

# 保険・年金 フォーカス

## 【アジア・新興国】 インド医療事情と医療保険制度 ～モディケアとは何か

経済研究部 研究員 齊藤 誠  
(03)3512-1780 msaitou@nli-research.co.jp

### 1—はじめに

2018年2月1日、ジャイトリー財務相が予算演説を発表し、政府が貧困層を対象とした国家健康保護計画(National Health Protection Scheme - NHPS、通称モディケア)を創設すると述べた。

NHPSを実施すると、これまでインドで存在しなかったユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)が実現することになるのだろうか。インドの医療事情と現行の医療保険制度を踏まえた上で、今回発表されたNHPSがどのような位置づけにあるのかを整理する。

### 2—インド保健医療の事情

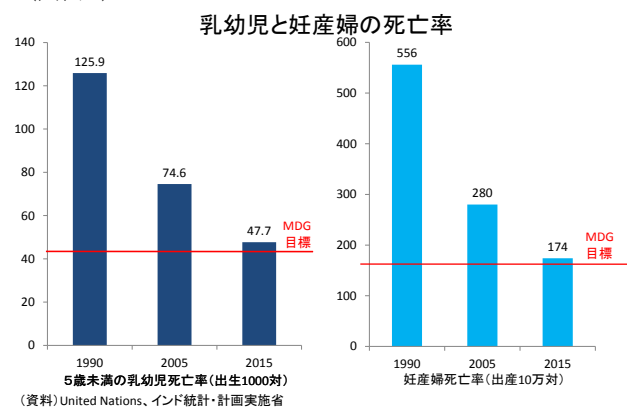
#### (1)ミレニアム開発目標の達成状況

インドの保健医療はどの程度の水準にあるか、国際比較の観点から国連のミレニアム開発目標(MDGs)に取り入れられた目標4の「乳幼児死亡率」と目標5の「妊産婦死亡率」の推移を見てみよう。

まず(5歳未満の)乳幼児死亡率(出生1000対)を見ると、インドは47.7(2015年)と、日本の2.7(2015年)に比べて非常に高い(図表1)。しかしながら、インドはMDGsの基準年である1990年の125.9と比べると、大きく改善していることが分かる。これを国際比較してみると、後発の新興国であるインドの乳幼児死亡率は世界平均の42.5を上回っているが、同じ所得水準の国・地域(低中所得国<sup>1</sup>)のなかでは低めに位置している(図表2)。

次に妊産婦死亡率(出産10万対)を見ると、インドは174(2015年)と、やはり日本の5と比べて非常に高い

(図表1)

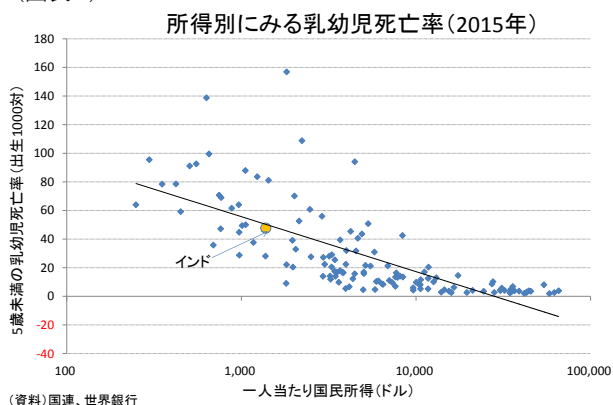


<sup>1</sup> 世界銀行は国民一人当たりの国民所得(GNI)が1,005ドル以下の国・地域を低所得国、1,006~3,955ドルの国・地域を低中所得国、3,956~12,235ドルの国・地域を高所得国、12,236以上の国・地域を高所得国と分類している。

が、1990年の556からは大幅に減少している(図表2)。乳幼児死亡率と同様に国際比較してみると、インドの妊産婦死亡率は世界平均の216を下回っており、また低中所得国のなかでも低めに位置している(図表3)。

