

大阪商業大学学術情報リポジトリ

ベトナム皆医療保険制度の構築支援に向けてーその歩みと現状：政策評価からの提言ー

メタデータ	言語: ja 出版者: 大阪商業大学比較地域研究所 公開日: 2020-05-20 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 松島, みどり, 島村, 靖治, 諸岡, 育美, 山田, 浩之, MATSUSHIMA, Midori, SHIMAMURA, Yasuharu, MOROOKA, Ikumi, YAMADA, Hiroyuki メールアドレス: 所属:
URL	https://ouc.repo.nii.ac.jp/records/902

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



〔報告会〕

大阪商業大学比較地域公開研究報告会

ベトナム皆医療保険制度の構築支援に向けて

—その歩みと現状：政策評価からの提言—

松島みどり
島村靖治
諸岡育美
山田浩之

はじめに

松島 本日は私たち研究チームが取り組んできたベトナム皆医療保険制度についての研究で明らかになってきたことを報告したいと思います。

はじめに、本日の報告者の紹介をいたします。私は、今回司会を務めさせていただく大阪商業大学の松島です。また、第1パート「課題①加入率の増加と医療サービスの需要と供給」の報告を致します。次に、神戸大学国際協力研究科准教授の島村靖治先生から、第2パート「課題②歩みと現状」を報告していただきます。そして、第3パート「課題③加入率と病院の利用」は、神戸大学国際協力研究科博士後期課程2年生の諸岡育美さんからの報告になります。最後に、慶應義塾大学経済学部教授、山田浩之先生から医療保険カバレッジと企業のパフォーマンスについてベトナムの企業データを用いた分析結果をご報告いただきます。

第一パートに入る前に、まず全体の概要をお話しさせていただきたいと思います。プロジェクトの全体像ですが、「ベトナムにおける公的医療保険の拡大とその影響とは何か—適切な制度設計を考える」というテーマで進めており、2012年に開始しました。研究体制は、神戸大学の島村靖治先生を筆頭に、本日発表する私たち3名を含めた日本人4名と、ベトナムフエ医科大学の Nguyen Minh Tam 先生、 Nguyen Thi Hoa 先生、 Le Ho Quynh An 先生の3名が主要メンバーです。

研究の方法としては、まず、既存研究の整理と法令に関する資料整理を行い、その後、政府統計を中心とした全国データを用いての分析、次に、ベトナム中部でのヒアリングと

家計調査を含めたフィールド調査、そして最後に、その家計調査を用いた分析となります。今日は、第1パートにおいて、法令や制度についての説明と、全国データを用いた「保険加入率の増加と医療サービスの需要と供給」についての研究結果、第2、第3パートにてフィールド調査で集めたデータを用いて行った「保険未加入の属性分析と疾病分布および病院選択行動」についての研究結果を報告します。最後の第4パートは、全国の企業調査を用いて「医療保険加入と企業パフォーマンス」を分析した研究結果の報告となります。なお、参考までに、報告に関する論文、刊行論文をリストとして資料に挙げております。

課題①加入率の増加と医療サービスの需要と供給

大阪商業大学総合経営学部 公共経営学科

松島みどり

松島 まず、研究背景をお話いたします。研究対象としているのはベトナム民主共和国であり、首都はハノイで、日本からもさほど遠くないアジアの国です。社会主義政治体制をとっており、2016年の人口は約9,270万人。2016年時点での経済成長率6.21%で、アジアの中でも高い成長率ですが、1人あたりGDPが2,215アメリカドルであることから分かるように、マレーシアやタイと比べるとまだまだ経済発展の途上にあると言えます。最も近年の2015年のデータによると、平均寿命が76歳で、非常に早いスピードで高齢化が進んでいます。この高齢化のこともあり、医療サービスの充実や医療保険の整備が急がれるわけです。

まず、医療サービスについてですが、日本とは少し異なっています。日本の場合は、基本的には、患者が自由に病院を選ぶことができます。一方で、ベトナムの場合は、どの医療機関で初診を受けるかが定められていて、大体的に、まず、村レベルの医療施設、Commune health center（コミュン・ヘルス・センター）に行くように指定されています。そこで、専門病院で診てもらふ必要があると診断された場合に、District hospital（ディストリクト・ホスピタル）と呼ばれる郡病院に紹介されます。それでも、まだ検査・治療が必要だという場合はProvincial hospital（プロビンシャル・ホスピタル）と呼ばれる省病院に行きます。そして、最後にCentral hospital（セントラル・ホスピタル）と呼ばれる中央病院に行くという仕組みです。これをreferral system（レファラル・システム）、紹介システム、と呼んでいます。なお、公的医療機関に比べて、民間の医療機関の数は圧倒的に少なく、この数年で増加しているとはいえ、都市部に集中しており、基本的には医療サービス提供者は公的医療機関が行っています。このレファラル・システムですが、紹介手順を踏まずに上位レベルの病院に行ってしまうと、保険加入者であっても、保険の適用を受けられなくなります。それにも関わらず、このシステムを無視して、中央病院や省病院に初診時に行くという患者さんが増えてきています。なぜこのようなことが起きているかという理由については、現地の話を聞いてみると、下位レベルの病院の

