

# 社会保障分野への挑戦（日本の経験をどう活かすか）

## UTILIZING JAPANESE EXPERIENCE TO GUIDE SOCIAL SECURITY POLICY

大西 洋也 \*

Hironari ONISHI

After the implementation of Sustainable Development Goals (SDGs) as the target indicators in developing countries, a number of Asian countries in South East Asia recognized social security as their important policy challenge.

Since Japan has experienced aging society<sup>注1)</sup> in 1970's and aged society<sup>注2)</sup> after 1990's, it developed a comprehensive social security system. Such experience will definitely provide useful information for the development of social security system among those countries.

In this article, three important branches of social security, namely Health Insurance, Long-term Care, and Pension Insurance, are discussed and the possibilities to utilize Japanese experience and their knowhow are proposed.

**Keywords** : SDGs, Social Security, Social Insurance, UHC, Health Insurance, Long-term Care, Pension Insurance

### 1. 社会保障分野の現状と課題（途上国の課題を概観する）

#### (1) 最近の社会保障分野の動き

国連主導による持続可能な開発目標（SDGs : Sustainable Development Goals）は、2015年9月の国連総会にて2016年から2030年までの15年間で達成を期待されるべき大目標が設定された。この大目標には17分野があり、それらの大目標を達成するために169のターゲットが設定されている。この中で社会保障が関連する大目標は「1」の貧困削減と「3」の健康増進である<sup>注3)</sup>。

SDGsの合意形成を契機に、東南アジア諸国を含む各途上国は人々の生活を支える社会サービスの充実を政府の役割として一層認識し、近年はインフォーマルセクターの人々を含めた社会保障制度の充実を積極的に促進する傾向が強まっている。

2017年12月には日本の外務省、財務省、厚生労働省、国際協力機構（JICA）、さらに世界銀行、世界保健機関（WHO）、国連児童基金（UNICEF）、UHC2030（UHC: Universal Health Coverage）<sup>注4)</sup>などが中心となりUHCフォーラム2017が開催され、UHCを進めるべく「UHC東京宣言」が採択されたところである。UHCフォーラム2017の専門家会合ではUHCの重要な課題である保健システム、保健人材の強化、UHCのファイナンス、医薬品へのアクセス、高齢化社会の保健ニーズなどについて議論も併せて行われた。

#### (2) 社会保障分野におけるJICAの技術協力

JICAではこのような状況から、近年東南アジア諸国における社会保障／社会保険関連のプロジェクトを推進してきている。表1は直近の5年間に東南アジア諸国で実施されてきた技術協力プロジェクトである。

これらの国々にとって、社会保障／社会保険制度は徐々に人々の生活に不可欠なものとなってきている。それは人々の生活を安定化させるものであり、ひいては貧困削減、これらの国の安定化につながり、日本にとってもそれを支持する意義は大きいといえよう。

\* 株式会社コーエイリサーチ&コンサルティング コンサルティング第一事業部 金融・ガバナンス部

注1) 全人口の7%を高齢者が占める社会のことをいう。

注2) 全人口の14%を高齢者が占める社会のことをいう。

注3) 外務省HPにも特に大目標3のコンポーネンツとしてUHCの促進の記載あり。

注4) UHC（ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ）とは、すべての人々が基礎的な保健医療サービスを、必要なときに負担可能な費用で享受できる状態を指す。日本では保健政策に加え、医療保険制度でこのUHCを達成しており、年金保険や介護保険とともに社会保障制度の一部を構成している。

表－1 JICAが実施した／実施中のプロジェクト一覧

社会保障／社会保険分野 インドネシア ○社会保障制度強化プロジェクト（2014-2017） ○社会保険実施能力強化プロジェクト（2017-2019）
医療保険分野 ベトナム ○診療報酬及び保険適用給付サービスパッケージ改善プロジェクト（2017-2019） カンボジア ○インフォーマルセクター向け医療保険導入計画策定プロジェクト（2016-2018）
年金保険分野 モンゴル ○社会保険実施能力強化プロジェクト（2016-2019） インドネシア ○社会保障制度強化プロジェクト（2014-2017） ○社会保険実施能力強化プロジェクト（2017-2019）
介護サービス分野 タイ ○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（LTOP）（2013-2017） ○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（CTOP）（2007-2011） マレーシア ○高齢化社会に向けた地域社会に根差したプログラム及び社会的支援の構築プロジェクト（2015-2017）

出典：JICAホームページより筆者作成

本報告では、事例として動きが顕著である東南アジアを中心に社会保障分野での「日本の経験の有益性」を論じたい。

### (3) 医療の課題

社会保障分野において、人々の生活に直接関係のある医療保障は最優先されるべきであり、このような認識は正しいといえる。しかしながら、この東南アジア地域における医療に関しては、質、量共に未だ不十分であり、農村地域における現状は改善の余地が多くある。政府による医療機関の整備、医師の育成は遅いながらも進展が見られるが、人々の所得の向上やインターネットの普及による医療情報の入手が容易になったこともあり、より良い医療サービスを受けることを希望する人々が多くなってきたことも最近の傾向である。例えば、タイ、イン

