



ソーシャル・ ポリシー・ハイライト 16



人口構造の変化と社会医療保健制度

このソーシャル・ポリシー・ハイライトは、最近 3 号の発行物と同様に、ISSA の人口統計プロジェクトに端を発したものであり、人口構造の変化が社会医療保健制度に及ぼす影響を評価する。人口の高齢化、家族構成の変化、都市化、移住の影響を取り上げつつ、社会医療保健制度が為すべき広範囲の可能な対応について論じる。人口構造の変化と関連する財政課題が医療保健の拡大を制限する可能性があるという議論に対し、このソーシャル・ポリシー・ハイライトでは、変化する人口構成についての認識の高まりは、実際に、社会医療保護の適用促進を助ける機会を提供すると結論する。

ISSA 事務総長 ハンス-ホルスト・コンコルスキ

人口統計学上の事実

様々な人口統計学上の傾向は、社会医療保健への支出増加の一因となっている。一般的に、支出の増加は、高齢人口の健康リスクに対処するための新しい給付やサービスに必要となる。

もちろん、医療費の増加は、多くの場合、技術の進歩や高額な技術および治療の不適切な使用など、人口統計学的要素以外にも原因がある。

原因の如何にかかわらず、現在の支出増加に対する需要の高まりは、必ずしも被保険者からの収入増大と釣り合っていない。多くの国々で、出生率低下の影響は、社会医療保健制度を含む社会プログラムに現役抛出する若者の数の減少をもたらしている。また、世界的に寿命が長くなる傾向があり、い

まやより多くの人々が医療を求めている。

社会医療の提供という問題を扱う場合、人口統計学的要素のなかで人口の高齢化は、しばしば最も重要であると見なされる。しかしながら、家族構成の変化、都市化、移住など、ほかにも検討すべき要素がある。

本号は：

- ・全世界的に医療保健制度に影響を与える主要な人口統計の傾向を明らかにする。
- ・人口構造の変化に対する医療制度の対応を要約する。
- ・医療ケアへのアクセスを改善するための政策課題と優先事項に注目する。

主要な世界統計

- ・60歳以上の人口が2020年までに10億人になり、2050年には20億近くに達すると予想される。現在、約9,000万人が80歳以上であるが、2050年までに4億人以上になると予想される。
- ・2010年、世界人口の4分の1以上が15歳未満であった。2050年までに5分の1以下になるだろう。この傾向は発展途上国を含め、世界のすべての地域に影響を及ぼしている。
- ・1950年、都市に居住しているのは世界人口の30パーセントに満たなかった。現在は50パーセント以上に達している。
- ・2010年、越境移住者は世界人口の3パーセント超を占めていた。この数字は2050年までに約1.5倍に増えると予想される。

人口の高齢化

平均寿命が伸びたのは、感染性疾患の予防と治療が非常に上手く機能した結果である。同様に、生活環境の全般的改善と人的資本投資の価値を正しく評価することも等しく重要になっている。慢性疾患を見つけ出し、治療し、進行を遅らせるための新しい医療技術の開発、並びに外傷性傷害に続く包括的なリハビリテーションの方針の開発がさらに平均寿命を延ばした。

延命と生活の質の改善に効果的であった初期の医療技術開発は、比較的高価ではなかった。しかしながら、最近の開発は高額になる傾向があり、一般的により広く利用可能である。だが、技術の向上と治療を受ける機会は、往々にして、新しい治療法の適切な利用についての十分な知識と一致していないことが多い。ほとんどの慢性疾患は人生の後半に発症することから、人口の高齢化は医療費支出の増加や非効率な介護と同義語になっている。

変わる家族構成

幼児や子どもの死亡率が高かった時代には、十分な家計所得を確保するために大家族が必要であると考えられた。しかしながら、幼児や子どもの死亡率が依然として比較的高い国々でさえ、いまや少人数の家族が好まれる。子どもをたくさん作らないという傾向は、自分たちが持てなかつた消費財や機会を子どもに与えたいという願いのもとに、子育てにかかる費用について若い親がもつ認識によって後押しされているのかもしれない。中国やシンガポールなどの国々では、国家政策で子どもの人数が制限されている。

