関係機関により作成された名簿にしたがって行われる。医療保険組織は、同名簿を受理した日を含めて10日以内に作成した医療保険証を相手機関に渡すことになっている(17条)。

なお、医療保険参加者名簿の作成作業は以下のように分担されている(以下、表4に基づき記述する。混乱を避けるため、ここでは表内の表記記号をそのまま用いる)。

第12条1項に定められた対象については、労働使用者によって作成される。

12条3項(a)、(l)、(n)と12条4項(b)を除く、12条2、3、4、5項に定められた対象

については、社レベル人民委員会(図1参照)が医療保険参加者名簿を作成する。

次に、12条3項(n)、12条4項(b)の規定に従って教育・訓練省、労働・傷病兵・社会省によって管理される対象の医療保険参加者名簿は、教育・育成基礎、職業教育基礎³³⁾が作成する。

最後に、12条1項(a)、12条3項(a)、(l)、(n)、12条4項(b)において定められた国防省、公安省によって管理される対象の医療保険参加者名簿は、国防省と公安省が作成する。

ここからは、医療保険組織の機構について見る(図2参照)。先述したように医療保険組織は、医療保険制度の財源となる医療保険基金を管理し、使用する(41条)が、その医療保険基金を管理し、関連政策の諮問を行う責任を負うのは、ベトナム社会保険管理評議会である(34条)。ベトナム社会保険法(2014年)によれば、同評議会は国家レベルで組織され、社会保険機関の活動を指導、監視し、社会保険・医療保険・失業保険に係る政策を諮問する責任を持つ組織である。その仕事の制度・責任・経費に関する細則は政府によって定められ、任務・権限の実行状況について、首相に毎年報告を行う。また、同機関の主席、副主席、委員の任期は5年であり、首相により任命、解任、解職される。そして、その構成員には、ベトナム労働総同盟³⁴⁾、労働使用者代表組織、社会保険に関する国家管理機関、医療保険に関する国家管理機関、ベトナム社会保険、関連を持つ他の組織の代表が含まれる(94条、95条)。

先述したように、本稿執筆現在、ベトナム社会保険管理評議会の主席は、財政相が務めている。

3) 医療保険診療基礎

最後に、医療保険診療基礎について見る。医療保険診療基礎とは、医療保険組織(ベトナム社会保険)との間で医療相が定めた診療契約を結んだ診療法に従った医療機関のことである。同診療契約の内容には、サービス対象とサービス供

給範囲、初診の受診登録者の構成、精算の方法、契約期間などが含まれる（25条）。

医療保険診療基礎は、医療保険参加者に対し、簡素で便利な手続きの下に、質を保った診療を組織する責任を負う。また、医療保険診療費表を作成し、医療保険参加者から要求があった際に提供するなどの責任を持つ（43条）。

また、医療保険診療基礎は、医療保険組織に対し、定められた期限内に診療費精算提議書、決算報告書を提出するとともに、医療保険組織、国家機関の要請に従い、医療保険参加者の診断書、診療と診療費精算に関する資料を提供する（32条、図2参照）。そして、法律の規定に従って、医療保険基金から送られてきた経費を管理・使用するなどの責任を負う（43条）。

おわりに

ベトナムの医療保険制度の背景と骨格について、これまで見てきた。最後にその特徴をまとめておきたい。

ひとつ目には、ベトナムの医療保険制度が現物給付方式を採用していることである（図2参照）。

ふたつ目には、革命功労者やその家族、少数民族、貧困戸、6歳未満児、80歳以上の高齢者、重度の障害者が無償で参加できるなど、社会扶助政策としての側面を持つことにある。

三つ目には、前記のように社会扶助政策対象者をも取り込む形で、国民皆保険の実現を目指していることにある。ちなみに、2019年末の段階でベトナム国民の医療保険参加率は90%に達したと伝えられている³⁵⁾。

四つ目には、初診を受診する医療機関をあらかじめ登録する制度であることが挙げられる。県レベル以下では、その縛りは緩やかになる方向にあるが、医療保険参加者が医療保険を使用して受診する場合にその行動に一定の枠をはめる制度となっている。

五つ目に、医療保険の運営を担っているベトナム社会保険のトップが、ベトナムの医療、福

祉に責任を負う医療省や労働・傷病兵・社会省の出身者ではなく、財政省出身者によって担われていることが挙げられる。また、ベトナム社会保険の活動を指導、監視し、医療保険基金の管理に責任を負うベトナム社会保険管理評議会の主席は、本稿執筆現在、財政相が務めている。したがって、医療保険制度の主管庁は医療省と定められているが、財政省の影響力も小さくないと推測される。

最後に、先に見たように医療保険制度の骨格は築かれているものの、未だ制度の「完成」に向けた構築過程にあることが挙げられる。たとえば、2014年における2008年医療保険法に対する修正・補充は、国民皆保険の実現を目指して、マネジメントの向上、管理の強化を目指すとともに、初診受診登録を基点とする定められたレベル、想定されたラインを外れた人々の通院による大病院の過重負担と医療保険財政負担の増加、医療保険証の重複発給問題など、医療と医療保険をめぐる喫緊の諸課題への対応を図ろうとしたものであった³⁶⁾。

したがって、ベトナムの医療保険制度は、医療保険参加者・医療保険組織（ベトナム社会保険）・医療保険診療基礎とこれらに関わる医療省、財政省、労働・傷病兵・社会省、教育・訓練省といった関係機関、関係機関間で生じさまざまな問題に対処しつつ、ベトナムの医療を取り巻く状況・課題の解決を図るうえで最も相応しい医療保険制度の構築を目指して、今後も模索を続けていくものと考えられる。

〔付記〕

本稿は、2017年度アジア経済研究所研究会（2017_1_40_002）「ベトナムにおける医療保険制度の構築とその変容」研究会の成果の一部を用いて執筆した。研究会の実施に際し、ご協力下さった皆様に感謝申し上げます。

注

- 1) Tổng cục thống kê [2019 : 89,113].
- 2) Tổng cục thống kê [2019 : 143].
- 3) Tổng cục thống kê [2019 : 91].
- 4) Tổng cục thống kê [2019 : 848].
- 5) 本稿ではベトナムの医療保険制度の骨格を読み解くことが目的である。そのため、現行医療保険法(後述)に基づき、考察する。同法執行のために出された政府議定146(2018年10月17日)などの下位文書については、分析射程に入れていない。なお、ベトナムの公的制度について原文に基づいて読み解き、再構築する作業は、詳しく説明された参考書が手元にある訳ではなく、それほど容易な作業ではない。明確にできない部分も必ず残る。筆者の力不足の点については、ご容赦願いたい。
- 6) 寺本 [2020 : 3-6] を部分的に加筆修正。参考文献の列挙は紙幅の都合上、差し控えるが、諸先輩による多くの優れた業績がある。
- 7) 同じ1992年に政府議定に基づく医療保険条例が出されている。
- 8) 2011年8月8日にハノイで行ったベトナム人著名シニアエコノミストへのインタビューにおいて、「第2のドイモイですか?」と問うたところ、その通りだとの応答であった。
- 9) 1992年、1998年、2005年に政府議定に基づく医療保険条例が出されている。このように条例で対応していた時期を経て、2008年にベトナム初めての医療保険法が制定された。
- 10) 第13期第11回国会で2016年4月5日に児童法が可決され、2017年6月1日に発効した。この段階で、同子どもの保護・養護・教育法は失効している。
- 11) 第13期第8回国会で新たな社会保険法が可決(2014年11月20日)され、2016年1月1日に発効している。
- 12) 1992年、1998年、2005年に政府議定に基づく医療保険条例が出されている。
- 13) 寺本 [2016] に基づき記す。
- 14) 中央には中央政府が置かれ、省レベル、県レベル、社レベルの行政単位それぞれに地方議会たる人民評議会、地方行政機関たる人民委員会が設けられている。
- 15) 社レベル診療所は、直接上の行政級である県レベルに設置される医療センターに制度上は属する。
- 16) 手元にあるのは病床数のデータのみであるが、2018年時点のベトナムにおける全病床数29万5,820のうち、1万7,947(約6.1%)が非公立病院のもの。公立病院病床数と非公立病院病床数の比率は、約15.5対1(Tổng cục thống kê [2019 : 815])である。筆者は、2014年に中部南方沿海地域に位置するビントゥアン省で社会福祉調査を実施した際、一度だけ地方の民間病院を訪問したことがある。医療保険も使用可能な入院施設が完備された大病院であった。医療保険を使用できない、いわゆる村や町の小規模民間医を含めれば、ベトナムにおける民間医療セクターのプレゼンスはかなり大きいと推測される。
- 17) 寺本 [2017a, 2017b] に基づき、記す。
- 18) ベトナム語で“bảo hiểm y tế toàn dân”。直訳すると、「全民医療保険」。Nhân Dân紙2020年1月1日付などによると、2011年の医療保険参加率は65%であったが、2019年12月末の段階で同参加率は90%に達した。
- 19) 後述するが、医療保険診療基礎とは、医療保険組織と診療契約を結んだ医療機関を指す。
- 20) 本稿執筆現在、ベトナム社会保険主席は財政省出身のグエン・ティ・ミン主席、ベトナム社会保険管理評議会の主席は、デイン・ティエン・ズン財政相が務めている。
- 21) 以下、本項1) 医療保険参加者で使用する(a)、(b) …、(ア)、(イ) …などの記号は、文章構成に由来するものであり、表4とは関係ない。
- 22) 抗仏、抗日、抗米の戦争で傷ついた傷兵、病兵など、現在のベトナム国家の建設に対する功労が公的に認められた人。
- 23) 人民評議会は、ベトナムの地方行政級(省レベル、県レベル、社レベル)に設置される地方議会。代表はベトナム語からの直訳でいわゆる議員のこと。ベトナムでは議員活動に専従する議員はまだ一部に止まるため、前者を採用した。
- 24) ベトナムでは政府が貧困基準を定めている。2016~2020年の貧困基準は、農村部で収入70万ドン(人/月)、都市部では収入90万ドン(人/月)(首相決定59、2015年11月19日)。なお、基準は前記したものだけではなく、たとえ金額が前記額を一定額上回っていても、定められたいくつかの条件が満たされていれば貧困戸に認定され得る。ちなみに、2016年時の国民1人当たり平均月収は、304万9,000ドン(約1万5,941円)であった(Tổng cục thống kê [2017:737])。

- 25) 現政府側の立場でベトナム戦争などの戦争に参加して命を落とした兵士など。
- 26) ベトナムでは政府が近貧困戸基準を定めている。2016～2020年の近貧困基準は、農村部で収入100万ドン(人/月)、都市部では収入130万ドン(人/月)(首相決定59、2015年11月19日)。なお、たとえ金額が前記額を一定額上回っていても、定められたいくつかの条件が満たされていれば近貧困戸に認定され得る。
- 27) 基礎給与とは、公的に定められる棒給表における給与額や補助額などの計算に用いられる基準金額であり、社会保険、国家予算から医療保険料を支出する際のベースとなっている。たとえば、政府議定66(2013年6月27日)では、2013年7月1日からの基礎給与額を115万ドンと定めていた。なお、現行の医療保険法では、医療保険料の上限額は指定された各費目の6%が上限とされていることを示したが、同医療保険法の執行のために出された政府議定146(2018年10月17日)では、その定められた上限枠に従い、医療保険料を指定された各費目の4.5%と定めている。
- 28) 革命功労者の近親者(革命功労者の実の両親、妻、夫、烈士の子ども、烈士を養育した功労者)も対象として挙げられている。
- 29) 筆者がベトナムの障害者を対象にしてこれまで行ってきた調査では、無償で医療保険証の給付を受けた障害者については、手続き機関によって、登録医療機関が指定されているケースがほとんどであった。
- 30) 2014年修正補充医療保険法では、医療保険参加者が、自身の判断に基づいて定められたレベルと異なる医療レベルで診療を受けた場合の医療保険給付率について、先に記した、定められた給付率にしたがってそれぞれのケースごとにたとえば以下のように定めている(22条)。
- (ア) 中央レベルの病院で受診した場合には、入院治療費(chi phí điều trị nội trú)の40%が給付される。
- (イ) 省レベルの病院で受診した場合には、2014年修正補充医療保険法発効(2015年1月1日)から2020年12月31日までの期間については、入院治療費の60%が給付される。
- (ウ) 県レベルの病院で受診した場合には、2014年修正補充医療保険法発効(2015

年1月1日)から2015年12月31日まで診療費(chi phí khám bệnh, chữa bệnh)の70%が給付される。

- 31) 2019年10月16日にホーチミン市A県社会保険で行ったインタビューに基づく。
- 32) 2008年医療保険法の下では、中央の病院、省レベルの病院、県レベルの病院に自身の登録した医療基礎の紹介を介さずに直接外来受診した場合でも、中央の病院で30%、省級病院で50%、県級病院で70%の診療費の医療保険給付を受けることができた(政府議定62、2009年7月27日付)。
- 33) 医療保険基金とは、医療保険料、医療保険基金からの投資利益、国内外の組織・個人からの援助、その他の合法的歳入源から形成される財政基金であり、医療保険参加者の診療費支払い、医療保険組織の機構管理費、医療保険に関わるその他の合法的費用の支払いのために使用される(2条、33条)。
- 34) 教育・育成基礎は学校、職業教育基礎は職業訓練校のこと。
- 35) 労働分野におけるベトナムの有力な政治社会組織。
- 36) Nhân Dân 2020年1月1日付。
- 37) 寺本[2017b]に基づく。

参考文献

- ・寺本実2016「ベトナムにおける公的末端医療機関の制度的位置づけ・役割と課題—現場責任者の状況認識に関わる事例研究に基づく—考察—」(現地報告『アジア経済』第57巻第4号)
- ・寺本実2017a「ベトナムの医療保険制度の基本構造—2008年医療保険法に基づく考察—」(分析レポート『アジア研ワールド・トレンド』No.258)。
- ・寺本実2017b「ベトナムにおける医療保険の形成と変容—2008年医療保険法に対する修正、補充の内容分析を通して—」(未公刊、2017年度アジア経済研究所研究会(2017_1_40_002)「ベトナムにおける医療保険制度の構築とその変容」研究会の成果の一部)。
- ・寺本実2020『ベトナムの社会誌—ドイモイ期の記憶の断片—』(ブックレット) 風響社。
- ・Tổng cục thống kê(統計総局) 2013. Niên giám thống kê(ベトナム統計年鑑) 2014. Nhà xuất bản thống kê(統計出版社)。
- ・Tổng cục thống kê 2015. Niên giám thống kê 2014.

Nhà xuất bản thống kê.

- ・Tổng cục thống kê 2017. Niên giám thống kê 2016. Nhà xuất bản thống kê.
- ・Tổng cục thống kê 2019. Niên giám thống kê 2018. Nhà xuất bản thống kê.

〈新聞〉

- ・Báo Nhân Dân (人民紙)
- ・Báo Sài Gòn Giải Phóng (サイゴン解放紙)

タイの医療・医療費保障制度

JICA・タイ国地域包括ケア開発プロジェクト
チーフアドバイザー

小出 顕生
Koide Akio

タイは中所得国として着実に経済発展、産業構造転換をとげてきており、これにあわせて数十年にわたり全国あまねく医療提供体制の整備を図りつつ医療費保障を拡充し、2002年に国民皆医療保障（Universal Health Coverage）を達成し、中低所得諸国の医療システム発展の「優等生」と目されている。一方で、疾病構造は生活習慣病が中心課題となり少子高齢化が急速に進行しつつあり、日米欧と比べ所得水準にまだ開きがあるなか、諸課題が差し迫っている。日本は2007年よりタイにおいて高齢化分野での技術協力を進めてきている。

はじめに

タイ王国は東南アジアの中央大陸部とそれに連なる半島部・島しょ部からなり、日本に比べ1.4倍の面積に55%の人口が暮らすASEAN（東南アジア諸国連合）の中心国の一つである。1997年のアジア通貨危機、その後のリーマンショック、大洪水、政治の不安定性、「中進国のわな」とよばれる成長鈍化がみられながらも数十年にわたり経済は成長し続けており、一人あたりGDPは7,448ドル（2018年。日本の約5分の1、中国の約4分の3）となっている。貧富の格差が大きく、外国人居住者・旅行者も多いバンコクの中心部のオフィス、ショッピングセンター、ホテルなどは東京都心部以上の集積をみせている反面、地方にいくと食べ物は豊富で安い一方、所得、生活水準はいまだ発展途上国という趣をたたえている（東北部は最貧地域といわれ、バンコクのある中央部およびゴム園・鉱物資源のある南部が比較的裕福な地域といわれている）。自動車部品をはじめとした工業集

積、各種サービス業も発展しつつ、コメを中心とした農業も生産・輸出・就労人口に寄与しており、大きくひろがる水田はタイの美しい原風景の一つとなっている。19世紀来の欧米列強の進出にあたって、諸勢力を巧みに均衡させながら植民地化を免れた歴史、伝統に国民は誇りをもっている。人口の太宗を占めるタイ族（一方で山岳部の少数民族、近隣国からの合法不法入国者も無視できないものの）が国王・仏教中心の国と自らを規定しており、一般的に国王への支持は高い。20世紀初頭より西欧的民主体制の導入・定着に試行錯誤を繰り返しており、危機的状況では軍隊が政治に介入し、安定化を図るという構図が定着している（現政権も2014年のクーデター後の軍事政権が2019年の選挙を経て民政移管された形となっており軍事政権時の首相が続投している）。

1. 人口構造、健康状況

2017年の総人口6,921万人、平均余命76.7歳、

65歳以上人口比率11.4%（タイでの高齢者の定義60歳以上を用いると14%を超えている）、合計特殊出生率は1.5で、2040年には65歳以上人口比率が26.2%に達すると予測されており、これまでの日本以上のスピードで高齢化が進んでいくことになる（数字はいずれも世界銀行2017年）。

疾病構造はかつての感染症中心の時代から大きく様変わりし、中心課題は高血圧、糖尿病をはじめとした生活習慣病（非感染症：NCD）に変化してきている。主要死亡原因は、虚血性心疾患、脳卒中、各種のがん、下気道感染などであるが、さらには、バイクを中心とした交通事故（飲酒運転も多い）となっている。

2. 医療提供体制

(1) 概要

病院を中心とした医療提供体制は、①公立施設と私立施設、②バンコクとその他地域の2軸を念頭におくと理解しやすい。病床数、医療費の約8～9割を占める公立病院は、全国に網の目のように階層化したネットワークをもち、中低所得層の医療を支えている。とくにバンコク以外の地域では、中規模の都市部をのぞき公立ネットワークが、予防、治療、介護（の一部）を一貫して担っている。

一方、バンコクにおいては富裕層や中東などからの医療ツーリズム、海外駐在員などを対象とした高度医療を提供する大病院（俗に三大病院）と中所得層を狙った中小病院・診療所が比較的多く、また大学病院、軍病院、各種専門病院もあり、医療費の問題を別にすれば多くの選択肢がある。しかしながら、バンコクは貧困層人口も多く、バンコク都による公的医療にも大きな存在感・役割がある。

(2) 公的医療提供システム

① 医療行政体制

保健省（Ministry of Public Health）は、次官官房、医療サービス局、精神保健局、伝統医

療局、健康局、疾病管理局、医療科学局、医療サービス技術支援局、医薬品食品局などから構成されている。

全国を13の地方保健エリア（局：Regional Health Office）に分け、その下に77都県ごとに県保健局（Provincial Health Office、保健局長はChief Medical Officer）が置かれ、さらに878の郡ごとに、郡保健局・郡保健委員会（District Health Board）が置かれている。

② 地方行政体制

歴史的・政治的経緯により、内務省統治ラインと選挙による自治体が組み合わせられた複雑な体制となっている。上記の医療行政体制ともそれぞれのレベルで関連しあっている。（ア）県レベル（77都県）は、県自治体（首長は選挙で選ばれる）と県知事（内務省の任命）部局が併存。ただしバンコク都知事は選挙で選ばれ独立性も強い、（イ）郡レベル（878）は内務省ライン、（ウ）テーサバン（市町）・タンボン（基礎的自治体）レベル（7,775程度）は、首長は選挙で選ばれるが、とくに農村部のタンボンは郡（内務省ライン）の権限・関与が強い。

③ 医療提供体制

概要で記したとおり、大学病院（26）、軍病院等（94）、私立病院（383）等をのぞけば、特に地方部においては、以下（ア）～（ウ）の3層構造の公的医療提供体制で大多数の国民がカバーされている。また、各病院は機能・規模に応じて、A（34）、S（49）、M 1（38）、M 2（90）、F 1（91）、F 2（509）、F 3（88）に分類されている。