注5) JICA ベトナム国健康保険制度に係る情報収集・確認調査参照。  
 注6) インドネシアでは、臨床研修を終了した医師は、看護師などとチームを構成し、農村へ2～4年の赴任が義務付けられている（インドネシア保健省：2018年2月2日）  
 注7) タイでは、2000年代初頭に30パーセントと呼ばれる貧困層向けの健康保険制度を導入した（その後、自己負担はなくなり無償となった）が、この制度の支出は税金により賄うとしており、安定的な財政に課題がある。  
 注8) 経済的に豊かになる前に高齢化が進むことが予想されている。

ドネシア、ベトナムではこの傾向が顕著に見られ、富裕層は公的な医療保険制度を活用せず、民間の医療保険、医療機関を活用するなど医療サービス受診の二極化（公共医療機関と民間医療機関）が起こっている<sup>注5)</sup>（JICA、2017）。

一方で医療のアクセシビリティに関しては、国の責務という認識があるこれらの諸国では、患者の絶対数が見込める都市部で民間医療機関が設立される傾向にあるが、患者が見込めない農村部ではこれまでと同様、公的医療機関による医療サービスの提供が一般的である。しかし、これらの国では医師や医療従事者が不足しており、農村部を含めた十分な医療供給体制の構築にはさらに時間を要する状況である<sup>注6)</sup>。

### (4) 社会保障制度にまつわる課題

UHCを達成するためのツールとして医療保険の拡大、つまり加入者数の増加はこれらの国において政治課題になっている。先にも述べたとおり、インドネシアやベトナムでは明確なターゲット（具体的には表－2）を定め、2019／2020年を目途に達成することを目指している。タイはいち早くUHCを達成した国であるが、財政的な側面<sup>注7)</sup>を考慮すると、同様に保険制度の整備は十分なものになっていない。また、この地域では経済発展に伴う一人当たりGDPの増加が十分でない状況で少子高齢化が進むことが想定されており、高齢化に伴う医療費の増大と高齢者を支える担い手の減少が社会問題化する可能性が高い<sup>注8)</sup>。

表－2 インドネシアおよびベトナムにおける政策目標

#### インドネシア

- 健康保険制度：2019年までに全国民への適用を達成する。これによりUHCを達成するとの記載。
- 労働災害保険、死亡給付、老齢給付、年金については、2019年までにフォーマルセクターの80%、インフォーマルセクターの5%の適用を目指す。

#### ベトナム

- 2020年までに健康保険加入率を80%以上（首相指示により2016年に90%に改定）
- 患者自己負担率を40%未満

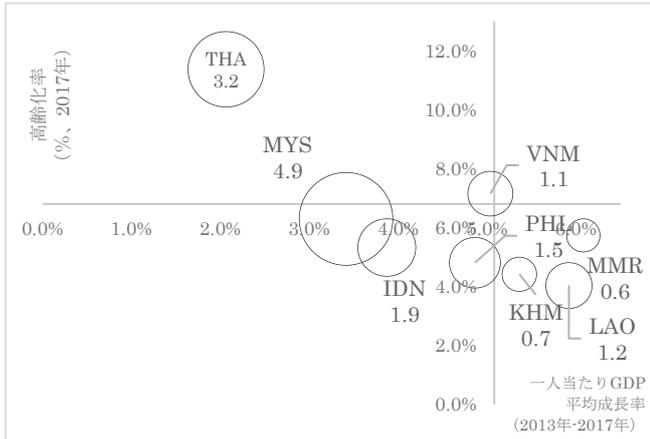
出典：Roadmap of National Health Insurance 2012-2019, Government of Indonesiaおよび"Roadmap towards All-People Health Insurance for the Period of 2011-2015 and by 2020 (538/QD-TTg), Ministry of Health, Vietnamより抜粋

さらに現在進行中もしくは将来の高齢化に対応するため、この地域のいくつかの国においては、介護サービスのあり方などを検討し始めており、タイ、マレーシア、ベトナム、インドネシアなどがその代表的な事例である。一方で、医療サービスと介護サービスにおいては「サービスデリバリー」と「ファイナンス」という両輪が機能することが不可欠であるが、その双方において十分でない国が多い（Shimazaki, 2011はデリバリーとファイナンスの重要性を説いている<sup>9)</sup>）。ファイナンスにおいては、

社会保険方式で行うか、税方式で行うかという議論もあるが、そもそも各種税金の徴収システムが整備されていない状況ではその財政面での運営も必然的に困難になる可能性が高い。加えて、高齢者の所得保障としての年金制度の浸透も不十分であり、財源確保の観点からも困難が多い。