このほかに考慮すべき側面として、晩婚化と体外受精(時として「晩婚化」と関連する)という2つの問題がある。体外受精の恩恵が高く評価される一方で、この方法は準備費用が高くつき、高齢女性の間で見られる早産や

多胎妊娠の著しい増加と関連する。このことは治療費のさらなる高額化を意味する。このような変化のプロセスが、大規模家族や、高齢者や障害者の在宅介護が標準として残っている国々や文化で、いま起きているのである。

総合的に見ると、これらの人口統計学的要素は一人暮らしの増加をもたらした。そのほとんどは、日常生活の支援や介護専門家による自宅介護をますます必要とする高齢者である。養護ケア使用の増加傾向が多くの国々で明らかに現れており、高齢者や障害者のためのコミュニティであるデイケアセンターの役割、最終的には終身介護施設が担う役割が増大している。

都市化

多数の人口が地方から都市部へと移動する流れが続いているが、それは必ずしも核家族の移動ばかりではなく、雇用や勉学の機会を求める若者の移動もある。若者が家族と離れて暮らすケースが増えている。時には一人暮らし、簡易宿泊所暮らし、また超過密や汚染などの新たな健康脅威に曝される環境で暮らすケースが増えている。多くの人々にとって、新しい都市環境は薬物乱用、多量の喫煙、栄養の偏り、性感染症を助長する場所でもあり、就職や家族への仕送りといったストレスにさらに追い討ちをかける。同時に、都市化とグローバル化は新しい医療技術の知識に触れる機会を増やし、医療介護従事者の複数利用を拡大し、その結果として社会医療保健制度に対する需要を高めた。

移住

越境移住者はいまや世界人口の3パーセントを超えており、その数は今後増加すると予想される。全居住者への社会保障適用についての法律が受入国に存在しない場合、或いは受入国と母国との間に二国間協定が締結されていない場合、移住者は医療を含め社会保障の適用を受けることができないことがある。移住労働者は一般的に健康な成人であるが、彼らは新たなリスクに曝されており、医療を必要とする家族構成員を受入国や母国に抱えている。

社会医療保健制度による対応

一般的に、人口統計学的傾向に対応するプロセスは、医療給付により多く支払わなければならないことのほか、変化の必要性に対する認識の遅れや、この傾向が及ぼすより広い影響に対する評価の遅れを伴った。例えば、高齢者の医療介護ニーズや医療費の増加について認識が高まっているにもかかわらず、医療保健の資金調達メカニズムを変更する必要性については認識が低い。それでもなお、主要な医療政策対応を6つ確認することができる。

長期介護制度

多くの社会医療保健制度で長期介護保険が導入されており、一般的に新たな強制保険料を財源としている。オランダは、自宅療養や終末期ケアのためのホスピスを含め、様々な介護現場で提供され広範囲に及ぶ長期介護をカバーする強制社会医療皆保険を導入した最初の国である。1968 年の法令を可決する推進力となったのは、人口の高齢化ばかりでなく、一般病院のベッドの適切な利用を実現するために、リハビリテーションの便益を正しく評価したことであった。さらに後の改革により、どのようにサービスを受けるか、どの介護施設でサービスを受けるかを決定するにあたって介護の受け手に大きな自由が与えられるようになり、自宅介護を担当する管理介護師や一時収容施設への支払いが介護人に休息を与えることを可能にした。