混雑、医療の質の低さが挙げられています。なお、本日の第三パートでは、データを使ってこれらの理由が病院選択に影響を与えるのかを検証した分析の報告もいたします。

さて、公的医療保険制度ですが、1992年に全国レベルで開始され、2009年に医療保険の法律が施行されます。この時に、政府は2014年に皆保険の達成を目標として掲げます。しかし、2014年に皆保険は達成されず、現在は2020年の皆保険化を目指しているという状況です。制度の特徴として、加入の方法、保険料、患者負担割合について簡単に説明すると、まず加入の方法ですが、日本とは大きく異なります。ベトナムにおいて保険加入は家計単位ではなく、個人加入です。そのため、たとえば、学生の場合は学生として保険に加入し、その父親は勤務先の会社で加入するというように、家族のメンバーでも保険の種類が違うということが起きています。加えて、その加入の種類が細分化されており、17ものグループに分かれているため、非常に複雑です。また、保険加入については、強制加入と任意加入の2つのグループが存在しており、たとえば、公務員と民間企業の雇用者、年金受給者、少数民族、貧困家庭、6歳未満児¹⁾、学生、貧困予備軍、失業手当受給者、社会保障給付対象者といった種類の保険加入者は強制加入とされています。貧困予備軍とは near poor（ニアプアー）と呼ばれる家庭で、貧困とはいえないがそのボーダーラインあたりにいる家庭という意味です。一方で、任意加入に含まれるのは、農家や漁師、インフォーマルセクターで働く人々、働いていない被扶養者といった種類の保険加入者です。保険の種類によって、加入の手続きを行う窓口も異なりますし、情報源も異なる、そして家族のメンバーでそれぞれ違った手続きをしなければならないということも往々にしてある。この加入の煩雑さが加入率を一気に押し上げなかった1つの要因とも考えられます。

次に、保険料ですが、7種類あり、公務員と民間企業の雇用者は給与の4.5%、年金受給者は年金支給額の4.5%、少数民族、貧困家庭、6歳未満児、貧困予備軍は、最低賃金の4.5%、学生は最低賃金の3%、失業手当受給者は失業給付金の4.5%、社会保障給付対象者は、社会保障手当の4.5%、任意加入者は最低賃金の4.5%、となっています²⁾。ただし、保険料について、公務員と民間企業の雇用者、貧困予備軍、学生、任意加入者を除いて、100%政府の補助金でカバーされるため、実質負担は無料となります。2010年時点では、貧困予備軍と学生はそれぞれ、50%、30%が政府によって負担されています。

病院での診療費や治療費の患者負担ですが、詳細は省きますが、多くが実質無料となります。なお、年によって負担額が変動しているのが、任意加入者と公務員と民間企業の雇用者で、2010年時点では20%負担でした。病院での診療・治療は、高度医療の場合は上限が決まっていますが、しっかりとレファラル・システムに則っていれば、基本的には全てカバーされるので、保険としては十分なベネフィットを提供していると考えられます。

しかし、公的医療保険加入率の伸びは順調とは言い難いのが現状です。このグラフですが、横軸が調査年、縦軸が保険加入率です。全国で確認すると、1993年では5%だった加

1) 制度では、children under 6（6歳未満）として書かれているが、実際には初等教育就学前ということであり、以下の報告原稿内に6歳以下という標記がある場合もあるが基本的にはいずれも初等教育就学前をさしている。

2) 農業従事者や漁業従事者については、自己申告の収入額の4.5%である。

入率が、2003年に20%を超え、2009年に50%を超えます。2014年のデータで加入率が70%を超えますので、確かに伸びてきてはいますが、2009年にベトナム政府が目標としていた2014年までの皆保険は達成できておらず、約20年かかって70%の加入率に留まっています。また、地域別に見てみると、県によって、その加入率に大きな差があることが分かります。これは、ベトナムの地図ですが、色の濃いところが加入率の高い地域、色の薄いところが加入率の低い地域です。傾向として確認できるのは、北は加入率が高く、南は加入率が低いということです。また、特筆すべきは2006年から2012年までの変化で、加入率が低下している県が存在していることです。ベトナムでは政策は全国で一斉に実施されているはずにも関わらず、このようなことが起こっています。

県ごとに加入率のばらつきがあること、2006年から2014年間の加入率の変化も県によって大きくことなることから、まず私たち研究チームでは、このばらつきを捉えて「保険加入率の増加と医療サービスの需要と供給」の分析を行いました。この分析は、市場全体を見た分析で、マクロレベルで国全体の医療市場がどのように動いたかを検証しています。また、この分析結果から、加入率が伸びていない、または低下している理由についても議論が可能となります。

医療保険の加入率が上昇すると需要と供給がどのように変化するか。経済学の需要と供給のモデルで考えると、保険によって患者が医療サービスを受ける価格が低下するため、需要は増加します。需要の増加が予測されるために、国は供給を増加させている必要があります。しかし、供給が反応しない、つまり、供給を増加させる準備ができていない場合には、供給者誘発需要が起こる可能性があり、そうすると、保険加入率は増加しても医療機関を利用する人口は増えないということが考えられます。また、保険に加入しているにも関わらず医療サービスを受けられないというような状態が発生した場合には、保険に加入している意味がないので、合理的な個人は保険に加入しないという選択をするようになると予想されます。

医療保険と需要・供給の関係を分析した主な先行研究ですが、日本とアメリカで行われた研究が挙げられ、たとえば、日本を対象にした Kondo and Shigeoka の2013年の研究結果によると、日本において保険の拡大は病院利用者を大幅に増加させたけれども、供給の反応は、サービスのタイプによって異なっていました。次に、ベトナムの先行研究ですが、マクロレベルの研究はなく、個人の受療行動を分析した研究が中心です。主に、Vietnam Household Living Standard Survey（ベトナム・ハウスホールド・リビング・スタンダード・サーベイ、グイ・エイチ・エル・エス）という全国標本調査のデータを使っています。主な研究結果としては、保険加入者は未加入者よりも医療機関を利用する確率が高く、利用頻度も高いということが確認されています。ただし、マイクロデータを使うことによる問題点もあり、これらの推計結果が正しいかどうかについては議論の余地があることに注意が必要です。なお、ベトナムの先行研究で今まで全く検討されてきていないのが、供給の側面です。本研究では供給の側面も考慮しているという点でも、ベトナムの医療保険を考える上で重要な貢献になると考えられます。