*病院類型名のあとの（ ）数字は病院数（2020年）

（ア）地方・総合病院（119。うち76が県病院）

数百～千超の病床を有し、多くの診療科をもち、高度医療、先端医療、救急医療を展開している。下記の（ウ）→（イ）を経て紹介されるということが原則であるが、ほとんどは人口の多い県庁所在地にあり、当該地区で



(イ) の機能を兼ねていることも多く、外來に患者が殺到し、入院患者も廊下にベッドを置き対処している病院がほとんどである。そのため、容体が安定すれば退院を促す圧力が強く働いており、平均在院日数は5日程度と短い一方、再発予防、リハビリテーションなどが課題となっている。

これらのほかに、がん、循環器、精神、眼科などの保健省直轄の専門病院が、52ある。

(イ) 郡病院 (780)

1970～80年代に、(ウ) とともに整備が進められ、30床～120床と規模の幅が広く、基



礎的医療のみのところから (ア) に近いところまで多様な類型がある。以前は、病院スタッフの過剰労働や医療過誤の問題が取り上げられた時期があり、現在では総合病院として手広く多くの患者が集まる病院と、空床の目立つ活気の少ない病院に二極化している。

(ウ) タンボン健康増進病院 (9,771)

保健所 (Health Center) という名称で整備され、近年、現名称に変更された。地域公共医療の担い手として、健康教育、健康診断、初期治療・高次病院への紹介、慢性患者への処方などの一次医療を担っている。通常、看護師が数人のスタッフ (看護師、PT、タイ伝統医療医、事務職員など) の長となり、郡病院の医師が一定の曜日ごとに診療を行ったり、単独であるいは郡病院と共同で訪問医療を行う拠点となったり、同病院の看護師らが保健ボランティア (全国で100万人、手当は少額、多くは地域の中老年女性) への教育、業務配分などを行っている。



(エ) 地域保健

タンボン単位で地域保健ユニット（PCU：Primary Care Unit）が形成され、郡病院・タンボン健康増進病院・保健ボランティア（地域によってはタンボン自治体）などが連携し、予防・教育、健診、外来医療、訪問診療などの活動を行っている。郡単位での対応にはPCUの「ネットワーク」（従来はPCC：Primary Care Clusterとの呼称）が組織されている。また、財政的には、郡ごとの地域保健協定体（CUP：Contracting Unit of Primary care）が、国民医療保障事務局（NHSO：National Health Security Office）から住民数に応じた予算の割当てを受けている。

これらは仕組みとしては全国画一であるものの、実際の提供体制、サービス供給、熟度・熱意・リーダーシップ、住民参加などは地域差が非常に大きい。

(オ) 介護サービス

介護（Long-term care）は家族介護が中心で、配偶者や子（末娘が看るのが文化的伝統、また、バンコクなど都市部で働く子が介護のために地方に戻ることも一般的）が、近隣住民やタンボン健康増進病院・保健ボランティア、自治体（まだ数は少ないがデイサービスセンターの設置自治体も徐々に増えており、全国的動きの萌芽があるように感じられる）の助けを借りながら介護を行っている。

保健ボランティア等への研修（保健省等）や住宅改修・車いす等の供与（社会開発・人間の安全保障省、自治体）も行われているが、先進地域と自治体の関心が薄い地域の差が大きい。少子化、都市化、個人主義化の進行や保健ボランティアの高齢化などを考慮し、一部の研究者などからは介護の社会化への提言が行われているものの、社会の伝統的価値観も強く、本格的な制度的対応を図るための社会的合意形成には、まだ暫く時間がかかるように思われる。なお、NHSOがタンボン（基礎的自治体）からの拠出（自治体の財政力に

より拠出割合は異なる）を条件に費用を支出する「タンボン介護基金」（2015年創設）により自治体がケアワーカーを雇う仕組みが広がってきている。

なお、施設介護は政策の中心課題にはあがっておらず、古くからの救貧的収容施設が全国に12～13施設あるのみ（所管は、社会開発・人間の安全保障省）だが、一方でバンコク周辺部には、住居に多くのベッドを押し込んだ劣悪なナースィングホームが急増している実態もあるようであり、医療関係者などが中間所得層向けに適切なサービス提供を目指す試みがいくつかはじまっている。

一方、介護（Long-term care）、リハビリテーション（Intermediate care）に関心の強い病院は、疼痛緩和をはじめとした緩和ケア（Palliative care）への関心も高く、これらを総合的に組み合わせたサービス開発を行っている例も少なくない。

(3) 医療人材

医師、看護師、薬剤師、理学療法士は日本に比べると少ない（医師、看護師は人口比で日本の4～6分の1程度）ものの、公的医療ネットワークの中に計画的に配置され、また、最新の医療知識獲得などの研修機会も比較的多く提供されている。また、タイ伝統医療医（タイマッサージやハーブによる疼痛緩和など）、中国漢方医（鍼灸など）も一般的にみられる一方、作業療法士、言語聴覚士は県病院レベルでの小児療育が中心となっており、数は圧倒的に少ない。

① 医師数は、1997年の1万6,569人から2016年の3万691人へと着実に増えているが、人口比で見ると日本の5～6分の1程度。医学部は6年制で公立18、私立1の医学部がある。地方での医師確保は伝統的に大きな課題であり、1972年に医師免許取得後3年間の地方勤務が義務付けられている。また、1994年には地方出身者の特別コースが設けられ、全医師数の2～3割を占めている。総合医、家庭医として公的病院に勤務後、専門医の取得を目

表1 医療人材数の経年、日タイ比較

(医師数)

		実数	人口1万人あたり
2016	タイ	30,691	4.457
	日本	308,105	24.118
2006	タイ	18,918	2.874
	日本	277,927	21.640
1997	タイ	16,569	2.722
1996	日本	240,908	19.021

(看護師・助産師数)

		実数	人口1万人あたり
2016	タイ	191,344	27.786
	日本	1,471,455	115.184
2006	タイ	101,664	15.455
	日本	1,260,087	98.112
1997	タイ	56,366	9.261
1996	日本	984,092	77.699

出所：WHO：global health observatory data repository より作成

指すものが多く（地方勤務を続けながら取得、バンコクの大学病院などに移動し取得の両パターンあり）、外国留学、私立病院への移動など進路が分かれていく。また、公立病院医師は時間外の診療が認められており、クリニックを開業したり民間病院で月数回働くという例もよく聞く。

- ② 看護師数は、1997年の5万6,366人から2016年の19万1,344人へと着実に増えており、人口比で見ると日本の4分の1程度。養成課程は、公立大学・私立大学（あわせて78校、2012年）、保健省立の看護大学（30校、2017年）で、2017年の卒業生の割合はそれぞれ37%、29%、34%となっている。登録看護師（Registered Nurse）として働きはじめ、昇進、大学院進学などを経て、上級看護師（Professional Nurse）となっていく。2002年に5年ごとの免許更新制が導入された。

タイの特徴として、専門医療職が不足するなか、全国で100万人いると言われる保健ボランティアの存在が地域医療を下支えしている。タンボン健康増進病院ごとに100人程度（多くは中高年女性）が看護師、理学療法士などの指導のもと、地域の患者・要介護者の家庭訪問、デイサービスセンターの実働主力となっている。参加熱意、技能は地域、個人でまちまちであり、地域内での参加圧力が強く必ずしも自発的でない場合、対象者の話し相手となることが主

でケアなどには消極的なケースもあると聞く。

また、これらの保健ボランティア、その他の希望者を対象に高齢者ケアワーカーを養成するという取組みもはじまっており、いくつかの省庁・主体が70時間コース、340時間コースといったケアワーカー養成プログラムを設け、一部は社会開発・人間の安全保障省による「高齢者ボランティア」や「タンボン介護基金」（前掲）によるケアワーカーとして、増えつつある（外部）介護ニーズに対応している。

入院医療にあたっては、患者への付添い者の同伴が求められており、主として家族（バンコクなどで働く子供が付添いのために戻ってくることも通常）、どうしても家族介護が無理な場合、有償の付添い人などが求められる。

(4) 医薬品、医療機器

医薬品・医療機器は、保健省の医薬品食品局（Thai FDA）の承認をうけて製造、販売が認められる。各医療保障制度（後述）はそれぞれ使用できる医薬品を指定しており、UCS（国民医療）〈SSS（被用者保険）〈CSMBS（公務員制度）の順に広がっている。63%の医薬品が医療機関を経て（院内処方）、26%が薬局経由（処方薬・一般医療品）で供給されている（2012年）。国内に研究開発メーカーはなく、日本を含む海外特許薬の輸入、特許切れ薬の国内製造により供給されている。

医療機器に関しては、大学病院、私立病院を

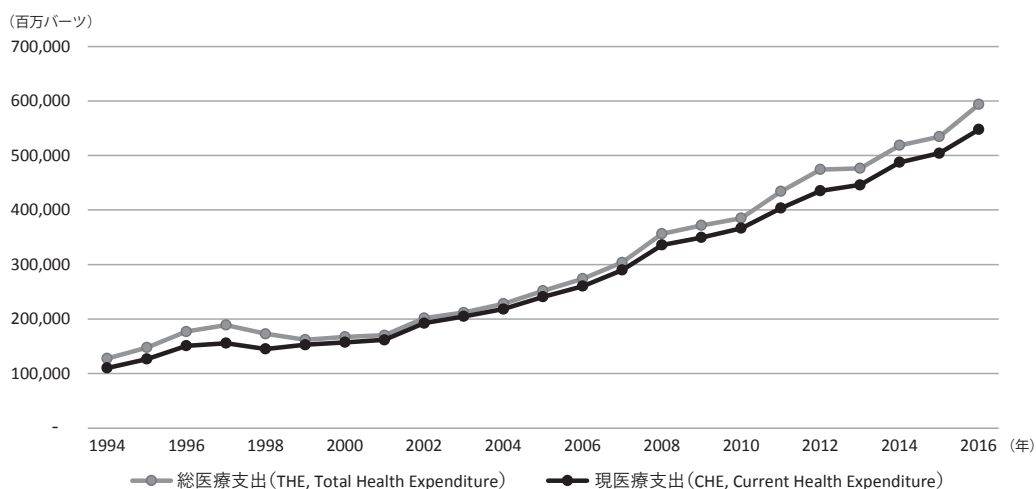
中心に高度先端機器が導入されている一方、予算制約の強い公的医療では選択的（ないし効率的な）医療機器整備となっている。一例をあげると、脳卒中の診断のためにCT撮影が必要で、郡病院から県病院に送られ、そのまま県病院で治療が行われる場合もあれば、郡病院に戻って治療を受ける場合もある。

3. 医療費保障、財政制度

(1) 概要

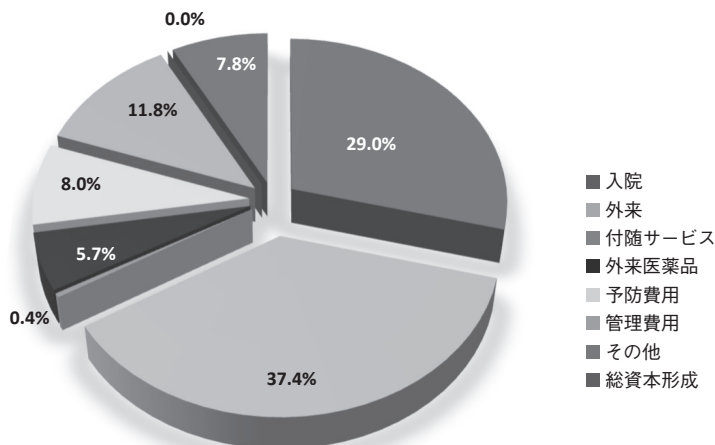
2016年度において、総医療費は5,939億バーツ（GDPの4.1%（ASEAN諸国では標準的）、1バーツは約3.5円）となっている。経済が大きく落ち込んだアジア通貨危機（1997年）の時期を含め、総医療費は一貫して上昇しており、1994年から、2016年までの間に約5倍に、GDP

図1 総医療支出および現医療支出 (Total Health Expenditure and Current Health Expenditure), 1994-2016



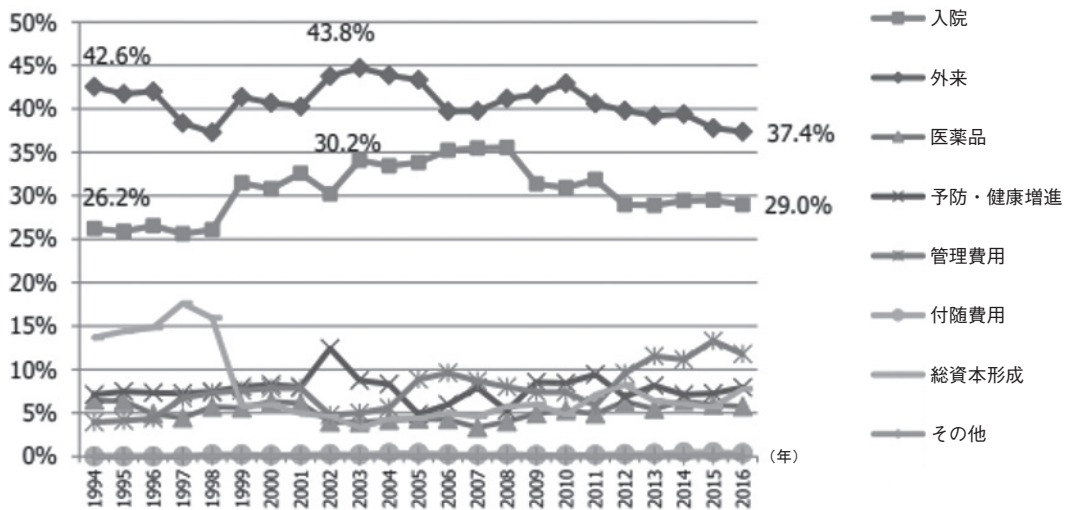
(注) 図中、THEは資本形成を含み、CHEは資本形成を除く
出所：Thai National Health Account 2016より

図2 総医療支出内訳 (Total Health Expenditure by Function), 2016



出所：Thai National Health Account 2016より

図3 総医療費支出 内訳・経年 (Total Health Expenditure by Function), 1994-2016



出所：Thai National Health Account 2016より

比は3.5%から4.1%へと増加している。また、総医療費のうちの政府支出の割合は、1994年の45%から2016年の78%へと大きく増加している（後述するUCスキーム創設は2002年）。

総医療費の内訳は、外来37.4%、入院29.0%、管理費11.8%、予防費用8.0%、総資本形成7.8%などとなっている。医療費保障に関しては、公務員、民間被用者、低所得者、障害者などへの漸進的な拡充のうえ、自営業者、農業者などを含め、2002年に国民皆医療保障（Universal Health Coverage）を達成し、中低所得諸国の医療システム発展の「優等生」と目されている。

医療費保障制度は大きく、①UCスキーム（Universal Health Coverage Scheme、②、③以外の国民の76%をカバー、税財源）、②社会保障スキーム（Social Security Scheme、民間被用者への社会保険、国民の17%をカバー、政労使3者の保険料拠出）、③公務員医療給付スキーム（Civil Servant Medical Benefit Scheme、国・地方公務員・軍人・教員など、国民の7%をカバー、税財源）に分かれる。

一方、予防、健康教育、訪問診療などの地域

保健サービスは、3制度のどの加入者も①のUCスキームから供給・支出されており、また、救急医療については、形式的には3制度とは別枠のタイ救急医療機構（Emergency Medical Institution of Thailand：EMIT）が費用支出している（事務体制などは①と密接な関係にあるとのこと）。

(2) 医療費保障制度

① UCスキーム（Universal Health Coverage Scheme）

タイの医療費保障制度の中心となるのは、UCスキームであり、1980年代以降、公的医療保障の対象者を低所得者、障害者、任意保険料拠出者と拡大発展させていった末に、2002年、ポピュリズムの政治手法が特徴とされる当時のタクシン政権下で、「（自己負担）30パーツ医療制度」として、被用者、公務員を除く国民を対象とする普遍的制度として確立された。その後、自己負担免除の適用対象が拡大していき、現在では、自己負担なしの制度となっている。

当初は、他制度に比べて給付制限的であったが、その後、HIV治療、腎臓病治療（透析、移

植等)、インフルエンザワクチン接種対象者の拡大、介護への対応など漸進的に給付対象を広げ、現在では、社会保障スキーム(②)に近づいている。一方で、公務員制度とは給付内容、対象医療機関とも限定的で制度的な差異は大きい。

受診できるのは、原則、公的病院・大学病院であり、2.(2)③医療提供体制で述べた、疾病内容、重症度に応じて、タンボン健康増進病院(1次)→郡病院(2次)→地方・県病院(3次)へと紹介され、軽癒に伴い自宅への退院ないし、逆紹介されていくというのが原則である。一方で、居住地域、信頼性の面から3次病院を指向する患者・家族も多く、3次病院の混雑緩和が大きな政策課題となっている。

2002年のUCスキーム創設前は、各公的病院に直接保健省予算が配分されていたが、UCスキーム創設にあたり、NHSOが設立され、税財源が、NHSOを通じて一定のルール(外来費用の出来高、入院費用の包括払い(DRG)など)で各病院に配分される方式となった。これは「購入者と供給者の分離」と説明され、当時のイギリスNHS改革の影響がみとれる。ただし、病院側からみると、公的病院を管轄する保健省から各病院への資金供給(NHSO創設後も保健省から病院への相応の補助金がある)、地域有

力寺院・有力者・一般などからの寄付金(各種チャリティイベントも盛んである)、特別室料金の徴収などの収入手段があり、すべてをNHSO資金に頼っているわけではない。

NHSOは、保健大臣の所掌下にあるものの、独立運営委員会のもとに置かれ、保健省と対の形で地方事務所(13)、県事務所(77)が設置されている。各病院から診療実績が報告され、一定の査定のもと費用が償還される。

② 社会保障スキーム(Social Security Scheme)

1990年に創設され、一人以上の従業員を雇用する事業所に適用され、従業員の疾病、出産、児童手当、障害、死亡、老齢年金、失業がカバーされている。賃金のうち月額1,650バーツから1万5,000バーツの部分が保険料の算定対象となり、保険料率は雇業者5.0%、被用者5.0%、政府2.75%(内訳として、疾病、出産、障害、死亡の部分は、政労使それぞれが1.5%負担)となっている。

公的病院や中小民間病院、民間診療所などと提供医療内容を含めた契約を結んでおり(2011年時点で主契約病院242、従契約病院・ネットワーク2,141)、加入者はその範囲内で受診し、一定の条件の下、契約外の病院にも紹介可能と

表2 各制度の比較

	UCスキーム	社会保障スキーム	公務員医療給付スキーム
対象者数(2017年)	4,800万人	1,060万人	440万人
対象者	(他制度の対象者以外) 全て	本人のみ	本人+家族・父母
総支出(2016年)	1,093億バーツ(約3,800億円)	377億バーツ(約1,300億円)	710億バーツ(約2,500億円)
一人あたり支出	2,277バーツ	3,557バーツ	1万6,136バーツ
財源	税	保険料+税	税
支払い方式(外来)	人頭割	人頭割	出来高払い
支払い方式(入院)	DRGごとの包括払い (高額治療には別途の診療報酬)	DRGごとの包括払い	DRGごとの包括払い

(注) 1バーツ=3.5円で計算している。

出所: Health systems development in Thailand : a solid platform for successful implementation of universal health coverage より作成

なっている。自己負担はない。

制度は労働省の所管となっており、地域ごとの社会保険事務所が適用、保険料徴収など行っている。

対象者は被用者本人のみであり、家族など被扶養者は、UCスキームの対象となる。

③ 公務員医療給付スキーム (Civil Servant Medical Benefit Scheme)

3制度のなかでは、対象病院、提供医療内容、被扶養者の扱い（配偶者、子のほか父母もカバーされる）とも最も充実しており、民間被用者に比べ低報酬の公務員が就職先として人気（社会的威信の効果が第一であろうが）となる理由の一つが本制度の手厚さであると言われている。所管は財務省だが、事務公務員（国家、地方）、軍人などごとに分かれて運営されている。

対象病院は一定の限定はあるものの、富裕層向け民間病院以外はかなり広くカバーされており、他制度では定額払いとなっている外来医療も出来高となっており、ブランド薬など使用可能な医薬品も多くなっている。また、自己負担はないものの、外来は全額償還払いとなっている。

(3) 課題

2002年の国民皆医療保障の達成以来、制度の漸進的充実を図ってきており、タイの医療制度は波はありながらも依然、成長・発展局面にあるといえる。高齢化のインパクトや、生活習慣病対策（食事など予防を含め）、認知症対策の重要性は医療関係者に強く共有されている一方、医療ニーズに対してスタッフ・財源不足は深刻であり、交通事故対策を含め目先の課題に忙殺されている面も否めない。現在、次のような点が医療制度上の課題として指摘されることが多い。