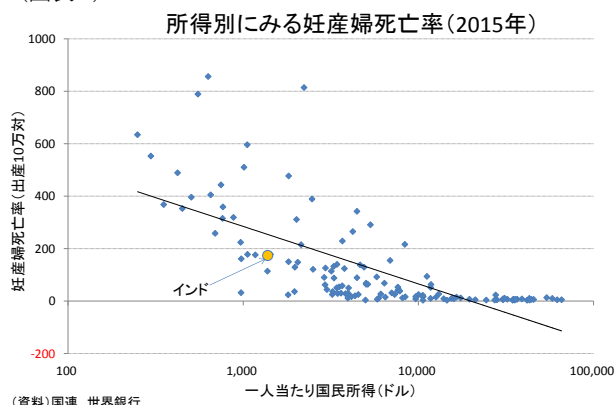
これら2つの指標だけを見れば、インドの保健医療の水準は大きく変貌を遂げ、低中所得国のなかでは健闘していると言えよう。もっとも先進国レベルには程遠く、インドの保健医療の改善余地は依然として大きい様子も窺える。

(図表2)



(資料) 国連、世界銀行

(図表3)



(資料) 国連、世界銀行

## (2) 死亡要因

インドの保健医療が変貌を遂げるなか、死亡要因も大きく変化してきている。主な死亡要因を見ると、「伝染病や周産期等」の死亡が減少する一方、「非伝染病」による死亡が増加している(図表4)。これは政府による公衆衛生の向上や生活環境の改善に向けた取組みが奏功した一方で、経済発展に伴い生活習慣病が増加しているためである。また「外傷」による死亡が多いままであることも特徴だ。インドでは交通インフラの整備が遅れており、交通事故による死亡が絶えないことが分かる。

(図表4)

インドにおける主な死因割合の推移

	2000年	2005年	2010年	2015年
1位	伝染病、寄生虫病 (21.6%)	心血管疾患 (21.0%)	心血管疾患 (23.9%)	心血管疾患 (25.9%)
2位	心血管疾患 (18.8%)	伝染病、寄生虫病 (20.2%)	伝染病、寄生虫病 (16.6%)	伝染病、寄生虫病 (13.8%)
3位	周産期死亡 (11.5%)	周産期死亡 (9.7%)	呼吸器疾患 (10.0%)	呼吸器疾患 (10.9%)
4位	呼吸器疾患 (10.0%)	呼吸器疾患 (9.6%)	周産期死亡 (8.0%)	過失事故 (8.3%)
5位	呼吸器感染症 (8.8%)	呼吸器感染症 (8.2%)	過失事故 (8.0%)	悪性新生物 (8.1%)
6位	過失事故 (7.5%)	過失事故 (7.7%)	呼吸器感染症 (7.4%)	呼吸器感染症 (6.8%)
7位	悪性新生物 (5.7%)	悪性新生物 (6.5%)	悪性新生物 (7.3%)	周産期死亡 (6.3%)
8位	消化器疾患 (3.9%)	消化器疾患 (4.3%)	消化器疾患 (4.9%)	消化器疾患 (5.3%)
9位	故意の事故 (2.7%)	故意の事故 (2.7%)	故意の事故 (2.8%)	糖尿病 (3.1%)
10位	泌尿器、生殖器疾患 (2.1%)	泌尿器、生殖器疾患 (2.4%)	泌尿器、生殖器疾患 (2.8%)	泌尿器、生殖器疾患 (3.1%)

(注) 網掛けは死因の大枠の分類を表す。黄色が「伝染病、周産期など」、赤色が「非伝染病」、灰色が「外傷」を示している。

(資料) WHO

モディ政権下では、公衆衛生促進プログラム「スワッチ・バーラト(クリーン・インド)」のキャンペーンを

進めている。これは一般家庭などにトイレを設置して 2019 年までに屋外排泄ゼロを目指す取り組みであり、今後も公衆衛生の向上が期待される。また交通インフラの整備に向けては、財政余力が限られるために法整備を進めることで官民連携(PPP)方式の導入を加速させるなど、今後の進展が期待される。こうしたなかで「伝染病や周産期等」や「外傷」による死亡率はさらに低下していくものと予想され、中長期的には先進国同様に非伝染病を死因の中心とした構造になっていくものと考えられる。

### (3) 医療制度の特徴

インドの医療制度の最大の特徴は、憲法で全ての国民に医療を保障し、公的医療機関では無料で受診することができる点であろう(ただし、医薬品や検査は有料)。つまり、全ての人々が公的医療機関で診療を受けることができれば、自己負担はほとんどなくなるはずである。しかしながら、公的医療機関の供給が限られており、医師や設備も不足しているため、不衛生な環境下で長時間の診察待ちを強いられることになる。従って、有料でも設備が整っており、アクセスの良い民間医療機関を選択する国民は多い。