予防と健康増進

予防と健康増進をサポートする施策は、人口の高齢化に関連する非伝染性疾患急増の対応に役立つことがある。このような施策の必要性は、一般的に、新しい感染性疾患や再興感染症が広がる一因である移住者水準の上昇と社会的流動性の増大によって強まっている。現在ほとんどの社会医療保健制度は、その役割として、個人を健康に保つこと(Box を参照)、並びに、個人が病気になったときに保護を行うことを含めなければならないことを認めている。教育やカウンセリングを通じた患者の権利拡大は、健康なライフスタイルを送ること、そして適切なケアを追求することにとって重要である、ということが広く受け入れられている。

予防と健康増進に資金を提供する

- ・チェコでは、健康増進と予防の財源は、部分的に、社会保険料の支払遅延に課される罰金によって賄われている。
- ・韓国では、健康増進に利用可能な基金の 50 パーセント増加は、最近実施された、たばこの値上げの収入によるものである。
- ・フィンランドでは、健康保険支出の固定部分は、予防、リハビリ、当該領域への研究の財源に分配される。

規制

ケアの費用が高いことに対するひとつの対応策は、規制の強化である。とはいっても、実際には、費用の高い新しいケアへの需要を制限すると患者の希望と衝突することになり、ケア利用機会の平等を実現することと矛盾する。制限することは、例えば、社会医療保健制度が規定年齢に満たない者への臓器移植を制限すること、或いは一人の体外受精の挑戦回数が制限されることを意味する。予想される生活の質という側面から見れば制限は合理的であるかもしれないが、資産のある患者

は社会保障の枠組み外で、時には規制外の施療者にサービスを求めるかもしれない。ただし、経過観察の費用は正規社会医療保健制度が負担することになる。

規制に比べて実際的なアプローチは、政府や学術機関と協力して開発した、証拠に基づく臨床プロトコルの適用であろう。ひとつ例を挙げると、オタワ・アンクル・ルールがある。これは足首を負傷した患者に対して救急医がどの段階で X 線を使うか決定する際の簡単なガイドラインを示したものである。このようなプロトコルの適用は社会保険制度でよく機能しており、高齢者の間で頻繁に発生する怪我についても同様なガイドラインを作成できるであろう。

労働許可と保険適用にリンクさせる

労働許可を持つすべての労働者への保険適用は、移住労働者の人口を多数抱える国々に存在する。しかし、実際には産油国であるペルシャ湾岸諸国のケースと同様に、社会保険よりむしろコマーシャルベースでこの集団をカバーするという傾向がある。このことは限定的な給付が労働期間のみ提供され、被扶養者への適用がないことを意味する。より包括的な方法として、フィリピン社会保障制度とフィルヘルス(Philhealth)のアプローチがある。現在、海外労働者福祉局を通じて、受入国と母国において移住労働者とその家族への社会保障の適用を促進している。

薬価決定交渉

社会医療制度は医薬品の最大の購入者であることが多い。より有利な薬価設定を達成するために、購入価格交渉はより体系的に進められるべきであろう。例えば、AIDS の治療薬である抗レトロウイルス薬の価格の大幅値引きは、ウイリアム・J・クリントン財団を通じた交渉で実現した。高齢者人口が増加しつつあるいま、癌や他の慢性疾患用の広範囲の治療薬は現在非常に高額であるため、そのような協調アプローチの使用を一段と進めるべきであろう。

この方向での措置がいくつかの国々で講じられている。医薬品の支出が医療費支出全体の 24 パーセントを占めるメキシコでは、全国基礎医薬品リストに登録された特許医薬品について、政府間委員会が購入を調整し、最高価格の交渉にあたっている。

プロバイダー・ペイメント

プロバイダー・ペイメントの使用は、費用を管理する機会を社会医療保健制度に与える。支払方法が医療サービスを規制し運営する政府当局と調整したうえで策定された場合に、特にそうである。韓国の医療保険審査評価院(HIRA)は、成果主義に基づく支払システムを開発した。これは、急性心筋梗塞治療の改善と不必要的帝王

切開出産の削減に対して三次病院に金銭的インセンティブを与え、望ましくない成果に対してはペナルティを課すというものである。このようなメカニズムは、合意された基準に基づいて、高齢者や社会的弱者の適切なケアの提供へと拡大することができるだろう。