- 予防・健康増進、生活習慣病、交通事故対策
- 医療提供体制（3次病院の過密解消、医療従事者の過重労働、地方分権化の流れと

の協調、公私の協調など）

- 医療ツーリズム振興とそれへの人材流出のバランス
- 3制度の平準化（給付内容、管理体制など）
- 長期的な財政安定（UCスキームへの自己負担導入など）
- 高齢化対応

4. 日本の国際協力

筆者は2017年秋より、厚生労働省から派遣され、JICA（国際協力機構）「タイ国高齢者のための地域包括ケア開発プロジェクト」長期専門家を務めている。ここで、10年を超えるタイへの高齢化分野の国際協力の流れ、現プロジェクトの概要を紹介したい。

(1) これまでの協力経緯

2007年に「コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデル形成プロジェクト」（通称C-TOP）が初の高齢化分野の協力プロジェクトとして開始され、全国4パイロットサイトで、日本の取組みを紹介・伝達しつつ、地域の実情に応じた保健と福祉の統合モデルの構築を図った。

その成果を踏まえ、2013年からは6か所に拡大したパイロットサイトにおいて、日本のケアマネジメントの考え方・ノウハウ、介護技術の紹介・伝達を行う「要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト」（通称L-TOP）が行われ、介護分野におけるタイ政府への政策提言も行った。

さらに、引続きタイ政府の要請に基づき、フェーズ3として、2017年に「高齢者のための地域包括ケアサービス開発プロジェクト」（通称S-TOP (Seamless care project for Thai Older Person) : Project on Seamless Health and Social Service Provision for Elderly Persons) が開始された。

(2) プロジェクトの目的、活動内容

① 背景

タイでは今後の高齢化の進展をにらみ、健康教育・予防の充実、生活習慣病の管理など非感染症対策を重点強化してきている。脳卒中（日本の介護保険において、認知症、骨折とならんでサービス利用に至る主要因）の急性期病院での救命率は着実に向上する一方、過度の混雑（急性期病床利用率は100%を超え、廊下にベッドが置かれているのが常態）もあり、平均在院日数は3～4日程度と急性期を脱し、ある程度の再発リスクが抑えられた時点で退院、多くの場合はそのまま自宅に戻り、寝たきりになるケースも少なくない。

このような状況の中で、急性期・亜急性期医療と慢性期医療・介護の「中間ケア」（IMC：Intermediate care）、リハビリテーション医療を定着することにより患者の予後向上、家族・社会の介護負担軽減を目指す必要性が認識され、（急性期病院に比べて）比較的余力のある郡病院（2次病院）に中間ケア病床（発展形として病棟）を置き、中間ケアを推進していくという方針が保健省から示された（2017年7月）。

一方、患者側からみると、県病院（3次医療；急性期）～郡病院（2次医療；回復期）～地域コミュニティ（1次医療；慢性期・介護）とサービス提供場所が変わっていくことになり、これらが連携し、「切れ目のない」サービスを構築していくことも強く認識され、JICAプロジェクトでは、中間ケアを中心にすえつつ、切れ目のない（seamless）サービス提供モデルをつくっていくことが目標とされた。

② 活動

地方・県病院、郡病院、タンボン健康増進病院、市・タンボン自治体などの訪問調査を経て、2018年6月、タイ政府と協議し全国7パイロットサイト（翌年1サイトを追加）を選定した。

その後、各サイトで関係者70人～100人程度とミーティングを行い、各地域の現状・課題の共有、キーパーソンを発掘を行い、2019年1月・

2月にサイト関係者・中央政府関係者を2回（名古屋・佐久、札幌）に分け、日本の急性期病院、回復期病院、介護施設、地方自治体などを訪問・意見交換を行った。その結果を踏まえ、同年4月に各パイロットサイトでの活動計画（アクションプラン）を策定し、その後、3か月ごとに進捗状況の確認（monitoring & evaluation）を文書で行いつつ、順次、サイトにおいて意見交換会を実施し、各病院などの進捗や課題の発表、日本の経験・現状（例えば、回復期病棟、介護保険、チームリハビリテーション、病院間連携）の紹介、タイの制度・現状を踏まえた助言を行っている。

また、各パイロットサイトの関係者（リハビリテーション医、看護師、理学療法士、関係機関幹部）や中央政府職員を対象とした日本研修、日本人専門家を招いたセミナー開催などの活動を行っている。

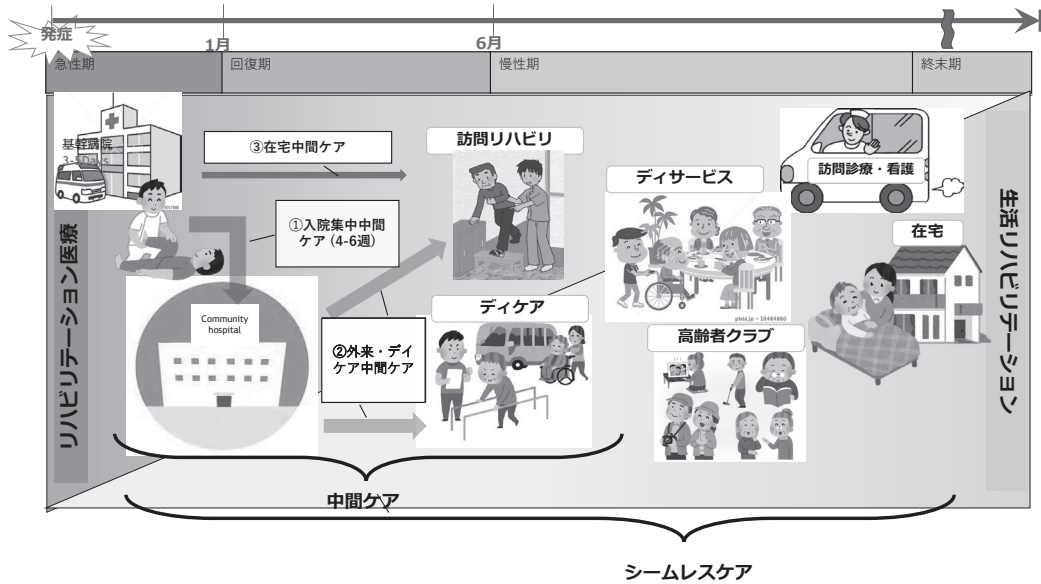
③ 現状・課題

日本に比べて少ない医療資源・予算のなか、殺到する患者・家族に医療スタッフは献身的に対応している。一方、濃淡の差はあるものの、教育・留学等を通じ、世界的な医療情報に接して高い水準の医療技術・知識をもつ医療従事者も多く、高齢化の進展を肌で感じ、いまや高齢化問題の世界最先端に立った日本の取組み、課題、あるいは発展する医療技術の実際の適用状況などへ強い関心をもっている。

こうした中、各パイロットサイト（いずれも黎明期ながらタイでの中間ケア（リハビリテーション医療）の先進地）では、「何が課題で」「何をすべきか（何から手をつけるべきか）」といったことは整理されつつあり、実践をつみ重ねはじめた段階にある。これに応じてプロジェクトでは、サービスの質・量の向上、地方自治体の介護サービスの支援・連携向上（家族介護を支えるデイサービス施設拡充の萌芽がみられる）、国レベルでの財政支援の拡充、短期的・長期的な人材養成・確保などの課題について、状況調査、関係者との意見交換、日本のリハビリテーショ

図4 プロジェクトで目指すタイムモデル

急性期病院、郡病院とも入院期間の制約があるため、回復期においても外来・地域リハビリ医療での継続が不可欠。



ン発展過程の経験の共有などの取組みを行っている。2022年秋のプロジェクト終了にむけて、ちょうど折り返し地点を迎えるところであり、改めてこれまでの活動・成果を振り返り、今後の重点課題を設定・共有する時期となっている。

参考文献

- ・The Kingdom of Thailand Health System Review - Asia Pacific Observatory on Health Systems and Politics (http://www.searo.who.int/entity/asia_pacific_observatory/)

- publications/hits/hit_thailand/en/)
- ・ Health systems development in Thailand : a solid platform for successful implementation of universal health coverage (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618301983>)
 - ・ Thai National Health Accounts 2016 (<http://www.ihppthaigov.net/research-program/national-health-accounts-nha/>)
 - ・ A History of Thailand Chris Baker Pasuk Phongpaichit, Cambridge university press
 - ・ タイの医療福祉制度改革 河森正人 御茶ノ水書房 2009
 - ・ アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書・各国編 国際協力機構・三菱UFJリサーチ&コンサルティング (http://open_jicareport.jica.go.jp/211/211/211_100_12079950.html)
 - ・ タイの医療保障と高齢者介護 菅谷広宣 健保連海外医療保障 No.106
 - ・ 物語タイの歴史 柿崎一郎 中公新書 2007
 - ・ タイ 中進国の模索 末廣昭 岩波新書 2006
 - ・ 「タイの医療の状況とわが国の医療分野の国際展開支援」 唐木啓介 盤谷日本人商工会議所所報 2015年9月号
 - ・ 「高齢者のための地域包括ケア開発プロジェクト」 小出顕生 盤谷日本人商工会議所 所報 2018年8月号
 - ・ 「国際協力最前線 地域包括ケアサービス開発プロジェクト」 小出顕生 バンコク時事速報(https://www.jica.go.jp/thailand/office/others/introduction/ku57pq00000dfqmc-att/front_153.pdf)

インドの公的医療保障制度

株式会社 千正組
代表取締役
千正 康裕
Sensho Yasuhiro

筆者は、厚労省に勤務していた頃、2013年7月からの3年間、デリーの在インド日本国大使館に派遣され、一等書記官として、医療分野を担当していた。このポストには現在も厚労省から継続して出向しているが、当時は医薬品・医療機器など日本の医療関連産業の対インド進出支援を主なミッションとして設けられた新規ポストだった。厚労省がインドの医療分野の情報収集を始めたり、インド政府のカウンターパートである保健省と交流を始めたのも筆者がデリーに勤務中のことだった。2016年7月に帰国し、厚労省に戻ってからも2018年10月のアジア健康構想に関する日印政府間の協力の覚書の交渉など日印の医療分野の協力を尽力した。2019年9月末に厚労省を退官し、現在は日系企業の対インド進出支援や医学界の日印協力を支援するなどの活動もしているが、日本国内にインドの医療分野の正確な情報を持っている組織や人材が極めて少ないと感じる。そうした中で、本稿の執筆の機会をいただいたのは大変ありがたいことであり、インドの医療制度を理解する一助となれば幸いである。

1. インドの概要

まず、インドの公的医療保障制度を理解する前に、多くの日本人にご理解いただきたいことが2点ある。一つはインドを日本と同様の感覚で「国」ととらえてしまうと理解が難しいということである。むしろ大陸と言ってもよいほどの大きさや多様性がある。もう一つは、アジアの途上国ととらえている方が今でもいるかもしれないが、そのようなイメージもインドの正確な理解の妨げとなると考えられる。急速な成長の途上にあり、グローバル企業の経営陣に多くの人材を輩出するなどエリート層の活躍はめざましい。また富裕層と貧困層の生活は大きく異なり、アクセスする医療についても同様に大き

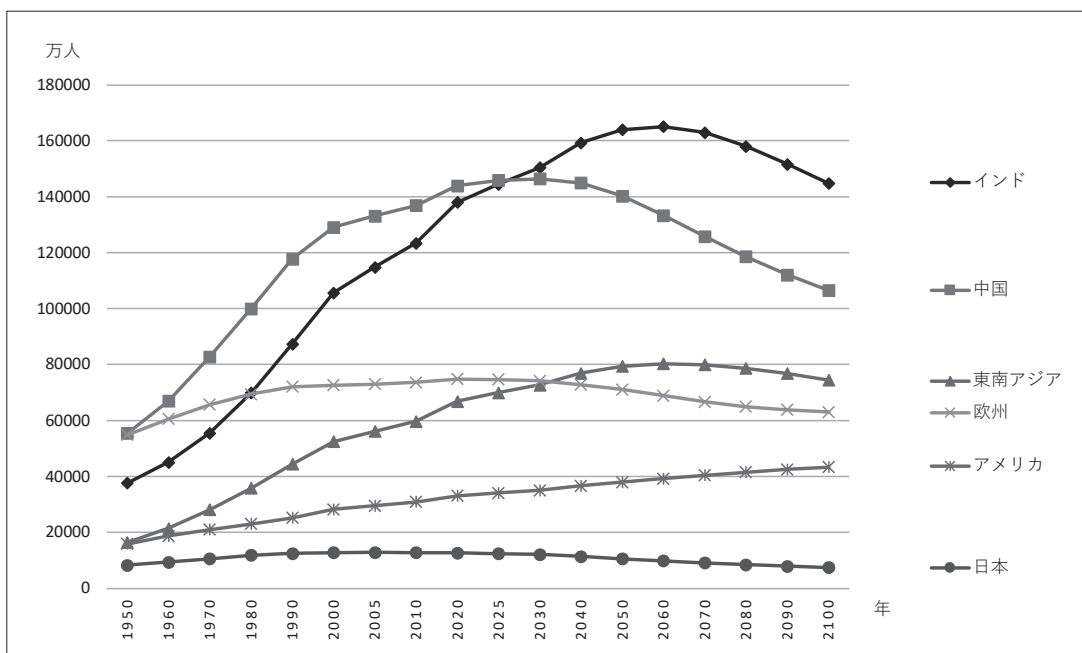
く異なることに留意が必要である。このため、医療保障制度に立ち入る前にインドの概況を以下に記した。

(1) 巨大な人口と成長性

インドは面積にして日本の約9倍、人口にして日本の約10倍の巨大な国であり、南アジア地域随一の大国である。

国連経済社会局人口部が発表した「世界人口推計2019年版」によると、2019年のインドの人口は13億6,642万人で、中国の14億3,378万人に次いで世界第2位である。そして、2027年頃には中国を抜いて人口が世界最大の国となると予測されている。さらに、2030年には15億3,644万人、2050年には16億3,917万人まで増える見込みで

図1 世界人口見通し



(注) 東南アジアは、ブルネイ、カンボジア、インドネシア、ラオス、マレーシア、ミャンマー、フィリピン、シンガポール、タイ、ティモール、ベトナム。欧州はロシアや東欧諸国を含む。

出所：[World Population Prospects 2019] United Nations Department of Economic and Social Affairs

ある。中国は、一人っ子政策を転換したものの、既に人口の伸びは鈍化しており、2030年代に入ると人口が減少に転じ始める。

図1を見ると、アメリカ、欧州、東南アジア、中国と比較しても、インドの人口規模の大きさと成長性がよく見て取れる。

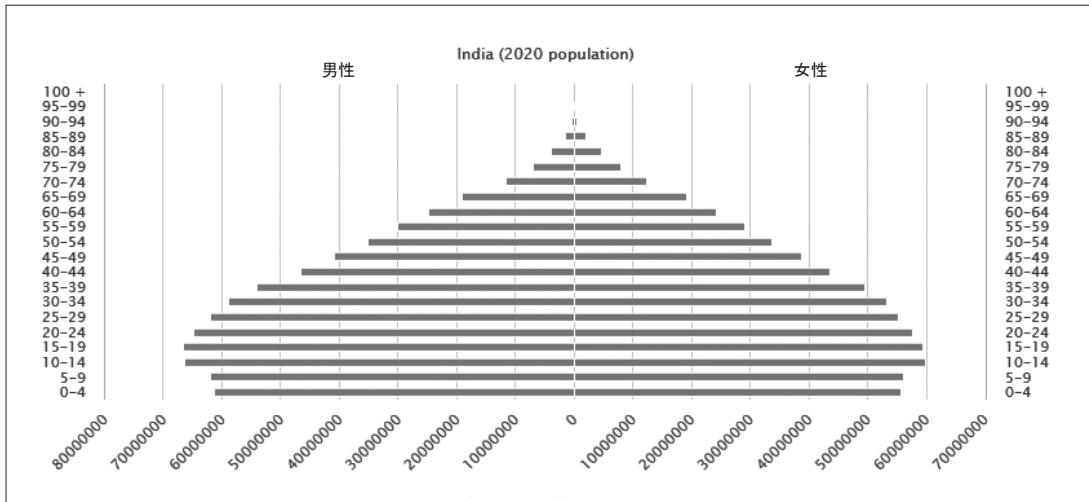
(2) 人口構造

このように、人口が増加していく見通しのインドであるが、現状の人口構造を見てみたい。インドは人口の約半数が25歳以下という非常に若い国であり、インドを語る時にこの特徴は欠かせない要素である。図2を見ると分かるように、ほぼ富士山型である。あるいは、タージマハルの屋根型と言ってもよいかもしれない。このように若年層が多く、今後生産年齢人口が大きく拡大していくという人口構造が、今後のインドの成長を支えているといえる。これは、日本をはじめとする高齢化が進んでいる先進国と

は大きく異なる状況である。

このため、現在のインドの公的医療保障制度についても、今後大きく変化していく可能性があることに留意が必要である。例えば、後述する医療保険制度についても、概ね従業員10人以上の事業所で働いている労働者（organised sectorで働いている労働者）を対象とする従業員国家保険（Employees' State Insurance：ESI）という制度がある。organised sectorで働く労働者の割合が現状では1割に満たないことから現状の加入率は低いが、今後インド経済が発展し、モディ政権が提唱するMake in India構想が実現するならば、この割合が自然と高まり、医療保険の加入率も高まることになるだろう。これは、日本において戦後農業者人口が減少し被用者が増えていった結果被用者保険の加入者が増えていったのと同じ道りである。

図2 インドの人口ピラミッド



出所：worldometer

(3) 多様性

規模に加えて、インドを理解する上で、忘れてはならないキーワードは多様性である。インドは28の州と9つの連邦直轄領から構成されており、州が異なれば、人種、言語、宗教、文化が異なる。大まかにいうと、デリーなど北インドはインド・アーリア族が中心であり、いわゆる多くの日本人のインド人のイメージに近い。チェンナイなど南部はドラビダ族が多く、やや小柄で肌の色が濃い。また、ミャンマーに近い北東部ではモンゴロイド族が中心であり、日本人や東南アジアの人に近い容貌をしている。

2011年インド国勢調査によると、ヒンドゥー教79.8%、イスラム教14.2%、キリスト教2.3%、シク教1.7%、仏教0.7%となっている。インド人という頭にターバンを巻いている姿を思い浮かべる人もいるかもしれないが、あれは北部のパンジャブ州を中心としたシク教徒の風習で多数派ではない。

同じく2011年のインド国勢調査によると、識字率は74%とされており、満足に教育を受けられない層も未だに残っている。一方で、エリート層の教育水準は非常に高く、私立学校に通って幼少期から英語で教育を受け、欧米の大学に

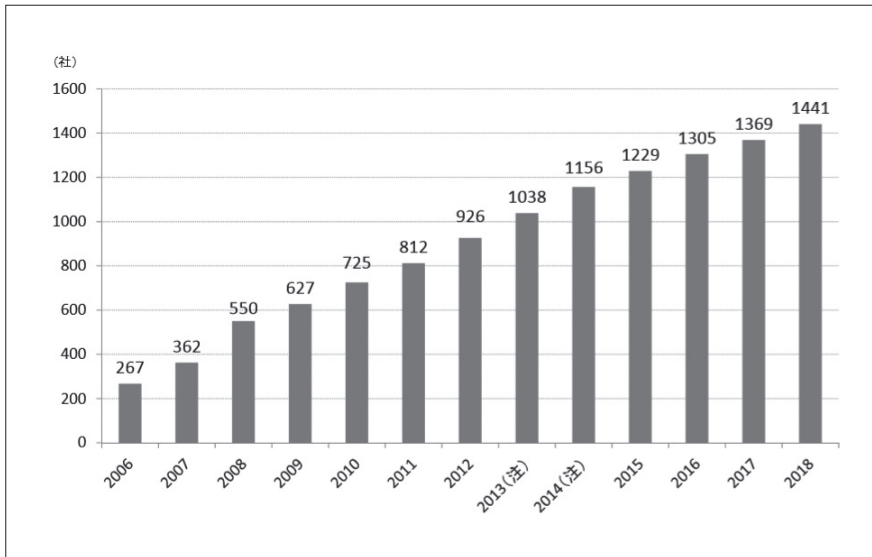
留学する者も多い。

なお、インドというとヒンディー語というイメージがあるかもしれないが、2011年のインド国勢調査によると、ヒンディー語話者は43.6%にとどまっている。その他、ベンガル語8%、マラティ語6.9%と続いており、インド人が全員話す言葉というのは存在しない。強いて言うと、法律、教育、政治、ビジネスなどの分野で事実上の公用語としての役割を果たしているのは英語である。