財源確保の課題は経済成長とも密接な関連がある。そこで、**図-1**に ASEAN8 カ国（シンガポール、ブルネイ除く）の

経済成長の度合いと高度経済成長期の日本を比較したチャートを示す。例えばベトナムをみてみると、GDP 比が 1.1 であり、2017 年時点で 1970 年の日本と同じ水準に到達したといえる。ベトナムが今後も同水準の経済成長率を十数年にわたり維持することは困難であると予想され、財源に与える影響は大きい<sup>注9)</sup>。よって、現実的な経済成長シナリオに基づいた社会保障制度の設計（給付水準、範囲など）が適切であろう。



※横軸は日本の高度経済成長期（1960 年から 1990 年）の一人当たり GDP 平均成長率の 5.08%を基点に設定した。縦軸は 1970 年時点の日本の高齢化率である 6.88%を基点とした（日本は 1971 年に 7.05%を記録）。バブルのサイズは、GDP 比（ASEAN 各国の一人当たり GDP（2017 年）/日本の一人当たり GDP（1970 年））を表し、国名の下に数字はその比率である。

図中の標記は以下を示している。  
 THA: タイ、MYS: マレーシア、IDN: インドネシア、VNM: ベトナム、PHI: フィリピン、KHM: カンボジア、MMR: ミャンマー、LAO: ラオス

図-1 高度経済成長期の日本を基点とした ASEAN 8 カ国（シンガポール、ブルネイ除く）の現在地

出典：世界銀行

## 2. 日本の社会保障制度の現状と特徴

日本の社会保障制度は、第 2 次世界大戦以前より形成されてきたが、政府が本格的な整備に取り掛かったのは、戦後になってからである。例えば 1950 年の社会保障審議会による「社会保障制度に関する勧告」で日本国の社会保障制度の概念が示されている。その中で、次のように規定されている。「社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法または直接の公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生および社会福祉の向上を図り、もって全ての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいうのである。」

また、日本では、戦後の医療サービスの絶対量の供給不足から民間医療機関を積極的に活用し、医療サービスの量を充足した歴史的経緯がある<sup>注10),9)</sup>。この医療サービスの充実、高度経済成長という要因と密接に関係があると考えられる。すなわち、医療・年金における皆保険の達成（1961 年）と維持は高度成長という支えがあったことは否めない。戦後復興に対する政治の要請があったにせよ、高度成長期があったから

こそ、制度の適用範囲拡大、給付の充実、福祉サービスの充実などがなされ、世界に誇れるものとなったと考えられる<sup>16)</sup>。

その後、人口の急速な高齢化に対応するため 2000 年には介護保険制度の創設と 2004 年にはマクロ経済スライドの導入により年金制度の財政安定化がされた。現在の日本の社会保障制度は**図-2**に示すように 3 つの制度が大きな柱となっている。本稿で取り上げる人の生涯に密接に関わる医療保険、年金保険、介護保険制度の特徴を以下に述べる。