安心して民間医療機関を受診するには医療保険の有無が重要となるが、インドでは国民皆保険制度が存在しない。詳しくは後述するが、公的医療保険制度の対象は国民の一部に止まっており、それ以外の人々は個別に民間の医療保険に加入しなくてはならない。富裕層や中間層は民間の(個人)医療保険に加入するか、雇用主が福利厚生制度として導入する(団体)医療保険に入ることになる。しかし、低所得者は民間の医療保険に入ることができず、無保険になりがちだ。

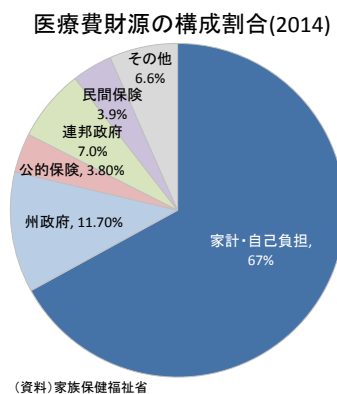
実際、医療費負担の構成割合を見ると、公的支出と公的・民間保険等の支出を合わせても全体の 3 割に止まり、残りの約 7 割は家計・自己負担が占める。インドでは公的医療保険制度の整備が遅れ、民間医療保険の浸透も限定的であることが分かる(図表 5)。

国際比較してみると、インドは世界的にみても公的医療支出(GDP 比)は1%程度と低く、世界平均の 6%を大きく下回っている一方、インドの自己負担率は 6 割超と高水準であり、世界平均の 2 割弱を大きく上回っている(図表 6)。やはり公的医療支出(GDP 比)が大きい国は、総医療支出に占める自己負担の割合も少ない傾向があるようだ。

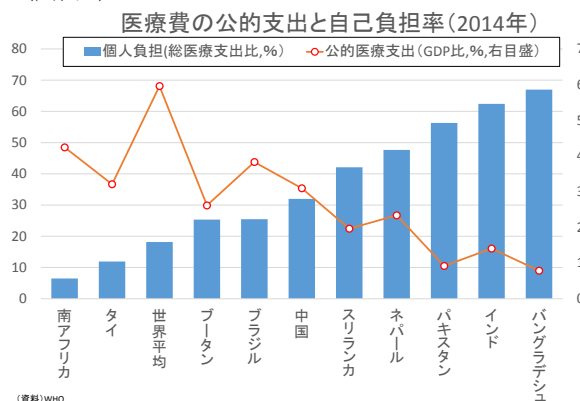
### (4) 医療保険制度の概況

現在、全国的に導入されている医療保険制度は大きく3つ存在する。このうち公的医療保険制度としては、

(図表 5)



(図表 6)



①公務員を対象とする中央政府医療制度(CGHS:Central Government Health Scheme)と、②一部の民間企業の職員および家族を対象とする従業員州保険制度(ESIS:Employees' State Insurance Scheme)の2つがある。そして③国家健康保険制度(RSBY:Rashtriya Swasthya Bima Yojana)は、上記の公的保険制度と民間医療保険に加入できない貧困層が政府支援を受けて民間保険へ加入できる制度である(図表7)。

公的医療保険制度であるCGHSとESISは、公務員と一部の民間企業の従業員、その家族が対象であるが、インフォーマルセクターが大半を占めるインドにおいては、その国民カバー率は低く、CGHSとESISを合わせても人口の1割にも満たない。ところが、2008年にはRSBYが導入されたことにより、国民カバー率は全体の2割にまで増加することとなった。

(図表7)