さて、使用したデータは、2006年から2012年の隔年の県別パネルデータになります。た

だし、データが存在しない場合もあるため、アンバランスパネルになっています。データの出典は資料に書かれているとおり、全国家計調査である VHLSS と、Health Statistics Year Book（ヘルス・スタティスティックス・イヤー・ブック）です。VHLSS からは、県別の保険加入率、県別平均の年間患者自己負担額を算出しています。そして、Health Statistics Year Book からは、県ごとの年間の患者外来数、年間入院日数、種類別の医療施設数、ベッド数、医療従事者数のデータを利用しています。

記述統計を簡単に確認しますが、保険加入率は平均60%、最大値97%、最小値29%となっています。なお、年間患者自己負担額ですが、医療保険が使える場合は、診療費・治療費はほぼ無料のはずですが、このデータではそうはなっていません。平均2,345,000Dong、約11,000円、最大値が約3倍の6,956,000Dongです。ベトナム人の公務員の1ヶ月の平均給与は、2006年時点で約600,000Dong、2008年で1,000,000Dong、2010年で1,287,000Dong、2012年時点で2,000,000Dongであることを考えると、年間の支払額の平均が1ヶ月の給料以上という負担は小さいとは言えません。供給側の変数ですが、施設数、ベッド数、医師数、看護師数、助産師数、臨床検査技師数を用いています。また、Provincial hospitals、District hospitals、Community health centers と、それぞれで医療従事者が何名ずつ勤務しているかというデータも使用します。

分析のモデルですが、パネル固定効果モデルを用いて分析をしています。詳しい分析方法の説明は省略しますが、この分析モデルを使用することで、時間を通して変化しない要因については一定に保たれます。また、コントロール変数には、県ごとの人口、国からの運営資金支給額を使用しています。

分析の結果ですが、主な発見事項をお伝えしますと、保険加入率が増えた県において、年間入院者数が2010年、2012年と増えています。そして、保険加入率と供給側変数の関係ですが、あまり供給側に反応が見られません。唯一反応しているものが、district hospitals の数です。2008年、2010年において多少増加傾向が確認できます。医師数も2012年になると少し増加しますが、その他の医療従事者については統計的に有意な変化は確認できません。そこで、Central hospitals、District hospitals、Community health centers のそれぞれで、医療従事者数を確認してみると、central hospitals においては、保険の加入率が上がるとともに医師数、看護師数が増加しています。それ以外の病院では、保険加入率と医療従事者数の間には有意な結果は見られませんでした。

この分析の結果のまとめと見えてきた課題ですが、1つ目は、医療保険の加入率の拡大は、入院者数と入院日数を増加させました。その一方で、外来の患者数については、統計的に有意な増加は確認できませんでした。2つ目として、自己負担額について顕著な減少も確認できませんでした。3つ目として、Central hospitals においては、保険加入率の増加とともに医師や看護師の数が増加していた一方で、District hospitals や Commune health centers では変化はなかったということが分かっています。すでに今多くの人が医療保険に加入しているにも関わらず、自己負担額が減少していない、外来が増えていないというのは、需要と供給の理論とは逆の結果といえます。外来患者数が増えていないことと、郡病院や村落レベルでの医療施設における医療従事者が増えていないことをあわせて

考えてみると、保険加入によって、村落地域に住む人が医療にアクセスできるようになったわけではない可能性が示唆されます。これでは、公的医療保険の役割を果たしているとは言えません。つまり、保険がないと病院に行けない人たちが、保険があることによって医療サービスを受けられるようになるという目的が達成されません。村落レベルの医療施設が充実していないということは、プライマリーヘルスケアの充実が進んでいない可能性があるということで、これも非常に大きな問題です。また、サービスの供給が不足している地域では、保険加入の意味がないために保険加入率が低くなることも予想されます。最後に、この分析の結果から、レファラル・システムが機能していない理由も、予測できません。つまり、下位レベルに医療従事者がいないので、上位レベルの病院に直接行ってしまふということが考えられます。以上が、私からの報告になります。ご清聴ありがとうございました。

課題②歩みと現状

神戸大学大学院国際協力研究科

島村靖治

島村 ご紹介ありがとうございます。神戸大学国際協力研究科の島村といいます。本日は貴重な発表の時間を、機会をいただきまして、ありがとうございます。

今、ご紹介ありましたように、これからわれわれがベトナム中部で実際に独自の調査をしたデータに基づいて、加入率100%を目指していこうという国内でのコンセンサスのもと、なぜ皆保険が達成されていないのか、どのような人たちが加入していないのかを分析した結果を発表させていただこうと思います。

既存研究はあまり存在しませんが、世界銀行から、Somanathan らがまとめた報告書が出版されています。この報告書では、簡単な分析が紹介されているのですが、その中で“missing middle”という表現で、高所得者または低所得者層の加入率が高く、中所得者層の加入率が低いということが指摘されています。私はこの研究を始めて、通算1年以上ベトナムで生活をしており、実際にこのような現状を目にしています。なお、保険加入率が100%にならない理由はおそらくこうであろうということを現地の方々から聞いたり、現地の医療関係の専門家と議論したりすることがあるのですが、それが学術論文などできちんと示されているケースはほとんどなく、何が原因で保険医療の加入率が上がらないのかということは明らかになっていません。数字としては、先ほど松島先生から紹介がありましたように、3年前の2014年で、全国で約70%の加入率となっています。言い換えれば、30%の人が加入していません。それから、われわれの（中部3省で収集した）データでは約2割の人が未加入ということが分かります。そこで、今回の発表では、この2割がどういう人たちなのかを明らかにしていきたいと思います。