(4) 経済成長

インドは、BRICSと呼ばれる新興国の中でも、順調な成長を続けており、2019年後半はやや失速しているが、GDP成長率は概ね毎年7%程度で推移している。IMFの統計によると、2018年の名目GDPは世界第7位であり、2兆7,187億ドルである。これは、5位のイギリスや6位のフランスとほぼ同水準であり、3位の日本の半分強の規模である。一方で、1人当たり名目GDPは世界144位であり、2,038ドルにとどまっている。なお、日本は26位であり、3万9,304ドルである。インド国内の経済格差は大きいものの経済成長を背景として、中間層が増

図3 インド進出日系企業数の推移 (在インド日本国大使館調査)



(注) 2014年、2013年企業数は、2015年調査時の修正値

出所：在インド日本国大使館調査 (2006年は1月、2007年は2月、その他は各年10月時点)

えており、ユーロモニターによると、世帯年収5,000ドルを超える中間層は2017年には人口の約50%にまで拡大している。

インドの成長は金融やITなどが牽引しているが、こうしたセクターは雇用の創出効果が限定的であり、また一定水準以上の教育も必要である。このため、高度な教育を受けていない若者の雇用が課題となっている。このため、モディ首相は、Make in Indiaをキャッチフレーズに、インドを世界の工場にする構想を掲げている。また、海外への出稼ぎも積極的に行っており、日本でも既にインド人ITエンジニアなどの技術者が活躍しているほか、技能実習生の送り出しも始めてたところである。

インドの潜在力を示すデータとしてJBIC (国際協力銀行)の調査がある。日系企業にアンケートをとった中期的有望事業展開国ランキングでは中国を抑えて1位となっている。実際に、図3に示したように日系企業の進出も毎年100社程度増えており、在インド日本国大使館およびJETRO (日本貿易振興機構)の調査では、2018年10月時点で1,441社となっている。イン

ドの医療事情や医療アクセスは、現地に拠点をもち駐在員を派遣する日系企業の関心事にもなっている。

2. インドの医療保障制度

(1) 概要

インドにおいても被用者保険として医療、高齢、死亡などを保障する公的制度は存在するが、大まかにとらえようとすると、それは「低所得の賃金労働者」を対象としたものであると考えてよいと思う。つまり、非正規雇用や自営業の労働者には基本的に公的な社会保障制度は行き届いておらず、また、正社員であっても大卒の高給の労働者については自助努力で行うべきであり、政府が保障する必要はないという考えが根強い。

具体的には、各種社会保障制度は、労働者が属する部門 (組織部門 (organised sector) または非組織部門 (unorganised sector)) により異なる。また、組織部門に属する場合でも賃金水準によって大きく異なる。組織部門は、一般

に中央政府・地方政府や公社等の公的部門や工場を中心とする一定規模（制度や州により異なるが概ね10人以上の労働者を雇用する企業）の民間企業を指し、これらの部門に属する一定水準以下（例えば医療に関する被用者保険のESIは月給2万1,000ルピー（2020年3月16日時点のレートで3万4,000円程度）¹⁾以下）の賃金の労働者に対しては各種社会保険が強制適用され、退職、死亡、障害等の生計リスクをカバーしている。一方、非組織部門に属する労働者や、組織部門に属する労働者であっても賃金が一定水準を超える労働者には、社会保険は強制適用されず、一部任意加入の仕組みが存在するにとどまる。なお、大卒の高給の労働者が勤める会社は、公的制度ではなく会社の福利厚生として民間の医療保険（団体保険）に加入しているケースもある。正確な統計はないが、民間保険も含めて何らかの医療保険に加入している者は国民の25%程度ではないかと言われている。

まだまだ、社会保障制度の対象は非常に限定的であり、富裕層を除くと主に生計リスクは伝統的な家族観を背景とした家族・親族間の支え合いによって賄われているのが現状であり、例えば手術が必要になるケースでは、親戚中からお金を集めて手術を受けさせ、親戚中でシフトを組んで患者に付き添うのが一般的である。

医療の提供体制については、欧米並みの設備と技術を備えた富裕層向けの民間病院（株式会社が経営する巨大チェーンがある）がある一方、無料で診察を行う公立病院を中心とした貧困層が利用できる医療機関があるが、供給量が充分ではなく、医療アクセスは限定的である。さらに、都市と農村部での医療資源の格差が大きく、大都市の大きな公立病院には州をまたいで患者が治療を受けに来ている。

なお、インドの医療機関の4分の3が民間病院と言われているが、皆保険ではないので政府のコントロールは医療の基準、治療行為、値段などに及ばず、日本の感覚で言うとインドの民間病院は自由診療の病院と思った方がイメージに近い。

インドの医療保障制度は、日本のような国民皆保険制度ではないので同じ切り口で比較するよりも、①公的病院による医療サービスの直接提供、②薬価規制による医薬品へのアクセス向上、③公的医療保険制度、④貧困層への医療保障制度といった政策を重層的に行っているものととらえることを勧めたい。

なお、本稿では深く立ち入らないが、現代医学が国の隅々まで行き渡っていない状況の中で、アーユルヴェーダに代表される伝統医学も人々の日常的な病気の治療や健康づくりに大きな役割を果たしていることにも触れておきたい。インドでは現代医学の医師とアーユルヴェーダの医師は、医科大学における教育、国家資格、所管省庁まで異なっており、両方のシステムが併存している。これは、西洋医学の医療アクセスを戦後一気に拡大させたわが国と対称的であり興味深い。現代医学の医師の登録数は104万1,395人であり、アーユルヴェーダの医師の登録数は77万3,668人である（いずれも2017年度までに登録された数）。

(2) 公衆衛生の状況

インドの国民の基礎的な保健分野の指標は、下の表1のとおりであるが、格差の大きな国なので平均値をとらえる意味合いが日本と異なることに留意していただきたい。主な死因となっている疾患等（2015年）を見ると、多い順に①循環器系疾患（33.2%）、②感染症および寄生

表1 インドの保健分野の基礎的なデータ

平均寿命（男）	67歳	2016年
平均寿命（女）	70歳	2016年
新生児死亡率（出生1,000当たり）	30	2018年
5歳以下死亡率（出生1,000当たり）	37	2018年
妊産婦死亡率（出生10万当たり）	145	2017年
1人当たり医療費	267ドル	2014年
医療費の対GDP比	4.7%	2014年

出所：「World Health Statistics 2019」WHO

虫症（11.0%）、③呼吸器疾患（9.0%）、④周産期に発生した病態（6.6%）⑤損傷、中毒およびその他の外因の影響（6.2%）、⑥新生物（腫瘍）（5.3%）、⑦消化器系疾患（4.4%）（※全死亡者数の22%についての分析）である。

（3）医療提供体制

公立医療機関には、一次医療機関として地域医療を支えるサブ・センター（Sub-Centre）およびプライマリー・ヘルスセンター（Primary Health Centre）のほか、二次医療機関としてのコミュニティ・ヘルスセンター（Community Health Centre）、三次医療機関としての準地域病院（Sub-divisional Hospitals）、地域病院（Districts Hospitals）がある。2万3,582か所の病院が71万761床を有している（一部コミュニティ・ヘルスセンターの数を含む）が、これは、一床当たり1,844人となる。地域で見ると、約7割の人口を有する農村部では1万9,810病院27万9,588床であるのに対し、都市部は3,772病院43万1,173床となっており、圧倒的に都市部に集中していることがわかる。

保健・一次医療を担当する公立医療機関を見てみると、サブ・センター、プライマリー・ヘルスセンターは約20万か所、コミュニティ・ヘルスセンターは約7,000か所、準地域病院、地域病院は約4,000か所である。

もっとも、インドの病院の4分の3程度が有料の民間病院であることから、この公的医療機関は基本的には医療費を負担できない貧困層の国民が医療にアクセスできるように整備されているという側面があることに留意いただきたい。

現行の公立病院は、需要に対して供給するサービスの総量が不足している。また、医師・看護師の数の少なさや施設・機器の不足・老朽化等が問題となっており、十分な役割を果たしているとは言いがたい。特に、サブ・センターにおいては、医療専門職のいないセンターが多いとの指摘がある。こうした状況に対応するため、インド政府は、公立病院の機能強化のための予算の割り当てとサブ・センターの強化を進

めている。長寿化計画（Ayushman Bharat）の下、現行の約15万のサブ・センターは、健康・保健センター（Health and Wellness Centre）として、医療専門職の配置や必須医薬品の提供や臨床診断が実施されるよう強化を進めている。

（4）医療保険制度

① CGHS（Central Government Health Scheme）

国家公務員を対象とした医療サービスであり、60年の歴史を持つ。

ア）対象者

中央政府の公務員と扶養家族、中央政府の退職者と扶養家族、中央政府の退職者の未亡人で遺族年金の受給者、国会議員と家族、元国会議員と家族など。

イ）対象となる医療

外来診療（投薬を含む）、総合病院または公立病院の専門医の診療、公立病院および指定病院における入院治療、院内での治療・手術、公立および指定検査機関での検査、救急医療、伝統医学の診察および投薬など。民間病院の場合、病棟ごとに月の支給額が決まっており、一般病棟は4万7,600ルピー、半個室病棟は4万7,601ルピー～6万3,100ルピー、個室病棟は6万3,101ルピー以上となっている。

ウ）保険料（拠出金）

公務員の給料に応じて、250ルピー、450ルピー、650ルピー、1,000ルピーのいずれかの拠出金が毎月給料から控除される。

退職者および遺族年金受給者の拠出金は、退職時または国家公務員の死亡時における金額とされる。CGHSを活用したい退職者は、毎年拠出するか、10年分の拠出金を一括払いして生涯カバーされるかを選択する。

エ）加入者数

102万6,110世帯

受給者数 335万9,445人

② 従業員国家保険 (Employees' State Insurance : ESI)

組織部門で働く一定賃金以下の労働者を対象に加入が義務づけられている公的医療保険制度である。1948年従業員国家保険法 (Employees' State Insurance Act, 1948) に基づいて、従業員国家保険公社 (Employees' State Insurance Corporation : ESIC) が運営している。

ア) 被保険者資格

以下のいずれかの事業所で働く月収2万1,000ルピー以下 (障害者は月収2万5,000ルピー以下) の者 (就労が年間7か月に満たない季節労働者を除く)。

- ・労働者10人以上の工場
- ・労働者10人以上の店舗、ホテル、レストラン、映画館、自動車運送業、新聞、民間の教育施設・医療施設の事業所 (一部の州では20人以上)

- ・建設業

イ) 給付対象

- ・被保険者およびその家族
- ・年間120ルピーを拠出する退職者とその配偶者

ウ) 給付の種類

- ・現物給付

従業員国家保険が運営する病院における外来診療および入院 (いずれも無償で上限額はない。医薬品も含む)。

- ・現金給付 (傷病手当)

過去6か月のうちに78日以上保険料の納付実績がある場合、認定された病気にかかった期間 (年間最大91日)、賃金の70%が支給される。

悪性の長期疾患の場合は最大2年間、賃金の80%が支給される。

避妊手術について男性の場合は7日間、女性の場合は14日間の賃金の100%が支給される。

妊娠・出産について、26週間の賃金の100%が支給される。

なお、医療関連給付以外に、以下の給付

がある。

- 労災による障害や死亡 (遺族年金) について賃金の90%の年金給付
- 失業保険 (最長2年間。失業時の無料職業訓練を含む。)
- 葬祭費用 (1万ルピー)
- 出産費用

エ) 本人負担割合等

なし。

オ) 保険料

失業保険、労災保険などを含む従業員国家保険制度全体の保険料は、賃金の4.75%を事業主が、1.75%を労働者が、それぞれ負担する。ただし、新規加入時から2年間は事業主3%、労働者1% (賃金日額137ルピー以下の労働者は保険料負担免除) を負担する。

カ) 加入者数

被保険者数 3,196万人 (2017年3月末)
受給者数 1億2,402万人 (2017年3月末)
事業所数 89万8,000

キ) 給付総額

医療給付支出額 625億6,570万ルピー (2016年度)

③ 国家国民医療制度 (Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana : PM-JAY)

貧困層については、これまで入院医療を含む二次・三次医療をカバーする国家医療保険制度 (Rashtriya Swasthya Bima Yojana : RSBY) があったが、一世帯5人までと給付対象者が限定されていたこと、世帯の年間給付額の上限が3万ルピーであり支給額が低かったことなどから、十分な医療が受けられる手厚いものではなかった。インド政府は、人口の62.5%がいかなる医療制度の対象にもなっておらず、重い医療負担により人口の4.6%が貧困ライン以下に落ちていると指摘しており、社会的弱者への医療の経済負担の軽減と質の高い医療サービスへのアクセスを実現することが喫緊の課題となっていた。

こうした状況に対し、2018年8月に長寿化計画の下、RSBYの対象者を大幅に拡大し、給付内容が強化された長寿化計画・国家国民医療制度 (Ayushman Bharat PM-JAY) が創設された。完全に実施されると、人口の底辺から40% (貧困層や指定カースト²⁾) をカバーすることとなる。2018年11月現在、33の州および政府直轄地域で制度が実施され、民間病院の登録や病院、州政府担当者の研修、対象者の登録などが進められている。十分な予算の確保、当該制度の全インドでの実施 (実施責任は州政府)、民間病院での円滑な実施などの課題がある。インドでは大きな制度を導入しても実際の運用が制度どおりにいかないことも多いが、インド政府が打ち出すユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けた野心的な取組であることは間違いなく、今後の動きが注目される。

ア) 運営主体

中央政府保健家族福祉省 (Ministry of Health and Family Welfare) の下部組織である国家保健庁 (National Health Agency) が制度の設計や運営管理を担当。実際の運営は、国のガイドラインに基づいて州政府が行う。州によって、以下のいずれかの方法で医療費を支払う。①自前の信託組織 (17州)、②民間保険会社に委託 (6州)、③5万ルピー以下を民間保険会社で、それより大きな額は自前の信託組織 (9州)

なお、32の州または連邦直轄領で実施している (2019年1月時点では、デリー準州、テランガナ州、オリッサ州は、州独自の医療制度を実施していることを理由にPM-JAYを導入していない。また、西ベンガル州は制度の実施を取り下げた)。

イ) 被保険者資格

- 2011年社会経済カースト調査 (SECC) による貧困家庭
- 農村部の貧困家庭、都市部の定められた職業に就いている労働者とその家族
- 旧RSBYの対象世帯の者 (政府が定める貧困ライン以下 (Below Poverty

Line : BPL) の世帯に属する者)

ウ) 給付対象

イ) と同じ。

エ) 給付の種類

公立病院または登録された民間病院で外来診療および入院が可能 (給付上限は一家族年間50万ルピー)。州をまたいで受診することも可能 (登録病院数は2万908 (2019年11月25日時点))。入院前 (3日間) および入院後 (15日間) の検査診断、医薬品など二次医療、三次医療に該当する薬1,350の医療が対象。

オ) 本人負担割合

なし。

カ) 保険料

保険料の自己負担はない。

全額公費が財源となっている。60%を中央政府が負担し、40%を州政府が負担する。ただし北東州とヒマラヤ周辺部の各州については、中央政府が90%を負担し、州政府が10%を負担する。連邦政府直轄領 (デリー準州、ボンディシェリを除く) は中央政府が100%負担する。

キ) 加入者数

対象家族数 : 1億740万家族

対象者は約5億人と見込まれる。

ク) 給付総額

17億2,000万ルピー (2018年10月1日現在)

④ 最近の動き

2019年、インド政府は従業員国家保険 (ESI) と長寿化計画・国家国民医療制度 (Ayushman Bharat PM-JAY) という2つの制度の連携強化、運営組織である従業員国家保険公社 (Employees' State Insurance Corporation : ESIC) と国家保健庁 (National Health Agency) のパートナーシップ強化を打ち出している。

この長寿化計画 (Ayushman Bharat) と従業員国家保険 (ESI) のシナジー効果により、従業員国家保険 (ESI) の被保険者は、長寿化計画・国家国民医療制度 (Ayushman Bharat

PM-JAY)の指定医療機関の医療サービスを活用することができ、また、逆に長寿化計画・国家国民医療制度(Ayushman Bharat PM-JAY)の被保険者も従業員国家保険(ESI)の指定医療機関の医療サービスを活用することができるようになる、言わばエコシステムを創出するものとしている。インド政府は、この両制度の連携について、インドにおける医療制度の進展にとってランドマークとなる取組としているが、これまで大きな保険制度を持たなかったインドにおいて、一定所得以下の世帯が対象となるとはいえ、対象者の規模の大きな保険制度ができあがっていくことは、間違いなくインドの医療アクセスを向上させるものとして期待を寄せたい。

3. 日本とインドの医療分野の協力による互恵的な関係

本稿を読んでおられる方の中には、まだインドという国にあまりなじみのない方も多いかもしれないが、インドが世界の中で置かれている状況や、インドの医療保障制度やその最新の動きについて、ある程度イメージが湧いただろうか。

インドを知るに当たって、インドそのものの事情に加えて、日本との関係で強調したいことがある。それは、インドと日本は人口構造やその将来見通し、経済発展の段階、そして医療環境も真逆と言っていいほど異なるということである。そして、そうであるからこそ、2013年から日印の医療分野の協力に取り組んできた筆者としては、日本とインドが医療分野で協力を進めることによって、インドの医療に貢献するだけでなく、むしろ日本の医療・介護にも大きな貢献が期待できると確信している。

(1) 日印の医療分野の協力の歩み

① 日本政府の医療分野の国際展開の方針と筆者のインド赴任

2013年7月に、筆者が厚労省から初めて在イ

ンド日本国大使館に派遣されたのと時を同じくして日本政府は医療の国際展開に力を入れ始めた。厚労省には、各国の保健省との協力を進めるためのチームとして、医政局総務課に「国際医療展開室」が設置された。また、医薬品・医療機器等の規制分野の国際調和・国際協力に関する中長期的なビジョン等を示した「国際薬事規制調和戦略」も策定された。そうした状況の中で、インドに送り出された筆者は、いわば相手国政府と日常的に接するフロントの営業マンのような立場であった。

② ゼロからのスタート

実際に、インドに赴任してみてすぐに気づいたのは、日本の厚労省とインドのカウンターパートである保健家族福祉省の間には交流が全くと言っていいほどなかったことである。もっと言うと、現地の在インド日本国大使館もインド政府の各省庁と協力を進めていたが保健家族福祉省とのコネクションはゼロに等しい状況だった。筆者が保健家族福祉省を初めて訪問した時に、大使館の公用車のベテランの運転手に尋ねたところ保健家族福祉省に行ったことはないと言われた。

当時から、日本側の大学の医学部などの研究機関もインドの研究機関と共同研究をしているところもあり、また、インドに進出している日系の医療関連企業もいくつかあったが、その情報はどこにも集約されていなかった。筆者は、日系の医薬品・医療機器関連企業の支援をするためにインドに行き、こいと厚労省から送り出されたのだが、そもそも日系企業がインドのどこに拠点を持っていてどのようなビジネスをしているのかといった情報を業界団体も十分に把握できていない状況であった。

③ ミッションを見つけるまで

率直に言うと、当時の筆者は大いに戸惑った。初めての海外生活、大使館勤務、インド、英語、そういったものへの戸惑いもいくらかあったが、何よりも自分を戸惑わせたのは、何をすればよい

か分からないことだった。厚労省での仕事は人事異動のサイクルが短く、次々と異なる分野の政策を担当することになるが、新しい部署に異動した段階で自分のミッションというのは常に具体的で明確だった。例えば、筆者がインドに赴任する直前に担当した業務でいえば、「再生医療の研究・実用化を安全かつ迅速に進めるためのルールを作るために、新しい法律の案をまとめて、国会に提出する。」といった具合だ。インドでは「日系の医薬品・医療機器関連企業のサポートをする。」という漠然とした目的は厚労省からもらったが、具体的に大使館の書記官の立場で何をすればよいかは全く分からなかった。具体的に達成すべきミッションを明確にすることが赴任当初の自分にとっての最大の課題だった。

そこで、筆者はインドに進出している日系企業やインドの研究機関との協力を進めたい医療関係者がいるという情報をつかんだら、とにかく会って話を聞くことにした。どの本にも載っていない情報は、実際に取り組んでいる人の一次情報を聞きに行くしかないと考えた。また、インドの保健家族福祉省や医療関係者にも何かにかこつけてなるべく直接会う機会を増やしていった。徐々に日印の医療分野の協力のパーツ情報が自分の中に積み上がって行って、イメージが立体的になり、さらに解像度が上がっていく、それと同時に自分のネットワークが広がっていく、そんな日々だった。