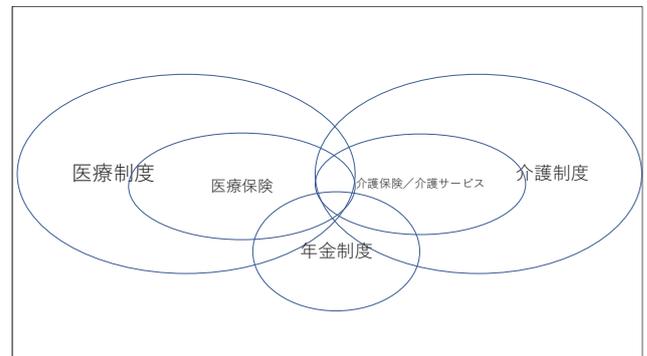


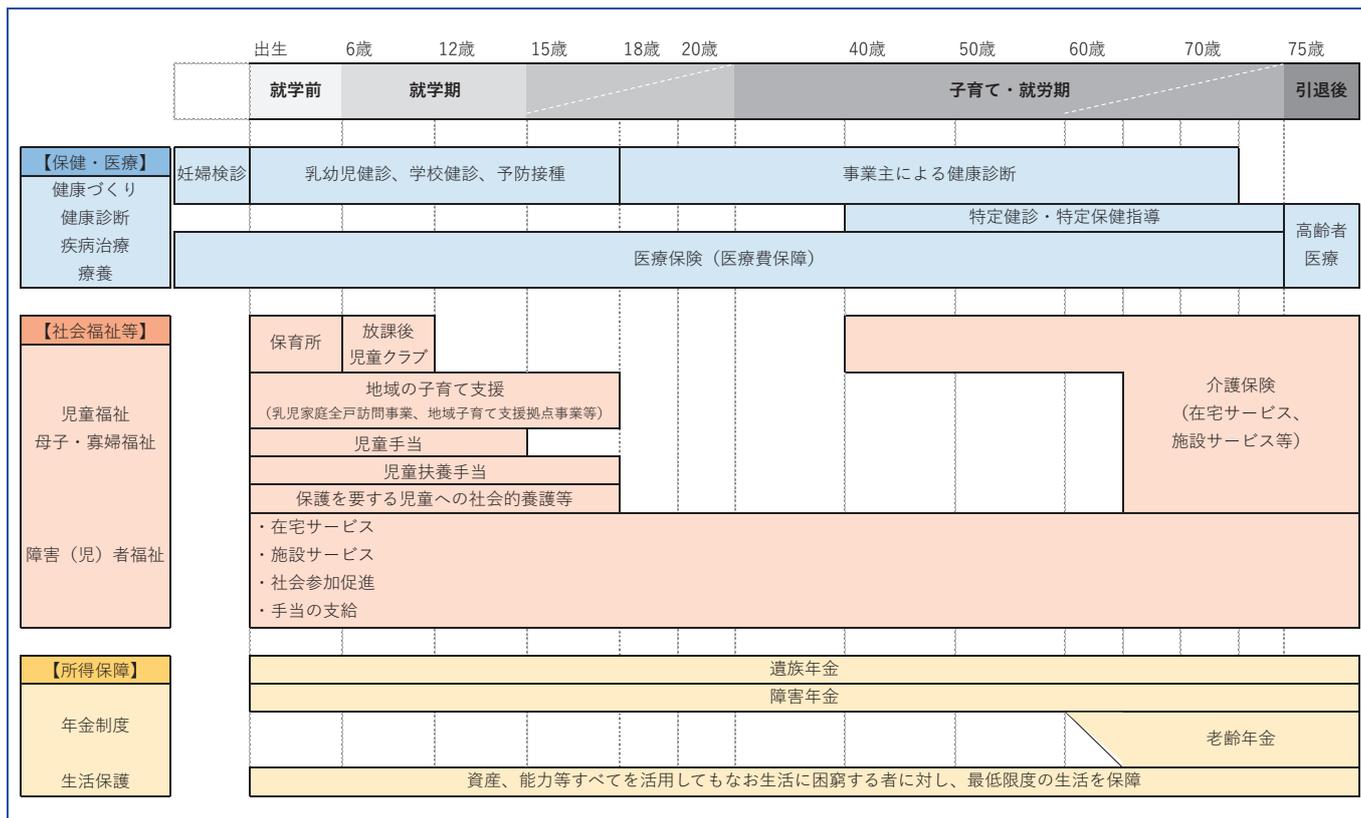
図-2 医療、介護、年金の相関性のイメージ

### (1) 医療保険制度

戦前から公務員、民間被用者といった職域別に形成された制度を基礎にしながら制度が発展してきたが、1961 年の国民健康保険の施行は、各自治体をベースとする地域保険としたことが特徴である。概念的には全ての国民が加入する制度として発足したが、他の医療保険制度に加入できる者は国民健康

<sup>注9)</sup> 2018 年には最低賃金が 175 米ドルに引き上げられており、周辺国と比べても高額であり、労働コスト面での競争力を失う可能性がある。

<sup>注10)</sup> 民間医療機関において診療報酬から得た収入はあらかじめ決められた医療従事者の給与と運営費に当てられた後、余剰分は施設の投資に向けなければならないことが規定されている。



図－3 日本の社会保障制度の全体像

出典：厚生労働白書平成24年版より抜粋

保険への加入を除外する形にしたことから、国民全体を包括する基礎的な医療保険制度としてこれまで機能してきた。保険種別と適用は、以下のとおりである。

- 1) 公務員が加入する制度：共済組合
- 2) 民間被用者のうち会社の規模が比較的大きく独自の健康保険組合がある場合：組合健康保険
- 3) 中小企業を中心とし独自の健康保険組合を設立できない場合：協会健保

これらの共済組合、健康保険組合、協会健保に加入できない者は、国民健康保険に加入することになる。

(2) 年金制度

本制度も医療保険制度と同様であり、1961年の国民年金制度の施行に伴い、20歳以上の国民が対象となった。国民年金は所得情報の把握が困難であるインフォーマルセクターを対象としていることから、厚生年金保険のように保険料率に基づく保険料の支払いではなく、決められた保険料額を支払う形とし、制度の安定化を図ってきた。

さらに、急速な高齢化に対応し、財政の安定化を図る目的から保険料額を段階的に引き上げてきたところである。

(3) 介護保険制度

2000年に40歳以上を対象に介護保険制度が導入されている。これは40歳以上の親世代の介護リスクが高まること、

40歳前後に人々の収入が安定する傾向があることが背景にある。

個別に述べた三制度は実態として相互に密接に関係している（図－3）。医療保険と介護保険の給付はどちらも原則現物給付であるが、いずれの制度の給付を受けるかは介護認定の有無により判断される。この点において、両制度の関係は連続しているといえる。加えてこれら制度は「保険」の仕組みを取り入れている。保険では保険料の支払が求められるが、現役世代で無い人々もこれら制度に加入し保険料の支払義務が生じることになる。日本では、「保険」の仕組みを採り入れ年金制度を整備することで、所得保障を政策的に担保し、制度が円滑に機能するようにデザインした。これは途上国では見られない特徴といえる。