社会医療保健制度の優先事項

社会医療保健制度は、人口統計学的変化の影響について認識をますます高めている。医療費が上昇し続けていることから、適切かつ進行する方法で対応することが極めて重要である。明らかに、特定された主要な人口統計学的傾向のペースと順序付けは国々によって異なるだろうし、社会保障制度によって実施される対応は国内の優先順位によって決定されることになるだろう。

ますます多くの国々で高齢化対応が優先事項となっているが、都市化と移住に関連する政策課題がより差し迫った問題になっている国々もある。適切な長期ケアの必要が高まる一方で、健康増進と予防の促進や、すべての技術の適切な使用に関する規制の開発、医薬品を含めこれらへのアクセスに対する有利な価格交渉なども、等しく重要な優先事項である。

高額化する医療費や、人口統計学的要素の結果としてこれらの費用をコントロールできないという認識は、時として、社会保障制度が医療を届けることができないことを正当化する役割を果たすことがある。こういう事情から、社会保護制度の給付の範囲に医療が追加されていない発展途上国が多くある。医療へのアクセスを改善するためには、社会保障制度、政府、医療提供者の間で知識や経験を共有するパートナーシップの開発が不可欠である。そのような開発には、プロトコルや指標の調整と拡大、医療専門家の訓練も含めなければならない。今後、人口統計学的変化という課題に対する認識の高まりは、社会医療保障の拡大を妨げるものではなく、促進する手段として使われるべきである。

主要な結論

- ・現在の人口統計学的傾向(人口の高齢化、家族構成の変化、都市化、移住)が及ぼす影響は国によって違う。医療制度の対応は国内の優先事項と事情に合せて調整しなければならない。
- ・社会医療保健制度は、人口の健康増進に貢献する。と同様に、健康的な国民は社会保障制度の財政持続可能性の下支えに大きく貢献しうる。
- ・人口統計学的变化は社会保障制度にとって重要な課題を提示するが、医療へのアクセスを拡大する機会でもある。

ISSAはソーシャル・ポリシー・ハイライトの本号に関し、国際コンサルタントのアヴィヴァ・ロン氏のご協力に感謝申し上げる。

参考図書

OECD「保健セクターの効率化向上」 OECD. 2010. Improving health sector efficiency: The role of information and communication technologies (OECD Health Policy Studies). Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD「危機後における保健制度の優先事項」 OECD. 2010. Health system priorities in the aftermath of the crisis (OECD Health Ministerial Meeting, Paris, 7-8 October). Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

「オランダの包括的な介護保険(皆保険)の持続可能性」 シュット Schut, F. Y.; Van den Berg, B. 2010. "Sustainability of comprehensive universal long-term care insurance in the Netherlands", in Social Policy and Administration, Vol. 44, No. 4.

UNAIDS「世界経済危機がエイズ対策に及ぼす影響」 UNAIDS. 2009. Impact of the global financial and economic crisis on the AIDS response (25th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, 8-10 December).

国際社会保障協会

国際社会保障協会(ISSA)は、各国社会保障機関や社会保障団体を繋ぐ、世界をリードする国際機関です。ISSAは優れた社会保障運営が行えるよう支援することによって、グローバル化する世界の中で社会的側面としてのダイナミックな社会保障を推進します。

ISSAは、加盟機関に対して専門的な情報および知識、ハイレベルな社会保障ネットワークと会議へのアクセスを提供し、国際的なレベルでダイナミックな社会保障を推進するとともに、高いサービスレベル、効率的な事業運営及びグッドガバナンスを確保します。

ISSAは1927年に設立され、本部はジュネーブの国際労働事務局内に置いています。

4 route des Morillons T: +41 22 799 66 17
Case postale 1 F: +41 22 799 85 09
CH-1211 Geneva 22 E: issacomm@ilo.org
www.issa.int