④ 政府間の協力のスタート

最初に、明確なミッションをくれたのはインド保健家族福祉省の国際部門の幹部だった。日本の厚労省と医療分野の協力を進めるための包括的な覚書に署名したいとのオファーをもらった。幸運なことに日本の厚労省も国際医療展開室という専門のチームができていた。縦横の連携が難しいインド政府との調整は難航を極めたが、ラッキーだったのは日本とインドがお互いに首相が往来して毎年首脳会談を実施することを約束している（シャトル外交という）特別な

結びつきのある関係だったことだ。首脳会談を開く時には、両国の政府は、様々な分野の協力の進展を首脳会談の成果として共同声明を発表する。本件覚書も首脳会談までに署名にこぎづけられないといけないという両国の役人の共通認識ができあがる。これにより、様々な障壁が乗り越えられて署名にこぎ着けることができた。この2014年9月の覚書およびそれに基づく対話の枠組みが両国の政府間での協力の嚆矢だった。筆者のデリーでの任期の3年間に、さらに協力が進み、帰国後の2018年10月には、政府間の協力は日本側は厚労省のみならず政府全体で進めるために、内閣官房健康医療戦略室のイニシアチブで「アジア健康構想」の覚書に格上げされた。この時、筆者は既に厚労省に戻っていたが、医療政策企画官というポジションにあったので、この覚書の調整の過程で2度デリーに出張し、インド側との交渉にも関わることができた。

⑤ 日系企業のビジネス環境改善

次に、筆者に明確なミッションを与えてくれたのは、日本の医療機器業界だった。インドの規制当局は、アメリカや欧州で承認を受けている医療機器をインド国内で販売する際には、それらの国の当局の発行する証明書を提出すれば、インドでの審査は省略されていた。日本の医療機器の審査も欧米と同様に厳しいのだが、そのような取扱いになっていなかった。インド市場でビジネスをする日系企業は欧米の企業との競争になるのだが、そもそも制度上の土俵がそろっていないと勝負にならない。保健家族福祉省の規制担当の局長と話してみると、「日本というのは確かに技術力があり製品の品質も高いというイメージはある。しかし、日本の厚労省やPMDAの人と話したことがないので、実際どのような基準でどのような審査をしているのかが分からない。」とのことだった。それからは、日本の厚労省とPMDAに、インドのカウンターパートとの交流を初めてもらうことを何度も何度もお願いする日々だった。ついに、2015年5月に厚労省とPMDAのミッションがデリーに

やってきた。インド側の規制当局の幹部達も科学者である。日本という未知の先進国がどのような規制をしているのか、非常に興味を持って予定時間を超過するほど熱心に質問していた。厚労省とPMDAが日本に帰った後、筆者は日系医療機器メーカーのインド人マネージャーとともに、何度か保健家族福祉省と会合を持った。幸いにも、日本側の要望を実現するためのルール変更は法律改正のような変更の手続きが重いも

のではなかった。2015年7月、日本の医療機器は欧米と同様の審査簡素化の取扱いをされることになった。

(2) 今後の日印協力のビジョン

筆者は、2019年9月末に定年を待たずに厚労省を退官し、自らの会社を立ち上げ、様々な日印の医療分野の協力のプロジェクトに取り組んでいるが、インドに赴任してから7年間で明確

図4-1 日印の医療関連分野の協力の進展

医療関連分野の協力の進展

1. 日印規制当局間の交流開始

(1) 2014年1月以降、製薬・医療機器業界から、日印の規制当局間交流の要望。

(2) 2015年5月27日、28日、厚労省およびPMDAがデリーのインド規制当局を訪問し、初会合。規制に関する情報交換と今後の協力についての議論を実施。

日印の規制に関する情報交換が行われるとともに、今後の具体的な協力として以下の内容について合意。

- ・医薬品と医療機器の業事規制を対象に、年1回、当局間交流会議を開催し、同時期に日印の業界が参加するシンポジウムを開催する。会合は、日本とインドで交互に開催。
- ・インド当局のキャパシティビルディングのために専門家派遣や研修受入れ等を行う。
- ・2015年12月にも想定される両国首脳会議のタイミングに合わせて規制当局間の協力の覚書の署名を目指す。
- ・日系企業のインドの規制に関する照会には、大使館経由で照会すれば迅速に回答する。

(3) 2015年7月、日本の承認を受けた医療機器のインドにおける審査簡素化が実現。
※ 日本の医療機器も欧米の医療機器と同様に実質審査なしでインド市場での販売が可能となった。

(4) 2015年12月、安倍総理訪印時に規制当局間の協力の覚書に署名。

(5) 2016年5月、日印医薬品・医療機器等の規制当局間会合および産業界に参加いただき、第1回シンポジウムをデリーで開催。→2020年は東京で第4回開催。

(6) インド当局のトレーニングや制度構築に協力中。

出所：筆者作成

図4-2 日印の医療関連分野の協力の進展（続き）

2. 厚労省と保健家族福祉省の年次協議

(1) 2014年9月、インド・モディ首相訪日時に日印の医療保健分野の協力の覚書に署名。

(2) 覚書に基づく厚労省とインド保健家族福祉省の共同作業部会が開催されることになった。原則年1回。日本とインドで交互に開催。開発協力、共同研究、ビジネス促進、ビジネス環境の整備等あらゆる案件について議論を行う。

(3) 第1回会合が、2015年6月12日にデリーで開催され、両国の関心事項が共有されるとともに、日本側のビジネスのプロモーション等が行われた。

3. アジア健康構想の覚書

(1) 2018年10月、内閣官房健康医療戦略室長とインド保健家族福祉省大臣の間で、アジア健康構想の覚書が署名。インド日本商工会の中にヘルスケア産業分科会が設立。

(2) 2019年10月、第1回合同委員会が東京で開催された。

(3) 現在、各プロジェクトを遂行中。

出所：筆者作成

になった日印協力の可能性を紹介したい。

① 日本の医療費の抑制にインドが貢献する

少子高齢化が進んでいく中で、将来にわたって安心して医療を受けられる日本社会を作っていくためには、医療の質を確保しつつもいかに同じ治療を安価で提供するかという工夫が必須である。インドは、ジェネリック医薬品の世界的供給地であり、アメリカ市場の4割、イギリス市場の4分の1のシェアを持つなど低コストの製造に利点がある。既に、日本のジェネリック医薬品メーカーは薬価の低下を踏まえてインドからの原薬の供給を増やしているが、製造工程のより多くをインドで行うことができれば、大幅なコスト削減につながる。

② 日本製品によるインドの医療向上への貢献

前述したように、インドは人口ボーナスの中で息の長い成長が期待できる巨大市場となる。中間所得層の増加や政府の医療支出増加により、ヘルスケア市場の拡大はGDP成長率の2倍程度で推移するとも指摘されている。この市場に多くの日系企業が早めに進出するための取組をビジネスセクターと医学界が一体となって進めるべきであり、そうした取組への政府の支援も必要である。

③ 介護分野の協力の可能性

インド政府は、インド人看護師を技能実習生として、日本の介護施設に送り出す計画を進めている。日本の介護現場における外国人というと、フィリピン、ベトナム、ミャンマーなど東南アジアからの人が中心であるが、東南アジア諸国の今後の賃金上昇やそれぞれの自国の介護ニーズの高まりを考慮すると、いずれ彼ら彼女らにとって日本の介護現場の魅力は相対的に落ちていくだろう。巨大な若年人口を抱えるインドからは息の長い送り出しが期待できる。インドでも徐々に都市化、核家族化が進行しており、家族介護の限界が来ることから、日本の介護事業者がインドに進出すれば、日本の介護サービ

スでインドの高齢者に貢献することができるだろう。その際、日本の介護現場で日本語と日本式のケアを学んだ技能実習経験者達が大きな戦力となるだろう。

4. まとめ

本稿は、インドの公的医療保障制度を紹介したが、公的医療保障制度そのものだけを紹介しても、なかなかその実態をつかむのが難しいことから、インドという国そのものの置かれている状況や、日本との協力の可能性についてもお伝えさせていただいた。インドという国そのものや、医療分野においても日本との協力の可能性が大いにあることについて、少しでも理解が進み、または関心を持つ方がいれば望外の幸せである。

注

- 1) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング3月16日付けのレートでは、1ルピー=1.61円となっている。
- 2) インドでは、カースト制の名残りがあり、一般に最下層のカーストに属する者には、制度上様々な恩典が設けられている。

シンガポールの医療保障と介護保障（下）

岐阜協立大学教授
菅谷 広宣
Sugaya Hironobu

前号（本稿の上）では、まず「はじめに」の部分でプロビデント・ファンドの概略を示し、第Ⅰ節で公的生活保障全般の中心となっているCPF（Central Provident Fund）の概要について述べた。そして、それらを踏まえ、第Ⅱ節において医療保障の在り方を明らかにした。本号（本稿の下）では、そうした前号に続き、まず第Ⅲ節で介護保障の在り方について述べ、第Ⅳ節で今後の動向を取り上げる。そして、「おわりに」の部分で、医療保障と介護保障に関する追加的な考察を行なう。

Ⅲ．介護保障

1．概観

前節でみた通り、シンガポールの医療保障は、自助努力を前提に、それを政府の各種補助金が補完することで成り立っており、また、メディセイブ勘定の積立金を家族間で相互に利用し合えるように、家族間の相互扶助の性質も強い。これらは本節でみる介護保障にも共通することだが、この場合には、地域支援（community support）が一定の役割を果たしている。MOH（2013）によると、高齢化に関する閣僚委員会（Ministerial Committee on Ageing：MCA）は、高齢者が、地域社会のなかで可能な限り健康かつ活動的で安全を保たれること、そして、質の高いケアを、それを必要とする高齢者の身近で、支払い可能な費用で提供することを目指す、両面的アプローチを採用している。

ところで、シンガポールでは、介護と回復期リハビリテーションおよび慢性期医療が、中間・長期ケア（Intermediate and long term care：ILTC）とされており、それが在宅サービス

（Home-based services）、通所サービス（Centre-based care services）、施設サービス（Residential ILTC services）に分類されている。そして、施設サービスのなかに、老人ホームなどとならんで、コミュニティー病院や慢性病ユニット（chronic sick units）などが位置づけられている。また、要介護者の個別ニーズに応じて在宅サービスと通所サービスをアレンジし、一体的に提供する在宅・デイケア統合パッケージ（Integrated Home and Day Care Packages：IHDC Packages）というものも試みられている。これらのうち、コミュニティー病院と慢性病ユニットへの入院や透析療法などの医療関連を除き、各種サービスは現物として給付されるのではなく、メディセイブ勘定の積立金を活用して加入するエルダーシールド（ElderShield）や、これを補完するエルダーシールド・サプリメント（ElderShield Supplements）といった介護保険は、あくまでも現金給付を行なうものである¹⁾。そして、この点は、2020年半ばにエルダーシールドの保障機能を強化して導入されるケアシールド・ライフ（CareShield Life）でも同様

である。

こうした現金給付の形態をとっている要因のひとつは、シンガポールでは、これまで「介護は家族が行なうもの」と考えられてきたこともあり、まだ各種サービスの提供体制が十分に構築されていないことであろう。ちなみに、上記の介護保険では、日常生活動作（Activities of Daily Living：ADL）の機能を一定程度以上に失っていると認定された場合に（その条件は後述）、各種のサービスを受けるか否かにかかわらず、給付金を受け取ることができる。なお、第一義的に家族が介護の担い手としてされてきたことは、浜島（2012）や崔（2017）などでも指摘されていることだが、高齢者の生活全般についても、1996年に制定された両親扶養法（Maintenance of Parents Act）が、子に両親の扶養義務を課している。

だが、その一方で、中間・長期ケアに対しても、世帯人員1人当たり所得月額²⁾に応じた政府補助金が出されており、ElderShield Review Committee（2018）は、医療保障の場合と同様に、介護サービス利用者の3分の2が、そうした補助金の対象になるとしている。また、エルダーシールドや近く導入されるケアシールド・ライフに加入できず、メディセイブ勘定の残高や個人貯蓄も不十分な低所得の国民（年齢は30歳以上）で、介護が必要と認定された人々を対象とする新たな裁量的援助スキームとして、エルダーファンド（ElderFund）が2020年1月に導入されている。

2. 介護の担い手と高齢者福祉

(1) 全体像

介護の担い手は、第一義的には家族であるが、これを支援する主体としてコミュニティー、およびVWO（Volunteer Welfare Organization：民間非営利福祉組織³⁾）などの福祉団体、そして政府をあげることができる。これらは相互に補完しあいながら、また、政府は他の主体との間で調整や資金援助を行ないながら、高齢者の

生活をサポートしている⁴⁾。高齢者介護や国民の福祉に関して、「政府は最後の手段に過ぎない」（浜島、2012）、「最後に政府が支援する」（崔、2017）といった表現もみられるが、「自助、共助が重視される国であるが、（中略）公的な仕組みを整備しつつある」（小島、2014）というほうが、近年のシンガポールの実態に近いであろう。VWOに関して、後述のように「ボランティア福祉の国家化」（上村、2015）という見方もあり、個人あるいは家族に対する政府の支援では、直接的なものほかに間接的なものも多い。政府はまた、家族やコミュニティーの結束を奨励するとともに、ボランティア団体の育成や組織化を行なっている（日本貿易振興会、2014）。以下では、高齢者福祉や介護の担い手となる上記各主体、および各種サービスの体系と料金の目安をみていく。

(2) 家族

家族介護の実態を示したものの一例として、1190組の主たる介護者と介護の受け手（以下、被介護者）を対象に、2010～2011年にかけてMCYS（Ministry of Community Development, Youth and Sports⁵⁾）が行った調査（The Survey on Informal Caregiving 2010-2011）がある⁶⁾。この調査で対象となった被介護者は、1つ以上の日常生活動作で介助を受けている75歳以上の人々であるが、その結果のなかで注目すべきことのひとつは、主たる介護者になっているわけではないとしても、外国人家事労働者（foreign domestic workers）が家庭内介護において相当な役割を担っていることであり、被介護者の51%がその手助けを受けている。

シンガポールにおいて、外国人家事労働者は、家庭内で家事と介護の全般を担う重要な存在となっているが、その始まりは1978年に導入された外国人家事労働者計画（Foreign Domestic Workers Scheme）であった。伝統的な家族主義の規範による家事と家庭内介護の担い手、および1970年代以降の著しい経済発展の下で高まる労働需要の担い手という2つの側面で女性の

役割が求められるなか、国内女性が後者の担い手となり、前者の担い手として国外女性の動員が進んだのである（日野原、2017）⁷⁾。その数は、1978年には多くとも約2万人であった⁸⁾が（Ueno, 2008）、2019年（6月時点）には約25万5800人まで増加している⁹⁾。最新のデータ（2018年時点）では、国民と永住者の世帯数は132万5300¹⁰⁾であるから、単純計算で5.18世帯当たり1人の外国人家事労働者がいることになる¹¹⁾。なお、受け入れ対象国は、はじめはタイ、スリランカ、フィリピンの3か国であったが、これも徐々に拡大されていき、近年では特に、インドネシア、フィリピン、ミャンマーからの者が多くなっている（崔、2017）。

これら外国人家事労働者のすべてが家庭内で介護を行なっているわけではないが、Loh and Gee（2015）は、実際の介護体験や介護技能訓練の受講経験がほとんどない彼女らに、過度の負担がかかっていることを指摘している。政府が後述の「介護者訓練補助金」を導入したことには、このことが大きく影響しているのだろう。なお、本誌前号（本稿の上）でも述べたが、シンガポール人の職を奪っているとして、外国人労働者に対する市民の不満が高まったこともあり、2009年以降、その受入規制が強化された。しかし、近年の動向をみると、外国人労働者全体の数がほぼ横ばいで推移してきているなかで、家事労働者の数は少しずつ増加を続けている。あとで述べる「障害者に対する外国人家事労働者課税軽減措置」は、家庭内介護における外国人家事労働者の役割が増してきたことに配慮したものといえるだろう。

なお、日野原（2017）や崔（2017）は、家庭内の育児や介護の担い手をもっぱら女性としているが、少なくとも介護に関しては、上記MCYSの調査は異なる実態を示している。すなわち、主たる家族介護者で最も大きな割合を占めているのは、娘（全体の34%）ではあるが、以下、息子（同31%）、配偶者（同16%）、嫁（同10%）、孫（同3%）、婿（同2%）、兄弟姉妹（同1%）、その他（同2%）となっており¹²⁾、こ

れら全体の男女比も4:6で、意外に男性が主たる介護者となっているケースも多いのである。

ところで、第一義的と考えられてきた家族介護であるが、これを維持するため、政府は所得税制上の優遇などで多世代の同居を推奨している（日本貿易振興会、2014）。ただし、世帯主が65歳以上の国民と永住者についてみると、過去と比べて子と同居している世帯の比率が低下する一方で、子のいない世帯と独居世帯の比率が上昇している。これを示すデータを具体的にみると、1990年には世帯主が65歳以上の所帯数は7万200で、そのうち子と同居の夫婦が3万1000世帯（世帯主が65歳以上の所帯の44.16%）、夫婦のみが5900世帯（同8.40%）、独居が6600世帯（同9.40%）であった。他方、同様の最新データをみると、2018年には世帯主が65歳以上の所帯数は28万5400で、そのうち子と同居の夫婦が8万800世帯（世帯主が65歳以上の所帯の28.31%）、夫婦のみが8万4500世帯（同29.61%）、独居が5万8200世帯（同20.39%）となっている。なお、この間、国民と永住者の全世帯数（世帯主の年齢を問わない）は66万1700から132万5300に増加しているが、核家族化と少子化の影響からか、1世帯当たり平均人員数は4.15人から3.24人に減少している¹³⁾。また、全世帯数を上回る比率で世帯主が65歳以上の所帯数は増加しているが、これには高齢化が影響しているのであろう。いずれにせよ、上記のように世帯の在り方が変わってきているわけだが、その一方では、結婚後に子が親の住居の近くに住宅開発庁（Housing and Development Board：HDB）のフラットを購入する場合に、政府は補助金を支給するなどの政策を行なっている（日本貿易振興会、2014）。

（3）コミュニティー

コミュニティーにおける高齢者福祉の実践例としては、住宅開発庁のフラット内に設けられている高齢者活動センター（Senior Activity Centres）や家族サービス・センター（Family Service Centres）のほか、友人サービス

(Befriending Services) などがあげられる。これらのうち、高齢者活動センターは、様々な活動や交流を通して、高齢者に活力ある老後を過ごせる場を提供し¹⁴⁾、家族サービス・センターは、高齢者に限らず、地域住民がもつ生活上のニーズを支援している¹⁵⁾。また、友人サービスは、独居老人の話し相手となり、その情緒的・心理的な安寧を手助けするとともに、コミュニティーのネットワークを支援する隣人リンク (Neighbourhood Links) を提供し、この隣人リンクは高齢者の居室に緊急アラームを接続している場合もある¹⁶⁾。なお、2019年時点で住宅開発庁が提供するフラットに居住している国民と永住者は全体の78.35%で、この割合は65歳以上に限ってみても、80.59%と非常に高くなっている¹⁷⁾。このため、コミュニティーにおける高齢者福祉を住宅開発庁のフラット内で行なうことは合理的だといえる。

(4) 民間福祉団体

上村 (2015) は、高齢者福祉を含む各種社会サービス (social services)¹⁸⁾ を、1988年に政府が設立した全国社会福祉協議会¹⁹⁾ (The National Council of Social Service : NCSS) に支援されたVWOが担っているとしている。ただし、新保 (2010) が述べているように、エスニック・グループごとの団体や宗教団体など、他の民間団体や企業による社会事業もみられるし、個人レベルでのボランティア活動も盛んである。他方、例えば老人ホームを設置主体別にみると、公立施設や非営利以外の民間組織による施設も、後述のようにかなりの割合を占めている。また、社会サービスの提供において、VWOが中心的な役割を果たしてきたのは事実だろうが、それも相当な公的資金による補助を受けているし、社会サービス政策全体の設計は、社会・家族開発省 (The Ministry of Social and Family Development : MSF) が担っている。これらのうち資金面の補助については、基礎自治体にあたる全国5つのコミュニティー開発協会 (Community Development Councils : CDC)

が行ってきたほか、NCSSのもとに設けられた共同募金会 (Community Chest) が労使からの寄付を集めてきた。これらの財源は、VWOの運営費の半額までとされているものの、その政治的自律性には疑問符がつくなど、VWOの在り方は、ある意味では官製ボランティアズムであり、「ボランティア福祉の国家化」が生じているようにも考えられると上村 (2015) は述べている。