3. 東南アジア諸国の社会保障制度の整備状況

(1) 東南アジア諸国における戦略計画策定の事例

1. (4) において示したとおり、東南アジア諸国においては、社会保障制度の充実のための計画が策定されてきた。事例としては、インドネシア国家社会保障協議会による「2012年から2019年までの健康保険制度ロードマップ」やベトナム保健省による「2012年から2015年および2020年までの国民皆保険に向けたロードマップ」がある。これらでは具体的な数値目標が掲げられている（表－2参照）。これらは高い目標であ

るが、2018 年 12 月末現在（ベトナム保健省）でベトナムの健康保険制度の加入率は約 87% に到達していることから、政府の本気度が伺える状況にある。

## (2) 健康保険制度の整備状況

東南アジア諸国における健康保険制度は、インフォーマルセクター<sup>注 11)</sup>の加入拡大が課題となっている。このセクターの人々は低収入もしくは現金収入に乏しく、さらには居住地の把握も困難であることが多く、加入促進策が難しい（WHO, 2015）。また、医療の質、医療サービスへのアクセシビリティも課題であり、保険に加入しても、そのサービスを受ける医療機関が近隣にない場合には、健康保険そのものへの加入自体が意味のあるものにならない。加えて、医師や医療関係者の数も絶対的に少ない状況である（表－3 参照）。

また、健康保険が対象とする医療サービスが概ね全ての医療サービスをカバーするものではないことも人々を健康保険から遠ざける要因となっている場合もある。そのため、2000 年代初頭にはタイが「30 パーツ医療保障制度<sup>注 12)</sup>」と呼ばれる制度を導入し<sup>注 13)</sup>、UHC を促進してきた。インドネシアやベトナム<sup>注 14)</sup>では、高齢者や貧困層には国の支援により、保険料の負担なしで健康保険に加入させる施策を近年推進している。

表－3 人口千人当たりの医療従事者数

	タイ	ベトナム	インドネシア	日本
医師数(人)	0.39	0.72	0.2	2.4
看護師数(人)	2.08	0.94	1.38	11.0

出典：厚生労働省資料  
(www.mhlw.go.jp/wp/hakushyo/kaigai/18/dl/t5-14.pdf)

しかし、貧困層向けの制度も一般の人々が加入する制度と内容が同一のため、これら 2 カ国では医療費の増大（収支バランスはここ数年赤字）が政治課題となっている。また、今後

は高齢化にともなう医療費の増大が容易に予想できるが、政策面の対応は議論が緒についたばかりである。

## (3) 年金制度の整備状況

東南アジア地域における年金制度は、インフォーマルセクターを除き、概ね整備されている。一部の国では積立基金方式（Provident Fund）をとっている国や確定給付方式の年金制度を導入している国、確定拠出方式の年金制度の導入を検討している国など様々である。しかし、加入期間の短さ、想定される所得代替率から給付される年金額は安定的な老後の生活を保障できる給付水準ではない。また、今後の健康保険財政、介護サービスに係る費用をどのようにファイナンスするかを議論する際、高齢者の所得保障をどのように、どのレベルまで担保するかは重要な政策課題となる。

## (4) 介護サービスの整備状況

高齢化が進む東南アジア諸国において、介護サービスの充実の検討を始めているのはタイとマレーシアである。

現時点では、両国ともコミュニティをベースにした介護サービスの拡充を進めているが、今後増加の一途をたどる高齢者への介護サービスをどのレベルまでコミュニティ単位で対応するべきかという議論も大切である。

例えばタイやベトナムは日本に比べても同等もしくは早い速度で高齢化<sup>注 15)</sup>が進むことから、制度の「ファイナンス」をどのように整備すべきかを検討する時期に到達している（図－4 参照）。

## 4. 日本の経験をどう活かすか

### (1) 医療保険

日本を含む諸外国の例<sup>注 16)</sup>を見ても、これらの国も高齢化に伴う医療費の増大は避けられないものである。例えば老人医療費は高齢化に伴い劇的に増加することが予想される（図－5 参照）。将来の医療費の増加を抑制する政策が必要であり、日本の生活習慣病対策や予防医療の考え方を保健政策の一環として徐々に取り組みことは必要であろう。また、健康保険におけるレセプト審査<sup>注 17)</sup>の IT 化、薬剤の取り扱い（患者による再販の禁止など）やレフェラルシステム<sup>注 18)</sup>の徹底など、医療費の抑制に繋がる施策は日本の事例が効率的に活用できる分野でもある。以下に述べるような日本の制度が参考になると考えられる。

例えば、東南アジア諸国では高齢者にかかる医療を保険制度で対応するのか、保健施策で対応するのかの政策選択のタイムリミットは近くまで来ている。

日本では、後期高齢者医療制度を導入し、75 歳以上の高齢者の加入制度を分離し、保険料負担を原則としつつ、税財源を投入することにより、共済組合や健康保険組合の元加入者で退職した者や自営業者などが加入する国民健康保険の財