調査は、2014年にベトナム中部で実施しました。この赤い点になっているのは、村落レベルの病院です。村落レベルの病院を中心に、その周りに住んでいる家計に対して家計調

査を行うという設計をしました。調査対象は、Thua Thien Hue 省、Quang Tri 省、Khanh Hoa 省の3つです。ベトナムは、南北に細長く、調査対象とした中部エリアは東の南シナ海、西のラオスの国境である山に挟まれており、台風が直撃するなど気象条件でも色々なリスクに直面している地域です。そして、(昨日から) APEC の会議が開催されているダナンはフエからちょっと下がった海沿いの街です。こうした地域で、われわれは調査を行いました。

サンプリングですが、勾配の非常にきつい地域にあり、気候条件が場所によって大きく異なることから、ダナンやフエという少し大きめの都市と、低地の農村地域、それから山間部をうまく代表できるように工夫をしました。結果として、3つの省の8の郡に属する50村で調査を行いました。そして、層化抽出法によるランダムサンプリングで753家計、3,543人の個人データを得ました。

さて、医療保険の仕組みですが、事前に松島先生からお話もありましたが、非常に複雑です。日本の場合は基本的には国民健康保険に入り、それに職場がプラスアルファで保険を提供する。それで足りないと思う人たちは、民間の保険に加入するというかたちになっているかと思います。ベトナムの場合は、歴史的な展開もあって、1992年からいろいろな仕組みが順番に導入されて、統一性に欠けています。2009年に一本化するという法令が出されているわけですが、現状は、かなり断片化された状態になっているというのが実情です。まず、年齢によってかなり違いがあります。0歳から6歳までは、基本的には無料で保険に加入することができ、加入率は、ほぼ100%に近いです。なぜ100%ではないのかというと、先ほどの Somanathan らの世界銀行の報告書によると、お母さんが子供を出産したあとに、こうした健康保険の制度をきちんと知らないので、保険証を受け取りに行かないというようなケースがあるということです。つまり、情報が正しく伝わっていない問題が指摘されています。次に、7歳から18歳の就学年齢の子供たちです。ベトナムの場合は、7歳になると小学校に入学し、学校から案内を受けて保険を切り替えます。つまり、それまでは、6歳以下の時は無償で保険が提供されていたのが、自主加入の保険に切り替わります。つまり、「入りたい人は保険を切り替えてくださいね。その代わり、保険料も払わないといけませんよ」というかたちになっています。そのため、この年代の加入率は(6歳以下と比較して)低下しています。後ほど報告させていただきますが、学校からドロップアウトをした場合は加入率がより低くなります。次に、18歳以降はどうなるかですが、18歳以上で大学進学をしない場合、いわゆる働く、就労年齢になりますが、保険加入率は(大学等へ進学した場合に比べて)低くなります。ベトナムは市場経済を導入しながら、いまだに社会主義を掲げているので、(労働市場において)公務員の割合が非常に高いのですが、公務員の定年は56歳(近辺)であるため、その辺りから定年退職をする人たちが増えていきます。このテーブルが示しているように、80歳以降は加入率がほぼ100%です。正式には、85歳以降は無償と聞いていますが、この実態を見ると80歳以降からおそらく無償で、多くの助成金によって国から医療保険が提供されていることが推測されます。

今回の分析では、比較的加入率の高い6歳以下と80歳以上の人については、分析対象か

ら外して考えていきます。そうすると、7歳から18歳が、93%、19歳から55歳が70%、56歳から79歳までが、83%の加入率となります。

順番が前後しますが、無償で医療保険が提供されているケースは、6歳以下の子どもたちと、85歳以上の高齢者の人たち。そのほかに、“policy beneficiary”と呼ばれる、例えばベトナム戦争の退役軍人、あるいは、少数民族の人たちには、無償で提供されています。松島先生が、先ほど地図で示していた北部の山のほうは、実は（少数民族の人たちが多く暮らし）すごく貧しい地域ですが、加入率が高い。それは、無償で、このようなパッケージでカバーされているからです。それから、貧困層に関しても、同じように保険が無償で提供されていますので、ここも加入率が高いということになります。

問題は、貧困層に近いけれども貧困層には分類されない人々は今のところ、無償ではなく、自分でお金を支払う制度になっているということです。また、学生についても、同じです。そして、これから詳しい分析結果をお見せしますが、（保険加入要因の分析には）職業が非常に重要で、公務員は保険料が給与天引きで100%加入となっています。ただ現地でヒアリングをしてみると、（天引きされているため）誰もいくら払っているのかよく分からないという回答でした。一方で、民間企業は、もともとは大企業だけでしたが、今はすべての企業で従業員に対して強制加入を義務づけていますが、給与からの天引きでない場合も多く、100%加入とはなっていません。

それでは、これから未加入の理由を、7歳から79歳のサンプルに限って詳しく確認していきます。まず、年齢層ごとに確認をすると、特徴的なのは7歳から18歳のグループと19歳から55歳のグループです。7歳から18歳の間の加入率は（19歳から79歳と比較して）全体的に高く、これは、学生であることで（学校に通っていることで学生向けの保険に加入できるため）、加入率が上がっていると考えられます。ドロップアウトした場合を確認してみると、仮にどこかに就職したとしても、加入率は低いです。就業年齢のサンプルのみに限ってみると、加入率は、（19歳から55歳の間では）働いている人が一番高くなるのですが、学生（就学年齢である7歳から18歳）の間に働いても高くない理由は、この年代で学校を辞めてしまう場合、大企業には就職できず、多くは中小規模の会社で働く、あるいは、自営業で生活をしているということで加入率が低くなると考えられます。次に、19歳から55歳のサンプルですが、簡単に特徴をまとめると、雇用されている人の加入率が高く、自営業、農家、それから、扶養家族になっている方々の加入率が低い。被扶養者の加入率が低い理由ですが、保険が個人ベースになっているために、働いている人の扶養家族として（無償あるいは割安で）保険に加入することができないということが挙げられます。これは日本とは大きく異なるところです。少し話がそれますが、この問題に対しては、2015年に少し制度変更があり、同じ家族であれば、2番目の人が加入する場合は保険料が10%安くなり、3番目の人が入るときには、さらに10%安くなるというようなかたちで、扶養家族が加入しやすくなるような工夫が始まっています。