ところで、VWOという名称が最初に使われたのは、社会・家族開発省の前身である社会福祉局 (Social Welfare Department) が1947年に発行した報告書においてであったが、この名称をめぐっては、ここ数年前から議論が交わされており、2019年7月よりNCSSはVWOに代えて、社会サービス・エージェンシー (Social Service Agencies : SSA) という呼称を用いるようになった。いまのところ、これに法的強制力はないが、NCSSは450を超えるVWOに対して、SSAという新たな名称を採用するように促している。これは、VWOという名称が、現在や将来のサービスの在り方などを完全に反映していないと認識されるようになってきたためである。例えば、支援を必要とする人々に対して、VWOは専門的な人材とアプローチを求められるようになり、ソーシャルワークや心理学などの領域で訓練を受けた専門家が配置されるようになってきている。このため、ボランティアは依然として一定の役割を担っているものの、VWOにおける多くの仕事が、フルタイムで有給の専門家によって行なわれている²⁰⁾。

(5) 各種サービスの体系と料金の目安²¹⁾

① 在宅サービス

在宅サービスとして、訪問診療、訪問看護、訪問緩和ケア、配食サービス、通院付き添いサービス、訪問介護がある。これらのサービスを受けるには、利用者の状態やニーズをよく知る病院、ポリクリニック、または一般医の紹介が必要²²⁾ だが、2018年時点で在宅サービス提供事業者数は21²³⁾ となっている。なお、各種サー

ビスの料金は、訪問診療が1回当たり170ドル²⁴⁾から、訪問看護が1回当たり80ドルから、訪問緩和ケアが1回当たり100~150ドル、配食サービスが1食当たり4.8~6.96ドル、通院付き添いサービスが1回当たり往復で62~90ドル、訪問介護が1時間当たり平均で20ドルとなっている。ただし、上記21事業者のサービスに対しては、世帯人員1人当たり所得月額²⁵⁾に応じて、政府からの補助金が出る（補助率は後掲の表7を参照）。

②通所サービス

通所サービス施設は、自宅近くの馴染みある環境で利用者がサービスを受けられるよう、大部分がコミュニティーのなかに立地し、日帰りリハビリ、デイケア、認知症デイケア、デイホスピスケアなどを提供している。また、一部の施設は、ショートステイサービスも提供している。これらのサービスを受けるには、病院、ポリクリニック、統合ケア庁（The Agency for Integrated Care：AIC）、または家族サービス・センター（上記参照）からの紹介が必要だが²⁶⁾、2018年時点で通所サービス提供施設数は123²⁷⁾となっている。なお、通所サービスのうち、デイケアおよび認知症デイケアの料金は、平日に毎日通うことを想定した場合で、月額各400~1500ドル、900~1500ドル（いずれも送迎費を除く）、デイホスピスケアの料金は1回の通い当たり10~15ドルと想定されている。ただし、上記123施設でのサービスに対しても、世帯人員1人当たり所得月額²⁸⁾に応じて、政府からの補助金が出る（補助率は後掲の表7を参照）。

③在宅・デイケア統合パッケージ

このパッケージは、高齢者の統合ケアに関するシンガポールプログラム（Singapore Programme for Integrated Care of the Elderly：SPICE）²⁹⁾を前身とする包括的で個別化されたサービスであり、多様なニーズをもつ高齢者が、コミュニティーのなかで可能な限り長く、主体性と生活の質を保っていけるよう支援するものである。集中的なサービス提供を必要とする高齢者は、在宅、近隣の通所サービス

施設、またはその両方で、個別のニーズに応じて柔軟に組み合わされたサービスを受けられる。サービスに対するニーズは定期的に見直され、その変化へ確実に応えられるようにする。この継ぎ目のない心身一体的なサービスのパッケージにより、老人ホームに入所しなければならないかもしれない脆弱な高齢者でも、在宅での生活を続けることが可能となり、介護者も援助を受けることができる。そして、こうしたサービスの提供にあたっては、医師・看護師・各種療法士・ソーシャルワーカーといった多くの分野にわたる専門家がチームを組み、高齢者やその介護者とともに必要なサービスの程度や頻度を評価する。なお、パッケージの料金は、ミーンズ・テストに応じた³⁰⁾補助金適用前で、月額1100~2200ドルの範囲となっているが、さらなる財政的支援を受けられるかどうか、コーディネーターが被介護者やその家族と話し合う機会も用意されている³¹⁾。

④施設サービス

施設サービスには、回復期リハビリテーションを担当するコミュニティー病院、慢性期を担当する慢性病ユニット、および老人ホームなどがある。これらのうち老人ホームは、在宅サービスや通所サービスでは対応できない³²⁾高齢者を対象とし、その設立・運営主体は、政府、民間非営利組織、その他民間組織に大別されているが、この順に2018年時点の施設数は21、23、28となっている³³⁾。そして、民間非営利組織、その他民間組織の老人ホームは、各々が保健省からの補助金を受けている施設と、補助金を受けていない施設とに分かれるが、補助金を受けている民間非営利組織が運営する老人ホームの入所対象者は、ミーンズ・テストに基づき、統合ケア庁から紹介を受けた要介護者である。また、補助金を受けているその他民間組織による老人ホームは、一定割合のベッドを、ミーンズ・テストに基づき、統合ケア庁から紹介を受けた利用者のために空けておかなければならない。他方、補助金を受けていない民間非営利組織の老人ホームは、独自の資金調達³⁴⁾により、

負担能力に応じた利用料で運営されている。なお、施設サービスに対しても世帯人員1人当たり所得月額³⁵⁾に応じて政府補助金が出るが、老人ホームについて補助金適用前の利用料をみると、求められるサービスのレベルに応じて、月額で2000～3600ドルとなっている（補助率は後掲の表7を参照）。

3. エルダーシールド³⁶⁾

(1) 制度の概要

エルダーシールドは、CPFの加入者（本誌前号でも述べたように国民と永住者に限られる）が日常生活動作の機能を一定程度以上に失っていると認定された場合に、現金給付を行なう介護保険制度であり、2002年9月に導入された。CPFの加入者は、この制度の適用除外を申請しない限り、40歳になると医学的評価を受けることなしに自動登録される。制度の運営は、保健省が指定した3つの民間保険会社³⁷⁾が行ない、CPF加入者は、事前に自らが申し出ない限り、それらの保険会社へ無作為に割り当てられる。制度の導入時に40歳を超えていたなどの理由でエルダーシールドに未加入の人々は、65歳未満であれば、医学的評価を受けることを条件に、上記いずれかの保険会社を選択して加入の申請ができる。

(2) 給付内容

現在、エルダーシールドには、エルダーシールド300（ElderShield 300）とエルダーシールド400（ElderShield 400）の2つのスキームがあるが、2007年8月以前に加入した人々には前者が、同年9月以降に加入した人々には後者が適用されている。これら2つのスキームの給付は、既述の通りともに現金であり、サービスの現物給付ではない。そして、エルダーシールド300では月300ドルが最長で60か月間、エルダーシールド400では月400ドルが最長で72か月間支給される。

(3) 受給要件

保険料の納付が開始されており、下記のような要件を満たしていれば、年齢にかかわらず、また、各種サービス利用のいかなを問わず、給付金を受け取ることができる³⁸⁾。保険料の支払いは給付金の支給が認められた時点、または65歳で終了するが、後者の場合、保障は終身である³⁹⁾。なお、受給要件は、日常生活に必要な動作または能力のうち、下記にあげる6つのうち3つ以上が自分でできない、あるいはその能力を欠いていることであり、この条件に該当する人々は重度障害者（the severely disabled）とされている。また、こうした受給要件を満たしているかどうかの判定は、保健省の認定を受けた評価員が行なう。

- ①入浴・シャワー、その他の方法による洗浄
- ②衣類、また必要に応じて、支持具・義肢・その他外科用・医療用機器の着脱
- ③用意された食事の摂取
- ④必要に応じて保護下着（おむつなど）や外科用機器を利用し、トイレを使用する、または腸や膀胱の機能を使う能力
- ⑤平面を部屋から部屋へ移動する能力
- ⑥ベッドから椅子または車椅子へ、逆に椅子または車椅子からベッドへ移動する能力

(4) 保険料

上記の通り、保険料の支払いは65歳までに終了するが、その額はエルダーシールドに加入した時点での年齢と男女間、そしてエルダーシールド300とエルダーシールド400との間で異なっている。そして、加入時の年齢が上がるにつれ、1歳刻みで保険料は上昇していくが、加入時の保険料は、65歳まで変わらない。それを簡略化して5歳ごとに示したのが表6であるが（加入が認められるのは64歳まで）、加入時の年齢が同じであれば、男性よりも平均寿命が長い女性のほうが、そしてエルダーシールド300よりも給付金が多く支給期間も長いエルダーシールド400のほうが、保険料は高い。なお、保険料は年齢群（コーホート）内でプールされ、世代間

の財源移転は意図されていない。

こうした保険料の全額は、メディセイブ勘定の積立金から支払うことができる。ただ、自己のメディセイブ勘定に十分な残高がない場合は、配偶者、両親、子、孫、兄弟姉妹のメディセイブ勘定の積立金を自己の保険料支払いに充てることができるほか、現金、小切手、銀行口座からの自動振替（General Interbank Recurring Order：GIRO）での保険料納付も可能である。それ以外にも、CPFへの通常の拠出とは別に、自己のメディセイブ勘定に資金をつぎ足すことができる。とはいえ、どうしても保険料が支払えずに、エルダーシールドから脱退せざるをえないこともありうる。そうした場合、支払い済み保険料が定められた最低限度額以上であれば、その額に応じた給付を受けることが可能である。

(5) エルダーシールド・サプレメンツ

この制度はエルダーシールドを補完し、追加

の保険料を支払ってプランを購入することで、①給付期間の延長、②給付金の増額、または③給付期間延長と給付金増額の両方を実現するためのものである（図1を参照）。したがって、エルダーシールド・サプレメンツのみに加入することはできない。ただ、基本となるエルダーシールドと追加的なエルダーシールド・サプレメンツは、それぞれ独立の保険契約であり、異なる保険会社からプランを購入する（保険会社により保障内容が異なる）ことや、給付金の請求を別々に行なうことが可能である。

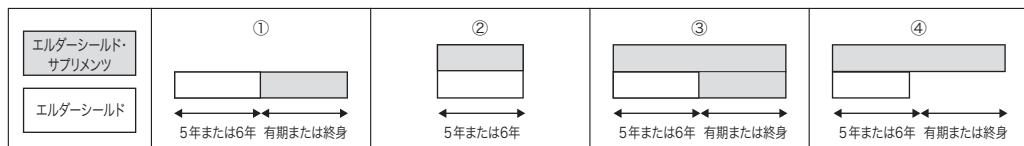
エルダーシールド・サプレメンツの保険料は、自己または配偶者、両親、子、孫のメディセイブ勘定の積立金から支払うことができるが⁴⁰⁾、CPFへの通常の拠出とは別に、自己のメディセイブ勘定に資金をつぎ足すこともでき、これらの点は、エルダーシールドの場合と概ね同様である。

表6 エルダーシールドの年間保険料

加入時年齢：歳	エルダーシールド400		エルダーシールド300	
	男性：ドル	女性：ドル	男性：ドル	女性：ドル
40	174.96	217.76	151.67	194.26
45	217.53	274.03	188.03	242.04
50	284.44	367.40	248.28	322.04
55	425.19	547.10	359.43	471.63
60	789.68	1026.56	643.04	861.19
64	2380.17	3131.62	1844.97	2540.99

注：保険料は実際には1歳刻みで設定されているが、ここでは簡略化した。また、新規加入が認められるのは64歳までである。
出所：<https://www.moh.gov.sg/careshieldlife/about-eldersshield/premiums>（2019年10月14日アクセス）より筆者作成。

図1 エルダーシールドとエルダーシールド・サプレメンツのイメージ



注1：保障期間5年はエルダーシールド300、同6年はエルダーシールド400の場合。
2：エルダーシールド・サプレメンツについては、②のタイプは実際には存在していない。また、有期タイプの保障は、エルダーシールド300の場合で5年または7年、エルダーシールド400の場合で4年または6年となっている。（2016年8月時点）
出所：<https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider6/supplements/comparison-of-eldersshield-supplements-for-eldersshield-400.pdf>（保健省のウェブサイト：2019年10月2日アクセス）を参考に筆者作成。

4. 介護保障に関する政府補助事業

(1) 介護者訓練補助金 (Caregivers Training Grant : CTG)⁴¹⁾

この補助金 (CTG) は、家族と外国人家事労働者を含む介護者が、訓練コースに参加して、被介護者の身体的・精神的なニーズに対して必要とされる技能を身に付けられるように支援するものであり、被介護者1人当たり年200ドルが支給される。受給要件は、下記のすべてを満たしていることである。

- ・被介護者が国民または永住者であること。
- ・被介護者が65歳以上であるか、または医師により一定の障害状態が証明されていること。
- ・主たる介護者が近親者または外国人家事労働者であって、CTG制度が認可した訓練コースを修了していること。

(2) SMF (Seniors' Mobility and Enabling Fund)⁴²⁾

この基金は、高齢者の在宅介護を支援するために、補助器具や在宅療養に必要な物品の購入に対して、補助金を支給するものである。補助器具には、歩行用の杖、車椅子、寝室用便器、圧力軽減クッション、介護用ベッド、眼鏡、補聴器などが含まれるが、補助金の受給には購入前の申請が必要であり、同類の器具に対しては1回限りの補助となる。また、在宅療養に必要な物品には、カテーテル、ミルク補助食品、大人用おむつ、経鼻呼吸チューブ、創傷被覆材などが含まれる。これらの器具や物品に対する補助の受給要件は、下記のすべてを満たしていることである。

- ①被介護者が60歳以上の国民であること。
- ②世帯人員1人当たり所得月額が2000ドル以下、または世帯所得がなく年間評価額1万3000ドル以下の住宅に住んでいること。
- ③在宅療養のための物品または補助器具の種類や必要性を決定する専門家の評価を、被介護者が受けていること。

これらにくわえて、在宅療養に必要な物品の

場合には、下記のすべてを満たしていることも必要である。

④被介護者が訪問診療、訪問看護、訪問緩和ケア、在宅・デイケア統合パッケージのいずれかのサービスを受けていること⁴³⁾。

⑤在宅療養に必要な類似の物品に対する他の補助金を受けていないこと。

なお、電動式の補助器具については、下記のすべてを満たしていることも必要である。

⑥フルタイムの介護者がいないか、または介護者が虚弱で介護ニーズに対応できないこと。

⑦被介護者が自力で手動式車椅子を使用する能力をもっていないこと。

⑧被介護者が精神的にも身体的にも安全に電動式器具を使用できること。

(3) 高齢者のための暫定的介護支援プログラム (Interim Disability Assistance Programme for the Elderly : IDAPE)⁴⁴⁾

このプログラムは、エルダーシールドが導入された2002年に、加入が認められる上限年齢を超えていたか、またはすでに障害状態にあったため、同制度の加入要件を満たさなかった低所得の要介護高齢者である国民に対し、経済的な支援を提供する制度である。この支援を受けるための要件は、下記の通りとなっている。

- ・エルダーシールドの受給要件と同様の重度障害に該当すること。
- ・1932年9月30日以前、または1932年10月1日から1962年9月30日の間に生まれた国民で、2002年9月30日時点で障害状態にあったこと。
- ・世帯人員1人当たり所得月額が2800ドル以下、または世帯所得がなく年間評価額1万3000ドル以下の住宅に住んでいること。

こうした要件をすべて満たす場合、世帯人員1人当たり所得月額が2000ドル以下の人々には月250ドル、同2001ドル以上2800ドル以下の人々には月150ドルが、72か月まで支給される。

(4) 在宅介護補助金 (Home Caregiving Grant : HCG)⁴⁵⁾

この補助金は、2019年10月に、かつての外国人家事労働者助成金 (Foreign Domestic Worker Grant) から移行したものである。外国人家事労働者助成金は、被介護者またはその家族が、介護のために外国人家事労働者を雇用する場合に、月額120ドルを支給するものであった⁴⁶⁾ が、HCGは月額200ドルで、これはコミュニティにおける高齢者介護や介護者支援サービス、または外国人家事労働者の雇用といった、介護にかかわる費用の支払いに使用することができる。

HCGの対象は国民と永住者であるが、受給要件は下記のすべてを満たしていることである。

- ・エルダーシールドの受給要件と同様の重度障害に該当すること。
- ・世帯人員1人当たり所得月額が2800ドル以下、または世帯所得がなく年間評価額1万3000ドル以下の住宅に住んでいること。
- ・被介護者が、老人ホームなどの居住型介護施設に入所していないこと。
- ・被介護者が永住者の場合には、これらにくわえて、親、子、または配偶者が国民であること。

(5) 障害者に対する外国人家事労働者課税軽減措置 (Foreign Domestic Worker Levy Concession for Persons with Disabilities)⁴⁷⁾

国民および永住者は、外国人家事労働者の雇用に対し、銀行口座からの自動振替 (GIRO) で毎月課税される⁴⁸⁾ が、雇用の目的が介護である場合には、その税が軽減される。そのため要件は、下記をすべて満たしていることである。

①被介護者が国民の場合

- ・被介護者、外国人家事労働者の使用者、および外国人家事労働者が同じ住所に住んでいること⁴⁹⁾。
- ・被介護者が6つの日常生活動作 (エルダーシールドの部分参照) のうち、1つ以上で常時介助が必要なこと。

②被介護者が永住者の場合

上記2つの要件にくわえて、下記をすべて満たしていること。

- ・被介護者が65歳を超えていること。
- ・外国人家事労働者の使用者が国民であること。

上記の要件を満たす人々にくわえ、16歳未満の子、または67歳以上の高齢者と同居している国民も、外国人家事労働者課税軽減措置の対象となるが⁵⁰⁾、軽減がある場合とない場合の課税額は、つぎのようになる。まず、軽減がない場合、初めて外国人家事労働ビザを取得した者を雇用する場合には、当該労働者のシンガポール入国日を含めて5日目から月額300ドル (課税開始が月の途中であれば日割り計算で日額9.87ドル) が、外国人家事労働ビザの取得が2回目以降の者を雇用する場合には、当該労働者のシンガポール入国の翌日から月額450ドル (同上日額14.80ドル) が課税される。これに対して軽減がある場合、雇用する外国人の家事労働ビザの取得回数にかかわらず、課税額は月額60ドル (同上日額1.98ドル) となる⁵¹⁾。そして、こうした課税は、雇用する外国人家事労働者のビザが失効した日に終了し、それが月の途中であれば、課税額はやはり日割り計算される。なお、この軽減措置は同一世帯内で外国人家事労働者2人まで認められる。

(6) エルダーファンド⁵²⁾

このファンドは、30歳以上の低所得者に対し、介護費用に充てる現金を支給する新たな裁量的援助スキームであり、2020年1月31日に導入された。受給要件は下記をすべて満たしていることである。

- ①被介護者が、30歳以上の国民で国内に居住していること。
- ②被介護者が、エルダーシールドや2020年半ばに導入されるケアシールド・ライフに加入できない、またはエルダーシールドの給付が既に受けられなくなっていること。
- ③被介護者が、高齢者のための暫定的介護支援プログラムの対象とならない、または同プログラムによる給付が既に受けられなくなっていること。

- ④世帯人員1人当たり所得月額が1200ドル以下で、メディセイブ勘定の残高が1万ドル未満であること。ただし、この条件を満たさなくても、介護ニーズを満たすのが困難な場合には、給付対象としかどうかを個別ベースで検討することになっている。
- ⑤エルダーシールドの受給要件と同様の重度障害に該当すること。

これらの要件を満たす人々は、その状態が続く限り、月当たり250ドルまでの現金を受け取ることができる。なお、この給付を希望する人々は、統合ケア庁に申請し、保健省が認可した機関によって障害状態の評価を受けることになる。

(7) 中間・長期ケアサービスに対する政府補助金⁵³⁾

急性期病院から退院したあとの療養、または

日常生活を送るための支援を必要とする国民と永住者に対し、中間・長期ケアサービスを受けるための政府補助金がある⁵⁴⁾。それぞれのサービスに対し、世帯人員1人当たり所得月額⁵⁵⁾によって、補助率や補助額、補助の可否が表7および表8のように定められている。これらのうち、施設サービス（コミュニティー病院を除く）に対する補助金は、慢性病ユニットの入院患者、老人ホーム、ホスピス、精神リハビリテーション施設、精神養護施設に入院または入所している人々に適用される。また、在宅・通所サービスに対する補助金は、高齢者ケアセンター（日帰りリハビリテーションセンター、認知症デイケアセンター、機能維持デイケアセンターなど）、日帰り精神リハビリテーション、各種在宅サービス（訪問診療、訪問看護、訪問緩和ケア、訪

表7 中間・長期ケアサービスの補助率（透析を除く：％）

世帯人員1人当たり 所得月額	コミュニティー病院		施設サービス (コミュニティー病院を除く)		在宅・通所サービス	
	国民	永住者	国民	永住者	国民	永住者
800ドル以下	75	50	75	50	80	55
801-1200ドル	60	40	60	40	75	50
1201-1900ドル	50	30	50	30	60	40
1901-2000ドル	50	30	40	20	50	30
2001-2800ドル	45	25	20	10	30	15
2801-3300ドル	40	20	0	0	0	0
3301ドル以上	20	10	0	0	0	0