注 11) 公的機関の認知、記録、保護、規制を受けていない貧しい労働者の活動を示す（ILO）。

注 12) 2004 年から導入されていた貧困層向けの医療保障制度である。それまで貧困層は医療保障に関しては、適用をうける制度がなかったが、指定された医療機関を訪問した場合には、窓口で 30 パーツ（当時のレートでは USD1.00）／回を支払えば、医療サービスを受けることができる制度。

注 13) その後は無償の制度となっている。

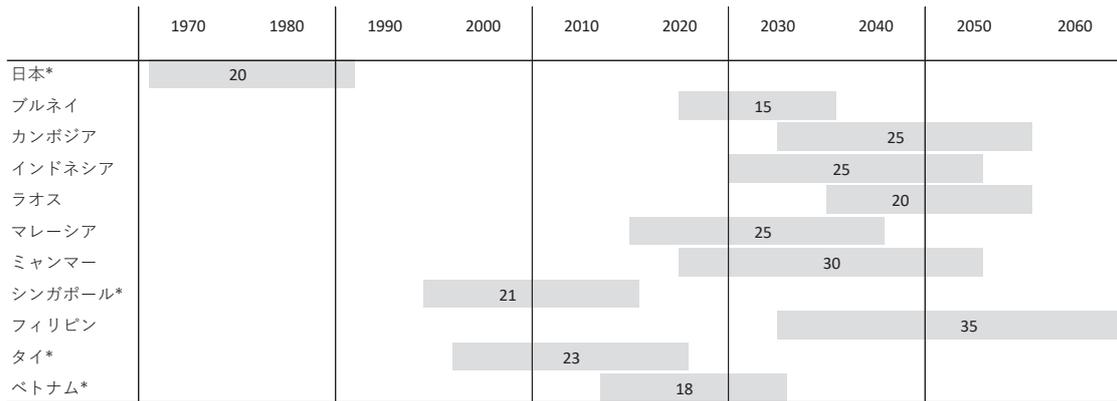
注 14) インドネシアの Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) とベトナムの健康保険制度である。

注 15) ここでいう高齢化の速度は高齢化社会（人口の 7% が高齢者）から高齢社会（人口の 14% が高齢者）に到達するために必要な年数である。

注 16) 日本、韓国、ドイツ、フランスなど社会保険方式をとる国々が挙げられる。これらの国は高齢化にともなう医療費の増大に直面しており、政策課題となっている。

注 17) 患者（被保険者）に対し医療サービスを提供した医療機関が審査支払機関にレセプト情報（医療費請求情報）を提出し、審査支払機関が当該請求が正しいか否かを審査する。

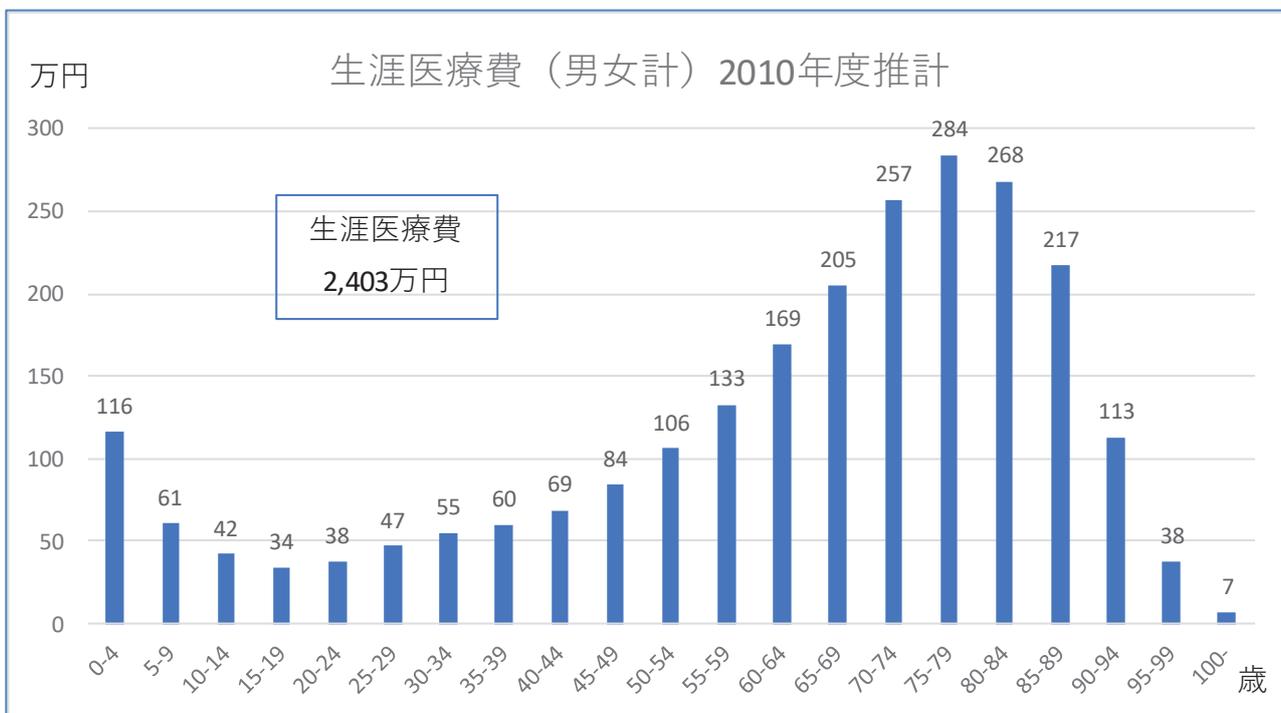
注 18) 一般的には「患者紹介システム」と呼ばれ、診療所などの一次医療施設では診療できない重症患者をより高度な医療設備と技術を有する高次医療施設（病院）へ紹介・搬送するためのシステムを指す。