インドの医療保険制度

	中央政府医療制度 (CGHS)	従業員州保険制度 (ESIS)	国家健康保険制度 (RSBY)
設立	1954年	1952年	2008年
被保険者	中央政府の職員と退職者	民間フォーマルセクターの従業員 (10人以上を雇用する事業所で働く、 月給21,000ルピー以下の者 ※一部の州を除く)	貧困層 (政府指定の貧困ライン以下の者)
給付対象者	被保険者とその家族	被保険者とその家族	貧困層世帯(5人まで)
補償範囲	外来、入院、医薬品など 医療を包括的に提供	医療サービス(現物給付)、疾病・妊娠 (現金給付)を包括的に提供 ※障害、扶養、葬式費用等の給付もある	入院費、交通費 給付上限は1世帯年間3万ルピー
財源	保険料	被保険者の給料から拠出 毎月250~1000ルピー	なし ※年間登録料30ルピー
	公費	中央政府予算から拠出	政府予算から拠出 (中央75%、州25%)※一部の州を除く
受益者数	受益者数296.6万人 (2015年)	被保険者数 2,930万人 受益者数 1億2,400万人 (2017年度末)	3,633万世帯 ※貧困層全体 5,912万世帯 (2017年度末)

(資料)CGHS、ESIS、RSBYのウェブサイト等を元に作成

### 3—モディケアの位置づけ

2月1日のジャイトリー財務相の予算演説では、NHPSは約1億世帯(約5億人)の貧困層が対象となり、1世帯当たり年間50万ルピー(約82万円)を上限として医療費を政府が補助する医療保険制度であると発表された。NHPSが現行の医療保険制度のなかで、どのような位置づけにあるのか、これまでに政府が明らかにした制度概要を踏まえて整理みよう。

NHPSは貧困層にかかる医療費の自己負担を軽減することを目的とした制度であり、現行のRSBYを拡張したものだ。来年度以降、RSBYはNHPSに改名される。制度変更のポイントとしては、主に以下の2つが挙げられる。

1つは制度が適用される対象者の拡大だ。現行のRSBYで対象となる貧困層は約6千万世帯(1世帯の人数制限は5人)だが、NHPSでは更に拡大して約1億世帯(人数制限なし)が制度の恩恵を受けることができるようになる。もっともNHPSとRSBYが対象とする貧困層は概ね包含関係にあるため、新たに対象となるのは最大で3.5億人程度になりそうだ。これは国民の4分の1程度であり、うまくいけば医療保険制度のカバー率は25%程度上昇することになる。

もう1つは1世帯当たりの医療費上限が50万ルピーまで引き上げられることだ。これは現行のRSBYの3万ルピーの約17倍であり、貧困層がより手厚い恩恵を享受することができるようになることを意味する。

一方、政府の費用負担は重くなる。公費負担は現行のRSBYの187.5億ルピー(2016年度予算)から、

NHPS では 500-600 億ルピーまで拡大すると見込まれている。また NHPS の政府の負担割合は、一部の州を除いて中央政府 60%、州政府 40%とされ、RSBY(中央政府 75%、州政府 25%)と比べて州政府の負担がより大きくなる仕組みになっている。州毎に財政余力が異なるため、モディケア導入に消極的な州政府もあるようだ。

政府は NHPS をオバマケアになぞらえて「モディケア」と称した。確かに NHPS は政府の補助を受けて民間医療保険に加入できるようになる点ではオバマケア同様の制度であると言えるが、既に RSBY が存在していることを踏まえれば、NHPS に目新しさはない。しかしながら、従来に比べて最大 3.5 億人が新たに医療保険制度の恩恵を受けられるようになる影響は大きい。NHPS 導入により、医療保険制度の国民カバー率は現行の 2 割強から 5 割程度にまで達すると予想され、野心的な医療保険制度の改革と評価できる。

インドの医療保険制度は着実に広がっているとはいえ、制度の対象から外れる国民は多く、NHPS の給付金額には世帯ごとに上限もある。NHPS 導入により、インドの自己負担の割合は今後低下するとはいえ、世界的に見て大きい水準であることには変わりないだろう。インドは、全国民が容易に医療へのアクセスが可能となるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現を目指している。今後、目標達成に向けて政府は更なる取組みが求められる。

#### 4—おわりに

政府は今年 10 月までに NHPS を導入する予定であるが、未だ不明な点が多い。新たな医療保険制度のもとで適切な医療を適当な価格で受けられる仕組みをどう構築するのか、また曖昧なままとなっている給付範囲などの詳細も今後明らかになるだろう。場合によっては実現可能性に疑問が生じる可能性もあるため、議論の行方を注視していきたい。

---

(お願い) 本誌記載のデータは各種の情報源から入手・加工したものであり、その正確性と安全性を保証するものではありません。また、本誌は情報提供が目的であり、記載の意見や予測は、いかなる契約の締結や解約を勧誘するものではありません。