出所：https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/subsidies-for-government-funded-intermediate-long-term-care-services（保健省のウェブサイト：2019年11月3日アクセス）により作成。

表8 血液透析と腹膜透析に対する補助金月額（ドル）

世帯人員1人当たり 所得月額	血液透析		腹膜透析	
	国民	永住者	国民	永住者
800ドル以下	1230	983	1280	1033
801-1200ドル	862	689	912	739
1201-1900ドル	616	493	666	543
1901-2000ドル	505	405	555	455
2001-2800ドル	357	284	407	334
2801ドル以上	0	0	0	0

出所：表7に同じ。

問介護など)の利用者に適用される。

なお、コミュニティー病院や慢性病ユニットに入院したり、血液透析・腹膜透析を受けたりする場合を含め、医療関係の費用に関しては表7および表8に示した政府補助を受けたうえで、メディシールド・ライフから費用の一部が支払われたり、メディセイブ勘定の積立金を使えたりする場合がある⁵⁶⁾。ただし、メディシールド・ライフの支払い対象となる場合、エルダーシールドの給付金を同時に受給することはできない⁵⁷⁾。

IV. 今後の動向

現在のところ、医療保障分野では新たなことは決まっていないが、第Ⅲ節でみた介護保障分野では、2020年半ばより新制度導入の動きが出てくる。本節では、そうした介護保障分野での新たな動向について、ケアシールド・ライフを中心に述べていく。

1. ケアシールド・ライフの導入⁵⁸⁾

(1) 概要

2020年半ばに導入されるケアシールド・ライフは、エルダーシールド審査委員会の勧告(Cf. ElderShield Review Committee [2018])に基づき、同制度の保障機能を強化した新たな介護保険である。ただし、これに加入することを希望しないエルダーシールドの被保険者は、エルダーシールド・サプリメントの契約も含めて、従来の制度にとどまることができる⁵⁹⁾。なお、これまで民間保険会社が行ってきたエルダーシールドの運営は、2021年より政府に移管されるが、エルダーシールド・サプリメントの運営は、従来通り民間保険会社が行なう⁶⁰⁾。また、ケアシールド・ライフの被保険者となる人々は、エルダーシールドの場合と同様に、ケアシールド・ライフ・サプリメント(CareShield Life Supplements)の契約を、追加的行なうことができるようになる⁶¹⁾。

(2) 加入

ケアシールド・ライフの対象者は、CPFのメンバーである国民と永住者だが、生年によって加入の取り扱いが異なる。まず、1980年以降に生まれた人々(2020年時点で40歳以下)は、2020年半ばにケアシールド・ライフの運営が開始される時、または30歳になったときのいずれか遅い時点で、自動的に同制度へ登録される。したがって、1990年以降に生まれた人々は30歳から被保険者となるが、エルダーシールドの対象年齢は40歳以上となっているから、それが引き下げられることになる⁶²⁾。また、1980年以降に生まれた人々は、ケアシールド・ライフに強制加入であり、エルダーシールドのように適用除外を申請することはできない。これは、脆弱な立場にある人々(低所得者や既に障害がある人々)を含め、すべての国民と永住者へ介護ニーズに対する基礎的な保障を行なうためであり、加入時にエルダーシールドの受給要件と同様な重度障害に該当していても、制度から排除されることはない⁶³⁾。また、任意加入にすれば、エルダーシールドの場合にみられるように、低所得の人々などは保険料を支払うのが困難だといった理由で、制度から脱落してしまうかもしれないが、後述のような保険料補助金を出すことにより、そうした人々も加入から漏れないようにする⁶⁴⁾。

他方、1979年以前に生まれた人々の場合は、2021年半ばよりケアシールド・ライフに加入するかどうかを選択できる⁶⁵⁾。また、ケアシールド・ライフへの加入をより簡便にするため、1970~1979年の間に生まれ、エルダーシールド400に加入している人々は、2021年半ばに自動的にケアシールド・ライフへ移行する⁶⁶⁾。ただし、このように自動的に移行しても、制度に加入したくない場合には、2023年12月31日までは脱退が認められ、それまでに支払った保険料の返還を受けることもできる⁶⁷⁾。

なお、上記のように、ケアシールド・ライフは普遍的に国民と永住者をカバーすることを目指しているが、それでも制度から漏れてしまう

場合には、エルダーシールドでカバーしきれない人々とともに、対象を国民に限ったうえで、既述のエルダーファンドが適用される。

(3) 保険料と給付金

保険料の全額は、自己または近親者のメディセイブ勘定の積立金を使って納付できる。支払いは基本的に67歳までだが、生年などにより59歳以降に制度へ加入する人々は、67歳を超えて、10年間に払い込みを分散できる。エルダーシールドでは保険料の支払いは65歳で終了するから、対象年齢の引き下げと合わせ、このようにケアシールド・ライフでは納付期間が長くなる。

保険料の金額は、後述のような給付金の増額に伴い、加入者が67歳になるまで⁶⁸⁾ 徐々に引き上げられていくが、2020～2025年にかけて、年率2%の上昇が見込まれている。また、エルダーシールド300から移行する人々や、1979年以前に生まれ、エルダーシールドに未加入の状態からケアシールド・ライフに加入する人々は、エルダーシールド400からの移行者よりも支払い済み保険料が少ない、または全くない分、基本となる保険料のほかに、追加的遡及保険料 (additional catch-up component) を10年間に渡って納付することになる。そして、この追加

的遡及部分は均一額で10年間変わらないが、加入時の年齢が上がるにつれ、基本となる保険料は1歳刻みで高くなる。こうした保険料を5歳刻みで簡略化して示したものが表9であるが、1980年以降に生まれた人々は、そもそもエルダーシールドに加入していないので、表9では未加入者として区分している⁶⁹⁾。なお、エルダーシールド400または300に加入している人々については、ケアシールド・ライフへの移行時点で、エルダーシールドへの保険料支払いが終了する。

他方、給付金は、制度が導入される2020年に、月額600ドル (年額7200ドル) とされているが、給付金の請求状況と、障害や寿命の長期的変化に対応するため、定期的に見直され、改訂されていく。そして、現在のところは、2020～2025年にかけて、年率2%の引き上げが見込まれているが、個々の加入者からみれば、自分が67歳になったときか、または重度障害状態になって請求が認められたときの、いずれか早い時点で給付金の額が確定し、それ以降の増額はなくなる。ただし、エルダーシールドの給付期間に上限があるのに対し、ケアシールド・ライフでは、重度障害状態が続く限り、終身で給付金が支給される⁷⁰⁾。

表9 2021年におけるケアシールド・ライフの保険料

生年	2021年末の年齢	エルダーシールド400の加入者		エルダーシールド300の加入者		エルダーシールド未加入者	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性
1990	31	—	—	—	—	210	258
1985	36	—	—	—	—	248	306
1980	41	—	—	—	—	301	373
1975	46	385	484	—	—	530	675
1970	51	468	596	—	—	766	989
1965	56	573	738	621	800	1064	1384
1960	61	608	800	680	894	1303	1719
1955	66	621	830	718	959	1548	2068

注：1) 保険料は国庫補助適用前。また、実際の保険料は1歳刻みで設定されているが、ここでは簡略化した。

2) —はエルダーシールド400または300の適用がないことを示す。

出所：https://www.moh.gov.sg/careshieldlife/about-careshield-life/careshield-life-premiums-calculator-result/PremiumCalculatorResult (保健省のウェブサイト：2019年10月13日アクセス) より作成。

(4) 国による保険料補助

加入者の負担を軽減するため、政府は保険料の30%までをミーンズ・テストに基づいて補助する。具体的には、世帯人員1人当たり所得月額が1200ドル以下の国民には保険料の30%が、同1201ドル以上2000ドル以下の国民には保険料の25%が、同2001ドル以上2800ドル以下の国民には保険料の20%が、補助金として政府から出される。

ただし、こうした補助は年間評価額が1万3000ドル以下の住宅に住んでいる場合に適用され、同1万3001ドル以上2万1000ドル以下の住宅に住んでいる場合の補助率は10%ポイント低下し、同2万1000ドルを超える住宅に住んでいるか、多数の不動産を所有している人々の場合には、世帯人員1人当たり所得月額にかかわらず、補助はない。くわえて、世帯人員1人当たり所得月額が2800ドルを超える場合にも補助は出ず、永住者に対する補助は、国民に適用される率の半分となる。また、エルダーシールド300に加入しているか、あるいは1979年以前に生まれ、エルダーシールドに未加入の人々については、基本保険料のみが補助の対象となり、追加的遡及保険料に対する補助はない。

なお、上記の政府補助のほか、メディセイブ勘定の積立金を活用したり家族の援助を受けたりしても保険料を支払えない人々には、別途政府補助が追加されることで、経済状況によってケアシールド・ライフのカバーからはずれる者が出ないような制度にすることとされている。しかし、それでも制度から漏れてしまう国民のために、エルダーファンドが導入されていることは、すでに述べた通りである。

他方、エルダーシールドからの移行に伴う保険料の増加を相殺し、制度へ参加するインセンティブを与えるため、生年などに応じて、時限的な追加の保険料補助も実施される。まず、1959年以前に生まれた人々には2500ドル、1960～1964年生まれの人々には2000ドル、1965～1969年生まれの人々には1500ドル、1970～1974年生まれの人々には1000ドル、1975～1979年生

まれの人々には500ドルの補助が出る。これらのうち1959年以前に生まれた人々、すなわち独立世代（1950～1959年の生まれ）または開拓者世代（1949年以前の生まれ）については、前者で1996年12月31日以前、後者で1986年12月31日以前に国民となっていることを条件に、1500ドルの補助が加算される。そして、これを含め、1979年以前に生まれた人々に対する補助は、10年に渡り均等に分割して出される。ただし、この補助を受けるには、これら年代の人々がケアシールド・ライフの対象となる2021年からの最初の2年間に、制度へ加入することが条件となる。

これに対して、1980～1990年に生まれた人々には、2020～2024年の5年間に渡り計250ドル、1991年生まれの人々（2021年に30歳となり、ケアシールド・ライフの対象になる：以下、同様）には2021～2024の4年間に渡り計180ドル、1992年生まれの人々には2022～2024年の3年間に渡り計120ドル、1993年生まれの人々には2023～2024年の2年間に渡り計70ドル、1994年生まれの人々には2024年に30ドルの補助が出て、それ以降は時限的な追加の保険料補助はなくなる。

2. メディセイブ・ケア (MediSave Care : メディセイブ勘定からの介護費用引出制度) の導入⁷¹⁾

ケアシールド・ライフのような保険にくわえ、介護ニーズを満たす財源として、個人や家族の貯蓄が重要だと保健省は考えている。そこで、30歳以上で重度障害状態にある人々は、2020年半ばより、自己または配偶者のメディセイブ勘定から、同勘定の残高に応じて月当たり200ドルまでの現金を、介護費用を補填するために引き出すことができるようになる。ただし、メディシールド・ライフの保険料、入院費といった他の出費に備えるため、最低5000ドルはメディセイブ勘定に残しておかなければならない。この最低残高を満たさない場合には、介護費用を補填するため、配偶者のメディセイブ勘定から、

表10 介護費用に充てるためのメディセーブ勘定からの引出限度額

メディセーブ勘定の残高	月当たり引出額の上限
2万ドル以上	200ドル
1万5000ドル以上 2万ドル未満	150ドル
1万ドル以上 1万5000ドル未満	100ドル
5000ドル以上 1万ドル未満	50ドル
5000ドル未満	引出不可

出所：https://www.moh.gov.sg/careshieldlife/long-term-care-financing/enhancements-(2020)：保健省のウェブサイト（2019年10月1日アクセス）

同勘定の残高に応じて月当たり200ドルまでを引き出すことができる（以上、表10を参照）。なお、この引き出しを希望する者は、統合ケア庁に申請し、保健省が認可した機関による障害状態評価を受けることになる。

おわりに

以上、CPFの積立金活用をベースとし、それを政府の各種補助金制度が補完する形態を採っているシンガポールの医療保障と介護保障についてみてきた。そして、CPFの積立金を使って加入する公的な医療保険や介護保険には、政府の保険料補助金が出ていることを除けば、民間保険の性質が非常に強く表れていることも確認した。また、政府の補助金について付言すれば、所得などに応じてすべてが個人ないし世帯に対して出されており、日本の社会保険にみられるような制度全体に対する公費補助とは性質が異なっている。他方、自己と家族のメディセーブ勘定間で積立金の移動が相互にできたり、双方のメディセーブ勘定の積立金を用いて互いの医療費や介護費、保険料の負担をし合えたりというように、家族間における相互扶助の要素が強いということも、シンガポールの特徴だといえる。

ただし、その対象は国民と永住者に限定され、

外国人労働者を含め、永住権を持たない人々は補助金やCPFの対象外となっている。したがって、シンガポールの医療保障と介護保障（さらに公的生活保障全般）は極めて排他的だといえるし、永住者に比べて国民が優遇されている面も多い。シンガポールには東南アジア諸国からの外国人労働者も多いが、ASEAN共同体（ASEAN Community）が、その設立宣言（2015年末）に先駆けて2013年10月に採択した「社会的保護の強化に関する宣言」のなかに、「ASEANに加盟するすべての国におけるUHC⁷²⁾の進展を共同で加速すること」が戦略の1つとして含まれている（Cf. ASEAN, 2013）ことを考えると、少なくとも医療保障分野においては、永住者や外国人に対する均等待遇が目指されるべきであろう。しかし、現在までのところ、そのような議論は聞かれず、「社会的保護の強化に関する宣言」や、ASEAN共同体における3本柱⁷³⁾の1つである社会・文化共同体（ASEAN Socio-Cultural Community：ASCC）が、少なくともシンガポールでは理想的なものにとどまっている。

ところで、2019年6月末現在、シンガポールにおける国民と永住者の年齢3区分別人口割合は、0～14歳が14.68%、15～64歳が70.87%、65歳以上が14.45%、従属人口指数は、年少（0～14歳）が20.7（国民だけでみると22.0）、老年（65歳以上）が20.4（同23.2）の計41.1（同45.2）である（以上は男女計の数値：以下同様）。他方、データは2018年になるが、65歳時平均余命は21.1年、合計特殊出生率はマレー系で1.85と比較的高いものの、中華系で0.98、インド系で1と低く、主要3民族の平均では1.14となっている⁷⁴⁾。シンガポールは既に高齢社会に入っているが、2065年の年齢3区分別人口割合は、0～14歳が10.9%、15～64歳が52.1%、65歳以上が37.0%に、また、この頃の65歳時平均余命は25.9年になると予測されている⁷⁵⁾。ちなみに、65歳以上の人口割合が7%に達したのは1999年、14%に達したのは2019年⁷⁶⁾であり、倍加年数（20年）は日本の24年⁷⁷⁾よりも短い。他方、

日本に関しては、2065年の年齢3区分別人口割合は、0～14歳が10.2%、15～64歳が51.4%、65歳以上が38.4%（2019年の65歳以上人口割合は28.6%）⁷⁸⁾に、また、この頃の65歳時平均余命は26.78年になると予測されている⁷⁹⁾から、高齢化という点で今後シンガポールは日本との差を縮めていき、2065年頃には両国の年齢別人口構造は概ね同じになる。

当然のことながら、こうした人口の高齢化は、シンガポールの医療保障と介護保障に大きな影響を与える。まず、2010年時と比べて高齢者の健康状態に変化がなく、個人々の病院医療に対する需要が同年と変わらない水準のままだとすると、2040年には病院医療に対する国全体の需要が2倍になると Chia and Loh (2018) は推計している。他方、現在でも、65歳以上の健康な国民と永住者の2人に1人が、生涯を終えるまでに要介護状態となるリスクがあり、その介護期間の中央値は4年間、そして3割の要介護者が10年以上の長期介護を必要とするようになっている⁸⁰⁾。こうしたなか、メディシールド・ライフやエルダーシールド、およびケアシールド・ライフの保険料は年齢群（コーホート）内でプールされ、世代間の財源移転が意図されていないため、これらの制度自体では給付と負担に関する世代間格差の問題は生じない。しかし、主として親にかかる保険料や医療・介護費用の患者・利用者負担分のより多くを、メディセイブ勘定の積立金などを使って子が負担することが避けられなくなれば、個人レベルでは後世代の負担がより重くなっていく。また、医療・介護関連で各種補助金を出している政府の財政負担も、このままでは増大していく。

したがって、一方では、健康増進と予防医療にくわえ、疾病の早期発見と早期治療に一層の重点を置くことにより、医療費の増大を抑制することが重要となる。国民と永住者を対象に、年齢と性別に応じた補助金付きの健診・検診を提供する「命のための健康診査」⁸¹⁾を、保健省と健康増進庁が国家的プログラムとして行なっているのには、そうした目的もあるのだろう。

他方、介護の面では、家族（外国人家事労働者も含めて）の負担を軽減するためにサービス提供体制を拡充することも必要だが、例えばコミュニティでの各種サービスの提供や介護予防、さらには在宅・デイケア統合パッケージのような取り組みを通じて、要介護度の進行緩和および様々なサービスの効率化をはかっていくことが、ますます重要性を増していくだろう。ちなみに、Huang et. al (2017) によれば、老人ホームの入所条件を満たす中程度の要介護者⁸²⁾ 155名（平均年齢は77歳）に対し、在宅・デイケア統合パッケージのサービスが提供されていたが、そのうち老人ホームへ入所することになったのは9.8%のみであり、病院の受診率にも75%の低下が観察されたうえ、98%の要介護高齢者とその介護者が、このプログラムに満足していたという。

最後に、公的生活保障に関する理念や制度の在り方、さらにそれらを取り巻く諸情勢、例えば多民族の都市国家という点や、人口規模、さらには抑制的になっているとはいえ、現時点では外国人労働者比率がはるかに高いという点などにおいて、シンガポールと日本の間には大きな違いがある。しかし、日本を上回る速度の少子高齢化が進みつつあり、将来的には日本と同様の年齢別人口構成になるシンガポールで、医療保障や介護保障、さらには生活保障全般の問題⁸³⁾に対していかなる対策が講じられていくかは、注視していくべき事柄といえるだろう。（完）

注

- 1) 医療関連の費用に関しては償還払いによる現金給付ではなく、一部がメディシールド・ライフから出る。
- 2) <https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/subsidies-for-government-funded-intermediate-long-term-care-services>（保健省のウェブサイト：2020年2月27日アクセス）には、所得がない世帯の場合には、居住している住宅の年間評価額が考慮されると記されている。