先ほどの“missing middle”の話にも関連しますが、今度は、資産の所有状況で、“wealth”つまり家計の裕福度を横軸に取って、縦軸を加入率とした散布図を確認してみると、確かに、真ん中あたりが低くなっています。裕福度が低い値である貧困層は無料

で加入できる制度があるために加入率が高いです。しかし、それ以降は、基本的には所得と加入率の間には正の相関があり、豊かな人ほど加入しています。つまり、貧困層に分類されないぎりぎりの貧困予備軍は、多少政府からの補助があって、一般よりは安く保険に加入できるけれども、やはり保険料が理由で加入していない可能性が確認できます。

さて、今までは記述統計を中心に説明をしてきましたが、これからは回帰分析の結果を簡単にお伝えします。加入しているか、していないかの2値変数を被説明変数として回帰分析を行いました。分析結果のみ説明しますと、就業年齢の間では、教育水準も関係してきます。教育水準が高い人ほど、保険に入っています。これは、教育水準が高いほど、大企業で就職できている可能性が高いということを意味している可能性もありますし、あるいは、教育水準が高いことで、保険に対する知識があって、その必要性を認識しているために、そのような相関関係が見られるという解釈もできるかと思います。豊かさと加入率の関係に関しても、(無償でカバーされている貧困層を除外することで)先ほどと同じように正の相関が見てとれます。ここまでのどのような人たちが保険に加入していないのかという疑問に対する主要な分析結果となります。

もう一つ、追加分析となりますが、保険市場で大きく問題になる逆選択、あるいは、モラルハザード(保険に加入していることで無用心になり、より病気になりやすく、より医療サービスを利用する)という問題について検証したいと思います。保険市場ですので、逆選択という問題が起きているとすれば、病気になりやすい人、つまり保険を必要としている人だけが保険に加入し、自分は健康で、「こんなもの必要ないよ」と思っている人たちは加入しないというような問題がある、起こりやすいと言われていました。われわれの調査では過去3カ月にどのぐらい病気になったかというのを尋ねていますので、病気になったかどうかと、保険の加入率との関係を見ると、見事に正の相関がある。つまり、やはり病気になりやすい、現実には病気になったと報告している人ほど、保険に入りやすいという結果が出ています。(逆選択の存在を)もう少し厳密にテストする方法があり、それを行った場合にも、逆選択やモラルハザードが起こっているという可能性が非常に高いというエビデンスが得られています³⁾。

以上が私からの報告になります。まとめますと、保険加入の選択に与える要因は、年齢、職業、それから豊かさのレベルと教育ということが分かりました。そして、逆選択やモラルハザードの問題が起こっている可能性が示唆されました。後ほどのパネルディスカッションの中で、保険制度の持続可能性という議論をさせていただきますが、そうしたことを考えるに当たって、本分析結果がベースになってくるとと思います。以上になります。ご清聴ありがとうございました。

3) 計量分析により逆選択とモラルハザードの問題を区別することは非常に困難であり、我々の分析では現在は逆選択とモラルハザードの問題を識別することはできていない。

課題③加入率と病院の利用

神戸大学国際協力研究科 博士後期課程

諸岡育美

諸岡 こんにちは。神戸大学大学院国際協力研究科博士課程2年の諸岡育美と申します。私からは、病気の分布と、また、医療施設選択行動についての研究報告をさせていただきます。よろしくお願いします。

ベトナムでは現在、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の実現に向けて、さまざまな政策が実施されています。UHCというのは、すべての人々が適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられることを指しており、すべての人々が経済的な困難を伴うことなく医療サービスを享受できることを目指しています。特に、今までお話があった公的医療保険の導入は、医療サービスを受ける際に、患者の金銭的負担を軽減するための大きな役割を担っています。しかし、これまでのベトナムにおける医療施設選択行動の研究では、医療保険導入前の行動を対象にした研究が多く、医療保険制度が導入されたあとに人々の医療施設選択行動がどのように変化したのかということは明らかになっていません。よって、本研究の目的は、公的医療保険制度が導入されたあと、患者がどのような医療施設を選択しているのかを検証することです。特に、研究対象の地域であるベトナム中部は、ハノイやホーチミンに比べても、公的医療機関が医療サービスの提供において、重要な役割を占めていますので、それに関しても焦点を当てて分析を行っていきます。

まずは、医療施設選択行動の分析の話の前に背景として、ベトナムにおける病気の分布について確認しておきたいと思います。2012年時点の死亡要因上位10位を確認するとベトナムの疾病分布は非感染症の割合が高く、これは他の低所得国と同様の傾向にあります。以前は感染症の割合が高かったものの、急速な人口の高齢化や生活習慣の変化が主な要因となって、非感染症である病気に罹る人が増加しています。また、表に示されているとおり、脳卒中や癌などの非感染症で死亡する人の割合が70%以上を占めており、現在ベトナムでは1992年から国家プログラムとして、この非感染症対策に取り組んでいます。