表示の数値は、高齢化社会（全人口の7%が高齢者）から高齢社会（全人口の14%が高齢者）になるために必要な年数を示している。

図-4 各国の高齢化のスピード

出典：UN Population Prospect 2017より筆者作成



生涯医療費は各年齢層の合計値を合算したもので、一人が生涯にかかる医療費の総計を示したものである。

図-5 生涯医療費（日本）2010年

出典：厚生労働省

政安定化を図ってきた。諸外国では、医療保険制度は単一であり、多くても職域ごと（公務員、民間被用者、インフォーマルセクターなど）に区別される程度で、日本のように多くの健康保険組合が存在するような形にはなっていない。

例えば日本の各制度は歴史的に公務員、民間被用者、インフォーマルセクターと順に整備されてきた経緯もあり、更に、一定規模の企業ごとに健康保険組合の設立を認め、従業員の福利厚生を進めてきたことから、多くの健康保険組合が存在し

てきた経緯がある。これにより保険の適用拡大とともに国民の健康も守られてきた。

一方で、公的医療保険の整備は、不必要な医療サービスの受診に繋がることもあるため、日本では図-6の事例1に示したような自己負担の導入により抑制しているところである。また、同時に自己負担の導入は制度の財政面での安定性に貢献している。

事例 1：自己負担導入による不必要な制度利用の防止

日本の公的医療保険である国民健康保険、組合健康保険、協会けんぽ、各種共済組合の各制度の下では、原則、医療サービスの提供者である医療機関は、診療報酬点数表に基づく医療費の総額から下記の表に定められた自己負担率に基づき、患者自己負担分を除く金額を保険者<sup>注19)</sup>に請求する。この自己負担の導入により、不必要な制度利用の防止をしている。

公的医療保険制度を国民の資産と考へ、持続性の観点からも非常に重要な仕組みである。

なお、過去には自己負担率が70%を超える時代もあったが、公的医療保険制度の充実と共に現在の水準と成っている。

自己負担率	
75歳以上	10%
70歳以上	20%
6歳未満	20%
	30% (高額所得者)

図ー6 日本の公的医療保険における医療費の自己負担率

出典：厚生労働省資料

定的手法などの技術協力が進められている。日本がこれまで20年近く介護保険制度を通じて蓄積してきた経験や知見は、これらの国々で大いに役立つ。

(3) 年金保険

年金保険に関しては、インフォーマルセクターの人々の加入をどのように促進するかが大きなポイントとなる。数十年後に給付開始となる年金は途上国の人々にとっては未知のものであり、費用負担すると消費財やサービスの受領が即時、遅くても同年内には行われるものと考えている人々が多い。年金制度は数十年間の加入の後に受給できるというものであることから、その制度の理解・浸透はこれまでも困難を極めている。この傾向は年金が身近ではない途上国において特に強い。

日本では、かつて皆年金を達成した1961年頃には、最低の加入期間（当時25年）を満了できない人々のために5年や10年の加入期間で受給できる「5年年金」や「10年年金」などといった制度を設け、年金受給権が確保できるよう政策的な配慮をした<sup>注21)</sup>。これらは主として受給権の確立を目的として導入されたものであるが、他方、年金受給者を増加させ、身近に年金受給者を存在させることにより年金制度を身近なものとし、人々に浸透させるという別の目的もあった。

年金制度を導入したこれらの東南アジア諸国では類似の政策誘導は存在せず、この日本の施策誘導を導入することは、検討の余地があるのではないかと考える。

(2) 介護サービス

介護サービスを「福祉制度の枠組みで行うか」、「保険制度として実施するか」という点で制度構築の考え方は大きく異なる。

日本では、かつて高齢者の介護を家庭で対応し、対応困難なものについて福祉制度を受け皿として対応した経験を有しているが、介護を制度として対応する場合、財源をどうするかは非常に重要な課題である。

東南アジア諸国においても、消費税／付加価値税等税制度は導入されているが、社会保険制度に不可欠な正しい所得情報を把握することは実質的に困難であることから、保険料負担と提供されるサービスの関係が明確である保険制度が人々の理解を得やすいと考える<sup>注20)</sup>。