- 3) 上村 (2015) の訳語であるが、後述のように VWO 以外にも民間非営利福祉組織とよびうる団体がある。なお、VWO は後述の全国社会福祉協議会 (The National Council of Social Service: NCSS) に加盟している組織であるが、そのためには NCSS が定めたいくつかの条件を満たしていることが必要である。それらの条件については、<https://www.ncss.gov.sg/GatewayPages/Social-Service-Agencies/Membership> (NCSS のウェブサイト: 2020年2月27日アクセス) を参照。
- 4) 社会福祉全般にかかわる政府関連機関は多数あるが、それらについての詳細は (日本貿易振興会、2014) を参照。
- 5) 現社会・家族開発省 (Ministry of Social and Family Development) の前身である。
- 6) 調査の原典は入手できなかったが、その結果は Malhotra (2018) によって示されている。
- 7) より詳しくは、Dodgson and Auyong (2016) を参照。
- 8) 約5000人との記録もある (Cf. Devashayam [2010])
- 9) <https://www.mom.gov.sg/documents-and-publications/foreign-workforce-numbers> (人的資源省のウェブサイト: 2020年1月4日アクセス) を参照。
- 10) <https://www.singstat.gov.sg/find-data/search-by-theme/households/households/latest-data> (統計局のウェブサイト: 2020年1月6日アクセス) を参照。
- 11) ただし、1世帯で複数の外国人家事労働者を雇用している場合もあるだろう。
- 12) 全体が100%になっていないのは、四捨五入のためである。
- 13) 以上、世帯に関するデータは、<https://www.singstat.gov.sg/find-data/search-by-theme/households/households/latest-data> (統計局のウェブサイト: 2019年10月25日アクセス) を参照。
- 14) 詳しくは、<https://www.aic.sg/care-services/Senior%20Activity%20Centre> (統合ケア庁のウェブサイト: 2020年1月2日アクセス) を参照。
- 15) 詳しくは、<https://www.msf.gov.sg/policies/Strong-and-Stable-Families/Supporting-Families/Pages/Family-Service-Centres.aspx> (社会・家族開発省のウェブサイト: 2020年1月2日アクセス) を参照。
- 16) 詳しくは、<https://www.aic.sg/care-services/Befriending%20Services> (統合ケア庁のウェブサイト: 2020年1月2日アクセス) を参照。
- 17) <https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=14910> (統計局のウェブサイト: 2019年10月25日アクセス) を参照。
- 18) シンガポールの「社会サービス (social services)」は、児童ケアサービス、障害者サービス、高齢者ケアサービス、家族サービス、学童ケアサービス、貧困者のための資金援助などを含む概念である (上村 [2015] より引用)。
- 19) 注18に示したシンガポールにおける社会サービスの概念から、この訳語を用いることとした。なお、NCSS は社会・家族開発省傘下の法定機関である (Cf. 日本貿易振興会、2014)。
- 20) VWO の名称変更に関する詳細は、Rashith and Tan (2019) を参照。なお、こうした変化を背景とする名称変更に対しては、シンガポール国内で賛否両論がある。否定的な見解は、例えば、政策研究所 (Institute of Policy Studies) の上席研究員であるジャスティン・リー (Justin Lee) が表明している。リーは、ボランティア (voluntary) という用語は、国が提供する福祉サービスとは対照的に、これらの組織が民間のものであり、福祉サービスを提供するものだという概念を示すため、この用語をなくすことは、当該組織を政府のものでも民間営利企業でもないものとして区別することを、曖昧にすることだと述べている (Cf. Rashith and Tan, 2019)。なお、こうしたリーの見解は、VWO の在り方が官製ボランティアリズムであり、「ボランティア福祉の国家化」が生じているという既述の上村 (2015) の考え方とは対立的であろう。
- 21) 各種サービスの体系と料金の目安については、特に断りのない限り、<https://www.moh.gov.sg/our-healthcare-system/healthcare-services-and-facilities/intermediate-and-long-term-care-iltc-services> (保健省のウェブサイト: 2020年1月1日アクセス)、および [https://www.aic.sg/care-services/Integrated%20Home%20and%20Day%20Care%20\(IHDC\)%20Packages](https://www.aic.sg/care-services/Integrated%20Home%20and%20Day%20Care%20(IHDC)%20Packages) (統合ケア庁のウェブサイト: 2020年2月17日アクセス) を参照。
- 22) <https://www.aic.sg/care-services> (統合ケア庁のウェブサイト: 2020年1月2日アクセス) を参照。
- 23) これは保健省の補助金を受けている事業者数

- であり、複数の支所を運営している事業者は1つとしてカウントされている。<https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/health-facilities> (保健省のウェブサイト: 2020年1月3日アクセス) を参照。なお、この事業者数は、設置主体別(公立、民間非営利組織、その他民間団体など)には示されていない。
- 24) (上)と(下)を通じ、本稿でドルという場合には、現地通貨のシンガポール・ドルを指す。ちなみに、ブルームバーグのウェブサイト(<https://www.bloomberg.co.jp/markets/currencies/asia-pacific>)によれば、2020年3月16日の外国為替市場が開く前のレートは、1ドルが76.36円であった。
- 25) 注2に同じ。
- 26) <https://www.aic.sg/care-services/Day%20Care> (統合ケア庁のウェブサイト: 2020年1月2日アクセス) を参照。
- 27) <https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/health-facilities> (保健省のウェブサイト: 2020年1月3日アクセス)によれば、これは保健省の補助金を受けているか、または統合ケア庁からの紹介者を受け入れている施設の数である。なお、この施設数は設置主体別(公立、民間非営利組織、その他民間団体など)には示されていないが、統合ケア庁が運営する高齢者向けサービスのウェブサイト(Singapore SilverPages)から抽出した日本貿易振興会(2014)のデータでは、ボランティア団体の施設数が124、民間事業者の施設数が17となっている。なお、筆者が同じウェブサイトで2020年2月27日に検索したところ、そうしたデータを見出すことができなかった。
- 28) 注2に同じ。
- 29) これについては、Ho et. al (2012) や Huang et. al (2015) を参照のこと。
- 30) [https://www.aic.sg/care-services/Integrated%20Home%20and%20Day%20Care%20\(IHDC\)%20Packages](https://www.aic.sg/care-services/Integrated%20Home%20and%20Day%20Care%20(IHDC)%20Packages) (統合ケア庁のウェブサイト: 2020年2月27日アクセス) では、他のサービスに対する補助金についてと違い、具体的に世帯人員1人当たり所得月額や住宅の年間評価額によるとは記されていない。また、補助率も示されていないが、在宅・通所サービスと同様の扱いだと思われる(表7を参照)。
- 31) 以上は、注30のURL(2020年2月28日アクセス)

- を参照。なお、在宅・デイケア統合パッケージについては、Huang et. al (2017) も参照のこと。
- 32) ただし、ショートステイサービスを提供する施設もある。
- 33) <https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/health-facilities> (保健省のウェブサイト: 2020年1月3日アクセス) を参照。なお、中間・長期ケアに関する保健省の説明([https://www.moh.gov.sg/home/our-healthcare-system/healthcare-services-and-facilities/intermediate-and-long-term-care\(iltc\)-services](https://www.moh.gov.sg/home/our-healthcare-system/healthcare-services-and-facilities/intermediate-and-long-term-care(iltc)-services): 2020年2月27日アクセス) からして、ここでの民間非営利組織はVWOを指している。
- 34) 既述のように、一部は民間非営利組織(ここでは注33で記したようにVWO)に対するCDCによる補助と、共同募金会が募る寄付である。
- 35) 注2に同じ。
- 36) エルダーシールについては、主に<https://www.cpf.gov.sg/Members/Schemes/schemes/healthcare/eldersshield> (CPF Boardのウェブサイト: 2019年10月1日アクセス)、および<https://www.moh.gov.sg/careshieldlife/about-eldersshield> (保健省のウェブサイト: 2019年10月1日)による。
- 37) Aviva Limited, Great Eastern Life Assurance Company Limited, NTUC Income Insurance Co-operative Limitedが指定されている。
- 38) ちなみに、エルダーシールドの被保険者は、日本の介護保険のように年齢で区分されていない。また、受給要件としての重度障害状態の原因も、加齢に伴うものに限定されていない。ただし、40歳になって制度へ自動登録された以前に、後述の重度障害者に該当していた人々には、給付金が出ない。そうした人々は、制度からの脱退を申請し、支払い済み保険料を全額返還されることになる。
- 39) ただし、給付金支払い月数には既述のような上限が設定されている。
- 40) ただし、自己以外のメディセイブ勘定からの支払いは、年間600ドルが上限とされている。
- 41) CTGに関しては、<https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/caregiver-grants-subsidies> (保健省のウェブサイト: 2019年10月1日アクセス)による。
- 42) SMFについては、<https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/>

- caregiver-grants-subsidies (保健省のウェブサイト：2019年10月1日アクセス)、および [https://www.aic.sg/financial-assistance/Seniors%20Mobility%20And%20Enabling%20Fund%20\(SMF\)](https://www.aic.sg/financial-assistance/Seniors%20Mobility%20And%20Enabling%20Fund%20(SMF)) (統合ケア庁のウェブサイト：2019年10月18日アクセス) による。
- 43) 2020年2月17日に統合ケア庁へ尋ねたところ、すでに高齢者のための統合ケアに関するシンガポールプログラム (SPICE) は存在せず、在宅・デイケア統合パッケージがその後継となっているということであるが、同日現在、注42で示した保健省のウェブサイトでは両者が併記されている。
- 44) 高齢者のための暫定的介護支援プログラムについては、<https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/interim-disability-assistance-programme-for-the-elderly> (保健省のウェブサイト：2019年10月1日アクセス) による。
- 45) 在宅介護助成金については、<https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/caregiver-grants-subsidies> (保健省のウェブサイト：2019年10月1日アクセス) による。
- 46) 詳細は、[https://www.aic.sg/financial-assistance/Foreign%20Domestic%20Worker%20\(FDW\)%20Grant](https://www.aic.sg/financial-assistance/Foreign%20Domestic%20Worker%20(FDW)%20Grant) (統合ケア庁のウェブサイト：2019年10月15日アクセス) を参照。
- 47) 障害者に対する外国人家事労働者課税軽減措置については、<https://www.mom.gov.sg/passes-and-permits/work-permit-for-foreign-domestic-worker/foreign-domestic-worker-levy-paying-levy>、<https://www.mom.gov.sg/passes-and-permits/work-permit-for-foreign-domestic-worker/foreign-domestic-worker-levy/levy-concession> (ともに人的資源省のウェブサイト：2019年10月15日アクセス)、および <https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/caregiver-grants-subsidies> (保健省のウェブサイト：2019年10月1日アクセス) による。
- 48) <https://www.mom.gov.sg/passes-and-permits/work-permit-for-foreign-domestic-worker/foreign-domestic-worker-levy-paying-levy> (人的資源省のウェブサイト：2019年10月15日アクセス) によれば、課税の目的は外国人労働者の数を規制することにある。
- 49) 既述の通り、世帯主が65歳以上の所帯のうち、夫婦のみや独居の世帯の比率が上昇しているが、こうした条件を入れていることは、子 (外国人家事労働者の使用者に、子がなっている場合も多いと思われる) に同居を促すための対策ともとれる。
- 50) 注49と同様。また、16歳未満の子を対象としていることに関しては、子育ての負担軽減による少子化対策とも考えられる。
- 51) ただし、課税開始日には上記のような違いがある。
- 52) エルダーファンドについては、[https://www.moh.gov.sg/careshieldlife/long-term-care-financing/enhancements-\(2020\)](https://www.moh.gov.sg/careshieldlife/long-term-care-financing/enhancements-(2020)) (保健省のウェブサイト：2019年10月1日アクセス) および <https://www.aic.sg/financial-assistance/Elderfund> (統合ケア庁のウェブサイト：2020年2月27日アクセス) による。
- 53) この補助金については、<https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/subsidies-for-government-funded-intermediate-long-term-care-services> (保健省のウェブサイト：2019年11月29日アクセス) による。
- 54) ただし、補助金を受けられるのは、保健省から資金の出ている施設でサービスを受ける場合であって、例えば一部の民間老人ホームに入所している場合などには補助金が出ない。
- 55) 注2に同じ。
- 56) メディシールド・ライフから費用が支払われたり、メディセイブの積立金が使えたりするのは、これらの対象となっている医療の場合であることはいうまでもない。なお、例えばコミュニティー病院に入院するケースでは、メディシールド・ライフの給付金算定基礎となる比例配分係数 (本稿の上：前号を参照) は、国民で100%なのに対して永住者では50%となっている (Cf. MOH, 2019)。
- 57) 2020年2月27日に筆者が行なった保健省へのヒアリングによる。
- 58) ケアシールド・ライフについては、特に断りのない限り、<https://www.moh.gov.sg/careshieldlife/about-careshield-life>、および <https://www.moh.gov.sg/careshieldlife/about-careshield-life/premiums-and-premium-support> (ともに保健省のウェブサイト：2019年11月29日アクセス) による。
- 59) 保健省のウェブサイトにおけるオンライン自動チャットシステム Ask Jamie@MHO の回答による (2020年2月27日に質問実施)。なお、このことか

らもわかる通り、ケアシールド・ライフが導入されても、これとエルダーシールドは併存することになる。

60) 注59に同じく Ask Jamie@MHO の回答による(2020年2月27日に質問実施)。

61) CPF 委員会のウェブサイトにおけるオンライン自動チャットシステム Ask CPF の回答による(2020年2月27日に質問実施)。

62) すでに述べたエルダーシールドの場合と同様に、ケアシールド・ライフの被保険者は日本の介護保険のように年齢で区分されない。また、受給要件としての重度障害状態の原因も、加齢に伴うものに限定されない。

63) 注61であげた Ask CPF による(2020年2月27日アクセス)。

64) これに関し、注61であげた Ask CPF (2020年2月27日アクセス) は、つぎのように述べている。「これらの弱者を制度に取り込むことは、我々の社会的合意を強化し、包摂的で思いやりのある社会としての我々の価値観と調和する。先のフォーカスグループ(調査のために抽出された人々のグループ:挿入筆者) 討論に参加した多くのシンガポール人は、その利点を認識し、このアプローチを支持した。」

65) ただし、加入する場合には、その時点でエルダーシールドの受給要件と同様な重度障害に該当しないことが条件とされる。この扱いは、加入時に重度障害であっても制度から排除されない1980年以降に生まれた人々とまったく異なる。このことは、注64で記したようなケアシールド・ライフの理念に反しており、同制度が自己矛盾を抱えているともいえるだろう。

66) ただし、自動的に移行するのは、注65と同じ条件を満たす場合である。

67) 被保険者からみて、本文で述べるように、ケアシールド・ライフへ移行することにはメリットもあるが、例えば保険料補助の条件を満たさなかったり、給付が改善されるとしても、保険料の上昇を好まなかったりする人々が出てくるのが、考慮されているのだろう。

68) 59歳以降に制度へ加入し、67歳を超えて保険料の支払いを10年間に分散する場合も、67歳以降の保険料は増額しない。なお、67歳よりも前に重度障害状態となった場合には、後述の通り、その時点で給付金の増額はなくなるが、こうした場合の保険料について、納付の要否も含め、注58に示したウェブサイトでは何も記されていない。

69) 1980年以後に生まれた人々に関しては、追加的遡及保険料という考えはなく、単に保険料(premiums)とされている。これに対して、1979年以前に生まれた人々については、基本保険料(base premium)と追加的遡及保険料(additional catch-up component)となっている。

70) 注58のウェブサイトには記されていないが、ケアシールド・ライフの受給要件はエルダーシールドと同様で、各種サービス利用のいかんも問われないものと思われる。

71) メディセイブ・ケアについては、[https://www.moh.gov.sg/careshieldlife/long-term-care-financing/enhancements-\(2020\)](https://www.moh.gov.sg/careshieldlife/long-term-care-financing/enhancements-(2020)) (保健省のウェブサイト:2019年10月1日アクセス)による。

72) UHC (Universal Health Coverage) とは、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(Cf. WHO, 2010)。

73) 他の2つは、経済共同体(ASEAN Economic Community:AEC)と政治安全保障共同体(ASEAN Political-Security Community:APSC)である。

74) 以上の人口データは、<https://www.singstat.gov.sg/find-data/search-by-theme?theme=population&type=all> (統計局のウェブサイト:2019年11月1日アクセス)による。

75) UN (2019) による。

76) <https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=14914> (統計局のウェブサイト:2020年2月15日アクセス)による。

77) 日本の65歳以上人口比率が7%、14%に達したのは各1970年、1994年である(Cf. 国立社会保障・人口問題研究所、2020)。

78) 国立社会保障・人口問題研究所(2017)による出生中位・死亡中位の推計。ちなみにUN(2019)では、同年に0~14歳が11.4%、15~64歳が50.3%、65歳以上が38.2%になると予測されている。

79) UN (2019) による。

80) <https://www.moh.gov.sg/careshieldlife/long-term-care-financing> (保健省のウェブサイト:2019年10月11日アクセス)による。なお、同サイトで保健省はつぎのように述べている。すなわち、人々は将来の介護ニーズに備えなければならないが、どれだけの介護費用がかかるようになるかに

は不確実性が伴うため、いくら貯蓄をしておけばよいのかを割り出すのは困難である。保健省としても、家族と介護者へ不必要な負担を課すことのないよう、介護ニーズに対して前もって計画を立てておく必要がある。

- 81) 前号の本稿(上)を参照。
 82) Huang et. al (2017)の原文では“assessed nursing home eligible and are moderate dependency on activities of daily living”となっている。
 83) これに関しては、別途あらためて論じてみたい。

参考文献

- ・ ASEAN (2013) *ASEAN Declaration on Strengthening Social Protection*, The 23rd ASEAN Summit in Brunei Darussalam.
- ・ Chia, Ngee Choon and Shu Peng Loh (2018) “Using the stochastic health state function to forecast healthcare demand and healthcare financing: Evidence from Singapore,” *Review of Development Economics*, Volume.22, Issue 3, John Wiley & Sons Ltd.
- ・ Devashayam, Theresa W. (2010) “Placement and/or protection? Singapore’s labour policies and practices for temporary women migrant workers”, *Journal of the Asia Pacific Economy*, Volume 15, Issue 1, 2010, Taylor & Francis.
- ・ Dodgson, Jennifer and Hawyee Auyong (2016) *Foreign Domestic Workers in Singapore: Social and Historical Perspectives*, Lee Kuan Yew School of Public Policy, National University of Singapore.
- ・ ElderShield Review Committee (2018) *ElderShield Review Committee Report*, ElderShield Review Committee, Singapore.
- ・ Ho Chun Keong, Wong Loong Mun, Leo Feng, Josephine Huang, Jason Cheah (2012) “Singapore Programme for Integrated Care for the Elderly (SPICE)—an integrated model of care to enable frail elderly to be cared for in the community”, *International Journal of Integrated Care*, Volume 12, Igitur Publishing.
- ・ Huang, L, C. Ho, I. C. Chung, L. Wong, J. Cheah, H. Ng, C. Koh (2015) “Singapore Programme for Integrated care of the Elderly (SPICE): Findings from the Programme Evaluation,” *The Gerontologist*, Volume 55, Issue Suppl_2, The Gerontological Society of America.
- ・ Huang L., L. Teo, W. Lim, J. Cheah, and Agency for Integrated Care, Singapore (2017) “Integrated Home and Day Care Programme: A Pilot to Care for Frail Elderly in the Community”, *Innovation in Aging*, Volume 1, Issue suppl_1,1, The Gerontological Society of America.
- ・ Loh Soon How and Christopher Gee (2015) *Impact of Caregiving on Informal Caregivers and Foreign Domestic Workers*, Institute of Policy Studies, National University of Singapore.
- ・ Malhotra, Rahul (2018) *Psychological and Health Impacts of Caregiving*, Caregiver Symposium , 3 February 2018, Singapore.
- ・ MOH (2013) *Policy Solutions for Caring for an Ageing Population: Brief on Singapore’s Ageing Population and Aged Care Initiatives*, Country report presented at The 11th ASEAN and Japan High Level Officials Meeting on Caring Societies, From 3 to 5 December 2013, Tokyo, Japan, Ageing Planning Office, Ministry of Health, Singapore.
- ・ — (2019) *MediShield Life: Better Protection. For All. For Life*. Ministry of Health, Singapore.
- ・ Rashith, Rahimah and Theresa Tan (2019) “New name for voluntary welfare organisations – social service agencies,” *The Straits Times*, 13 July 2019.
- ・ Ueno, Kayoko (2008) “Foreign Domestic Workers in Singapore”, In: Emiko Ochiai and Barbara Molony (eds.) *Asia’s New Mothers: Crafting gender roles and childcare networks in East and Southeast Asian societies*, , Global Oriental, Ch.7.
- ・ UN (2019) *World Population Prospects 2019*, Population Division, United Nations. (<https://population.un.org/wpp/DataQuery/>2019年11月1日アクセス)
- ・ WHO (2010) *Health Systems Financing: The path to universal coverage*, World Health Organization.
- ・ 上村泰裕 (2015) 『福祉のアジア: 国際比較から政策構想へ』 名古屋大学出版会。
- ・ 国立社会保障・人口問題研究所 (2017) 『日本の将来推計人口(平成29年推計)』 国立社会保障・

人口問題研究所 (http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp_zenkoku2017.asp: 2020年2月15日アクセス)。

- ・—— (2020)『人口統計資料集』(2020年版) 国立社会保障・人口問題研究所 (<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2020.asp?chap=2&title1=%87U%81D%94N%97%EE%95%CA%90I%8C%FB>: 2020年2月15日アクセス)。
- ・小島克久 (2014) 第8章「台湾・シンガポールの介護保障」 増田雅暢編著『世界の介護保障』第2版、法律文化社。
- ・崔仙姫 (2017) 第7章「シンガポール——変化する介護サービスの担い手」 金成垣・大泉敬一郎・松江暁子編著『アジアにおける高齢者の生活保障：持続可能な福祉社会を求めて』、明石書店。
- ・新保美香 (2010) 第3部12「シンガポールの社会問題と社会福祉」 萩原康生編著『アジアの社会福祉』、放送大学教育振興会。
- ・日本貿易振興機構 (2014)『シンガポールにおける医療・社会福祉サービスに関する調査報告書』 日本貿易振興機構(ジェトロ) シンガポール事務所。
- ・浜島清史 (2012)「シンガポールにおける高齢者福祉と施設介護」『社会科学研究』第63巻第5・6号、東京大学社会科学研究所。
- ・日野原由未 (2017)「医療・福祉分野における外国人労働者受け入れの展望 — シンガポールの取り組みを手がかりに —」『岩手県立大学社会福祉学部紀要』第19巻。

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