続いて、分析に使用するデータについてですが、島村先生が使用されたデータと同様のデータを用いて分析を行いました。分析対象には、過去3カ月の間に病気にかかった719人の個人のデータを使用しています。なお、1人の個人が3カ月間の間に複数の病気にかかることもありますので、全部で816件の疾病レコードが確認されています。医療施設選択の分析手法については、多項プロビット回帰分析を使用しており、被説明変数には、実際に訪れた医療機関、医療施設を7つのカテゴリーに分類して使用しています。なお、ここでは、症状が出て初めて、つまり1回目に行った医療施設のみを分析の対象としています。そして、説明変数には、個人の年齢・性別・婚姻区分・どのような症状があったのか、その症状によって日常生活が送れなかった日数を用いています。日常生活を送ることができなかった変数というのは、その症状の重症度の代理変数として使用します。また、医療保険の加入の有無、家族の人数、家計の豊かさ、19歳以上の家族メンバーの最高教育

年数を用いました。

では、はじめに記述統計の確認を行います。まず、使用データの病気の疾患の分布を見ていきたいのですが、グラフの縦軸は、それぞれの症状の報告された数で、年齢カテゴリー別のグラフになっています。ここで言えることは、6歳以下は呼吸器系の症状が最も多く、60歳以上の高齢者になると、神経系の症状が多く報告されていることです。続いて医療施設選択行動ですが、医療施設の選択肢としては、1つ目に自己治療があります。これは、薬局で薬を買ったり、医療施設には行かずに、家で寝て治したりということが含まれます。2つ目が、村落レベルの医療施設、Commune health center（コミュンヘルスセンター）と呼ばれます。3つ目が郡レベルの医療施設で District hospital（ディストリクトホスピタル）です。4つ目がより高度な医療サービスを受けることが可能な県病院や中央病院です。Provincial hospital（プロビンシャルホスピタル）、Central hospital（セントラルホスピタル）と呼ばれます。5つ目に Regional general clinic（リージョナルジェネラルクリニック）と呼ばれる村落レベルの医療病院、そして6つ目に民間の医療施設となります。そのほか、ベトナムでは伝統医療も残っていますので、伝統医療や今挙げた医療施設以外の医療施設に訪れた人たちがその他に含まれています。この表からは、使用したサンプルの34%が Commune health center（コミュンヘルスセンター）を利用していることが分かります。また、Commune health center を利用した人の割合ですが、男性に比べて女性のほうが、少し高くなっているのが分かります。この理由として、Commune health center は、ファミリープランニングを含めて、妊産婦向けの医療サービスを提供しているので、女性の利用率のほうが男性よりも高いことが考えられます。また、医療施設選択行動に関しては、男女差はあまり大きくないというのがこの表から読み取れます。

続いて、同じく医療施設の選択行動を、家計の豊かさでグループ化してみます。家計の豊かさは家計の資産保有量で測っており、平均値以上のグループ、平均値未満の2グループに分けました。Commune health centers を利用している割合は、家計の豊かさが平均値以下のグループの方が高く、約50%が利用しています。一方で、平均値より高いグループでは、Commune health centers を利用している人は20%に留まっています。民間の医療施設の利用を確認してみると、豊かさが平均値以上の個人による利用が多いことが分かります。民間の医療施設は、公的医療施設よりも医療サービスの質が良いと認識されている場合が多いですが、保険が利用できなかったり、診療費・治療費が高かったりするため、比較的裕福な家庭の方がこの民間の医療機関を使っていると考えられます。

続いては、医療保険に加入しているかどうかで2つのグループに分けて、医療施設選択行動を比較しました。まずここで確認したいのは、自己治療をしている人の割合ですが、医療保険に加入していない人のほうが高く、47%は医療施設に行っていません。一方で、保険に加入している人たちについては、自己治療を選択した人は約13%です。なお、医療保険加入者が最も多く選択している医療施設は、Commune health center です。これは、医療保険のルールに拠るものだと考えられますが、医療保険を利用するためには、病気になったとき、初診では指定された医療施設に行くことになっています。この指定医療

施設が Commune health center であることが多いために、保険加入者の多くが Commune health center を利用していると考えられます。とは言え、医療保険加入者のうち、Commune health center の利用割合は約37%ですので、医療保険のルールに従っていない人も一定数存在していると言えます。

記述統計量から、全体像が少し明らかになってきたところで、次に、回帰分析の推計結果を確認したいと思います。この回帰分析では、先ほどお話した変数、個人の年齢・性別・婚姻区分・どのような症状があったのか、その症状によって日常生活が送れなかった日数、家族の人数、19歳以上の家族メンバーの最高教育年数を一定に保った上で、医療保険の加入や、豊かさが医療選択行動にどのように影響を与えているかを確認しています。推計結果から主に2点確認できたことがあります。1点目は、医療保険の加入と、自己治療とは負の相関がありました。一方で、医療保険加入と Commune health center または Regional general clinic の選択の間には正の相関が確認できました。2点目は、家計の豊かさと Provincial hospital と Central hospital、民間医療施設の選択に正の相関が認められることです。つまり、医療保険は医療施設に行くか行かないかという選択において、行く選択をする確率を高める、しかし、より高度な医療サービスを受けるかどうかは、その家計の豊かさに依存するということが示唆されています。

続いては、現在ベトナムの医療制度の大きな課題の1つである上位レベルの医療施設での混雑が起こる要因について、詳しく見ていきたいと思います。松島先生からの説明や、先ほどお見せした記述統計からも明らかのように、ベトナム医療制度で定められているリファラルシステムを無視する人が一定数存在しています。医療保険で定められた医療施設に初診で行かない場合、自己負担額が高くなるにも関わらず、上位レベルに直接行くこの行動を bypass（バイパス）行動と呼んでいます。なぜ、またどのような人がバイパス行動を起こしているのかを計量的に明らかにしていきたいと思います。