既に JICA の協力の下で、介護サービスの構築、介護認

5. まとめ

本稿では、日本の社会保障制度の主要な柱である医療保険、年金保険、介護保険制度が整備された考え方や影響を与えた経済と人口構成について述べた。なかでも、日本の経験から「医療」と「介護」はサービスデリバリーの部分において密接に関係していることが特徴として挙げられた。これはかつての日本が経験したように老人医療と社会福祉の切り分けが困難であったからである。日本では厚生労働省が主体となり、現在まで医療保険、介護保険、年金保険の制度を時代に即した形となるよう整備してきた。そこには国民の財産としての社会保障制度のあるべき姿を検討し、政治もそれを支援してきた背景がある。

社会保障制度の整備は、単独で見るとはならず、高齢者の所得保障（年金など）、さらには国の税制も考慮したファイナンスの仕組みを共に検討・構築することが必要不可欠である。

日本における生活保護世帯への医療サービスのあり方、高齢化対策として後期高齢者医療保険や介護保険などの創設といった経験は、保険制度と財政面の関係を実情から慎重に検討したという点において、東南アジアにおいて非常に参考になる<sup>注22)</sup>。

日本におけるこの制度間の連携や対象者の特徴を捉えた制度設計は、厚生労働省が企画立案を所管し、省内での調整、

注19) 保険者とは共済組合の場合には、制度を運営する各種共済組合、国民健康保険では都道府県、組合健康保険では各健康保険組合、協会けんぽでは全国健康保険協会を指す。

注20) 東南アジア諸国においては、インフォーマルセクターはもとより、フォーマルセクターにおいても社会保険料の算定の根拠となる給料の過少申告など、所得の把握は極めて困難である。そのため、日本の国民健康保険や介護保険のように、地方自治体が保険者として保険制度（地域保険）を導入するような仕組みはこれらの国では困難である可能性がある。

注21) 5年年金や10年年金は既に廃止されている。

注22) 具体的には、国民健康保険の公的資金の投入割合、後期高齢者医療制度の対象者の特徴を考へ、他の制度と財政的に分離した制度として陰影されている点など、がある。

関係省庁や実施機関との調整を緊密に行ってきたため機能している。加えて、法令間の齟齬を防ぐための仕組みを整え、実施される現場での混乱を防いできたことで制度が円滑に実施されてきた。

日本の社会保障制度の整備の道程、政策課題の発現から解決までの経験は、これから社会保障制度を整備する国々には有益なものであり、活用できる知見や経験は非常に多い。

#### 参考文献

- 1) ADB, 2015. Viet Nam: Health Human Resources Sector Development Program. [On-line]  
Available at: <http://www.adb.org/projects/40354-013/main>
- 2) DJSN, Roadmap of National Health Insurance 2012-2019, Government of Indonesia
- 3) Ministry of Health, Roadmap towards All-People Health Insurance for the Period of 2011-2015 and by 2020, Government of Vietnam
- 4) Ministry of Health, Labour and Welfare, White Paper, 2012. Available at :  
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/>
- 5) JICA, 2012. Basic Study on Social Security Sector in Asia – country report on Viet Nam, Tokyo: JICA.
- 6) JICA, 2014. Final Report of Data Collection Survey on Social Security Sector in Viet Nam, Tokyo, Japan: JICA.
- 7) JICA, 2017. Final Report of Data Collection Survey on Health Insurance System in Vietnam, Tokyo: JICA
- 8) JICA, 2018. Final Report of Project on Strengthening of Capacity of Social Insurance Operation (Support on Creating Implementation Plan for Qualification of Social Security Expert), Tokyo: JICA
- 9) Shimazaki, Kenji (2011) Health Care in Japan: Institutions and Policies, University of Tokyo Press
- 10) Shimazaki, Kenji (2012) Memorandum on Universal Coverage and the Process before Its Achievement, Aoyama Law Review, Vol. 53, No. 4
- 11) Someya, Masakazu, Research Report, Pension System in Developing Countries: Typologies and Analysis, ed. Oizui and Oyamada, IDE-JETRO
- 12) Tsutsumi, Shuzo(2013) “The Constitution and Function of Universal Health Insurance in Japan”, Proceedings of the Graduate School of Human Sciences, Osaka University, Vol. 39
- 13) WHO, 2015. What is universal coverage? [On-line]  
Available at:  
[http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/)
- 14) World Bank, 2015. Health, Nutrition and Population Statistics. [On-line]  
Available at: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=Health%20Nutrition%20and%20Population%20Statistics#>
- 15) Yamashita, Mamoru, 2010, Present Situation of the Elderlies and Challenges, International Longevity Center Japan
- 16) Yoshihara, Kenji and Wada, Masaru (2008) “History of Japan health insurance system (enlarged and revised edition)” Toyo Keizai Inc.
- 17) WHO, 2015. Global Health Expenditure Database. [On-line]  
Available at: <http://apps.who.int/nha/database>