まず、バイパス行動がなぜ起こるのかという分析に使用した変数の記述統計量ですが、今回は469サンプルで、そのうち25%の人々がバイパス行動をとっています。そして、これからその要因を分析するわけですが、特に今回は、人々の主観、人々が医療サービスの質をどう評価しているのかということに着目して分析を行いました。この主観的な評価というのは近年、医療経済や医療政策の分野で非常に着目されており、人々の主観的な評価が、客観的に測ることのできる実際の医療サービスの質と同等に大事であり、人々の行動に大きな影響を与えるというものです。私達の調査では、家計の代表者に医療保険で指定されている初診に行くべき医療施設について、6段階で評価をしてもらっています。「5」がその医療サービスの質を良いと認識している、「0」は医療サービスの質が悪いと認識しているということを示しています。

推計結果ですが、家庭の医療サービスに対する主観的な評価と民間医療施設の選択との間には負の相関が確認できました。つまり、Commune health centers や Regional general clinic が提供する医療サービスの質を低く評価している家計に属する個人ほど、民間の医療施設を選ぶという傾向を示しています。なお、民間以外の医療機関と医療サービスの質に関する主観的な評価の間には負の相関が示されていますが、統計的に有意な関

係は確認できませんでした。

最後に私の報告をまとめますと、ベトナムの中部においては公的医療保険の導入によって自己治療を選択する人が減り、必要な医療サービスを受けられるようになったことが示唆されます。すなわち、公的医療保険の導入が患者の医療サービスに関する金銭的な負担を軽減して、UHC 実現に貢献しているのではないかと考えられます。しかし、先ほどの松島先生の発表にあったように、全国レベルではこの傾向は確認できていませんので、これは中部における分析結果であることには注意が必要です。

また、医療保険の加入者であっても、指定された医療機関には行かずに、直接上位レベルの医療施設や民間医療施設の受診をする場合の要因として、私たちの研究から判ったことは、様々な社会経済的な要因をコントロールした上でも、一次レベルの医療施設で提供される医療サービスの質に対する患者の主観的な評価が低いと、バイパス行動をとるということです。よって、上位レベルの医療施設の混雑という大きな課題については、現在のベトナムの医療制度では対応しきれておらず、今後の課題であると指摘できます。以上です。ありがとうございました。

課題④医療保険カバレッジと企業のパフォーマンス、ベトナム企業データを用いた分析

慶應義塾大学経済学部

山田浩之

山田 慶應義塾大学の山田です。よろしくお願いいたします。私のほうからは、医療保険カバレッジと企業のパフォーマンスに関しましてベトナム企業データを用いた分析を発表させていただきます。

研究動機ですが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、国民皆保険ということが持続可能な開発目標の一つの目標にもなっており、国際社会全体で取り組む課題として挙げられており、ベトナムも例外ではありません。皆保険達成化ということだけに着目すると、大きなボトルネックの1つとなっているのが、ベトナムにおいては、国内民間企業です。以下、単純に企業と略しますが、企業の従業員の医療保険加入率が低水準に留まっています。法律では、企業の従業員は医療保険への加入義務があり、雇用主が従業員を加入させなくてはならないと定められています。しかし、企業従業員の医療保険への加入率は、2010年において53.4%ぐらいにとどまっています。53.4%ということは、医療保険関連の法律を遵守している企業と、していない企業があるということになります。

遵守していない企業が存在する理由として、政府のモニタリング能力が低いということが1つ、企業側の理由としては、やはり従業員の保険料をまかなうのは負担だということがあると考えられます。また、労働者側からしてみれば、医療保険に払うお金があるなら、その分給料を上げて欲しいという要望もあるかもしれません。一方で、医療保険に従業員を加入させている企業も存在していて、その理由としてどういうことが考えられるかというと、企業は、従業員が健康であることで、生産性が上がることを期待するからかも

しれませんし、医療保険に加入しているほうが必要な治療を受けやすい為に症状が悪化せず、仕事を休む可能性が低下すると思うからかもしれません。また、従業員がよい仕事に就いているという実感をもって、働いてくれるかもしれない、もしくは、労働市場で、魅力的な企業というシグナルになると考えるかもしれません。

つまり、法律遵守については、遵守する、遵守しない、という両方のインセンティブが考えられ、雇用主が従業員を医療保険に加入させることと、その企業のパフォーマンスがそれによって改善するかどうかということは実証的な問題だと捉えることができます。すなわち、理論的には両方が考えられるので、結局実証分析で明らかにする必要があるということです。よって、本研究では、ベトナムの国内民間企業大規模マイクロデータを用いて、企業が医療保険関連法を遵守することと、企業の利潤・生産性の間の関係を量的に分析することを行います。具体的に何をするかというと、医療保険に従業員を加入させた場合と、加入させていない場合とで、利潤や生産性がどのように異なるのかということを実際に推計します。私の知る限り、企業が従業員を医療保険に加入させることの企業利潤や生産性への影響を企業レベルのマイクロデータを用いて分析した研究というのは、ほとんど存在していません。

企業を通した医療保険提供の概況ですが、法律が2つあり、1992年に施行された法案では、10人以上従業員のいる企業は従業員を医療保険に加入させなくてはならないと定められました。2005年には、たとえ従業員数が10人未満であっても、企業は従業員を医療保険に加入させることが義務付けられました。ただ、これはまた後々ディスカッションのところで触れますが、企業が加入させなくてはいけないのは従業員だけで、その従業員の扶養家族を医療保険に加入させる義務はありません。

分析で用いるデータは、2009年のものです。2009年時点での医療保険料率は3%で、このうち企業負担が給与の2%、1%が従業員の負担です。そして、実際、この医療保険を使って特定医療機関にかかったときには患者の2割負担という医療保険の制度でした。データの出所ですが、これはベトナム統計局が公表している企業調査です。この企業調査というのは、従業員数が30人以上の国内民間企業に関しては全数調査で行われており、今回の分析ではこの全数調査部分のデータを用います。よってサンプルセレクションの問題は生じません。確認したいアウトカムは2つあり、企業の税引き後利潤と、一人当たり税引き後利潤です。後者のアウトカムについては、一人当たりなので、労働生産性として解釈できます。

どのような推計をしたかというのは少し技術的なお話になりますので、簡単にご説明いたします。まず、使用している方法は傾向スコアマッチングという統計手法です。分析で使用しているデータは2009年のクロスセクションデータで、2009年に医療保険に加入させている企業と加入させていない企業のデータがあります。ただ、これを単純に比べるとバイアスが生じる可能性が高くなるという問題があります。たとえば、保険に加入させている企業はもともと経営が安定している企業のために人気が高く、雇用者は有能で、企業利潤にプラスの効果をもたらすような場合が考えられます。この時、保険加入の有無ではなく、雇用者の能力という要因が企業利潤に影響を与えているのですが、この要因は観測で

きないためにコントロールすることができず、保険加入の有無の効果として推計結果に現れてしまうことになります。逆の場合も同じように考えられます。保険に加入させていない企業には有能な人材が集まらず企業利潤は低下する、しかしそれがあたかも保険加入の有無のように推計されてしまう、ということです。

そこで、医療保険に加入させている企業とさせていない企業の中から、よく似た企業を探してきて比較します。このよく似た企業を比較する方法を傾向スコアマッチングと呼びますが、これによって、既に医療保険に加入している企業が、仮に医療保険に加入させてなかった時との間で、どれぐらい企業利潤や労働生産性に差があるか、そして、現在、医療保険に加入させていない企業が、仮に医療保険に加入するようになった場合に企業利潤や労働生産性がどう変化するかということの2つを検証することが可能です。

では、早速、結果を確認したいと思います。まず、全サンプルを使った結果です。企業の税引き後利潤に関してですが、処置群を確認してみます。処置群というのは、実際に医療保険に従業員を加入させている企業ですが、この処置群に関していうと、実際に従業員を医療保険に加入させている企業は、させていない場合と比較して、年間利潤が大体8,800USドルから1万USドルぐらい増加することが分かりました。次に、対照群を確認します。対照群というのは、実際には医療保険に従業員を加入させていないけれど、仮に従業員を医療保険に加入させるような状態になった場合というグループです。実際、従業員を医療保険に加入させていない企業は、加入を促すことにより、年間利潤が約3,000USドル増加することが分かりました。この結果は統計的にも有意で、中規模及び大規模企業がその従業員を医療保険に加入させることは、利潤増をもたらすことが分かりました。また、推計結果より、同じことが一人当たり税引き後利潤に関しても言えます。つまり、保険加入は、労働生産性を高め、利潤促進的な効果を持つようだというのが、全サンプルを使った場合の結果です。

次に、本研究では、産業によって医療保険に加入させることの利潤や生産性への影響が異なるかを検証しました。医療保険がどのように企業利潤に効いてくるかというのは、産業ごとに違う可能性もあるため、軽製造業、重製造業、建設業にサンプルを分けて同じように推計をしています。これ以外の産業も存在しますが、計量分析に耐えうる企業数が確保できなかったため分析からは除外しています。

まず、はじめに、軽製造業です。軽製造業には、繊維業などが含まれるのですが、推計結果からは統計的な有意性が全くありません。つまり、軽製造業では医療保険に加入させることによる利潤や生産性の正の影響は必ずしも見いだせないということです。考えられる理由としては、軽製造業なので、比較的低技術であり、かつ、安全な職が多いということ、また、未熟練労働者は国内に豊富に存在しているので、代替が比較的容易であるということも考えられます。

一方で、重製造業ですが、現時点で従業員を医療保険に加入させていない企業が、加入させた場合にどれぐらい利潤が増えるかを確認すると、統計的にプラスに有意な結果が出ています。つまり、重製造業に関しては、実際は従業員を医療保険に加入させていない企

業に、加入を促すことによって利潤が増加します。考えられる理由としては、重製造業なので、潜在的に健康に害が及ぶような産業が多いということです。そのため、従業員の健康を保ち、配慮するような手を打つほうが得策である可能性があります。また、より熟練技能が必要な産業も多いので、よりスキルの高い労働者を引きつけるためにも医療保険が、重要な鍵になってくるとも考えられます。

最後に、建設業ですが、重製造業同様に医療保険に従業員を加入させていない企業を加入させることで、利潤は増えるという結果が得られました。つまり利益促進的だと言えます。理由として考えられるのは、建設業なので従業員の肉体的な健康面が特に重要で、健康が生産性に直接影響を与える産業のため、今、従業員を加入させていない企業に関しても、加入させたほうが利益促進的になるという可能性がここから示唆されます。

結論ですが、雇用主が従業員を医療保険に加入させることで、その企業のパフォーマンスが改善するかどうかは一概には言えず、産業によって異なります。重製造業や建設業では従業員を医療保険に加入させることを奨励するような政策が意味を持ちそうですが、その一方で、従業員を医療保険に加入させていない軽製造業企業に加入を促すような政策を実施するには困難が伴う可能性があります。また、そういった政策は、利潤が下がるかもしれないような環境に企業を置くという意味で、医療保険の加入率と、企業の利潤の間のトレードオフに直面する可能性があるということが分かりました。つまり、企業のパフォーマンスへの影響に関しては産業間でかなり異質性があるということで、注意が必要となってくると言えます。

パネルディスカッション

『医療保険制度の持続可能性を考える～財政面からの考察』

医療保険制度の持続可能性を考えることをテーマにパネルディスカッションを行った。特に、財政について焦点を当てた議論となった。パネルディスカッションは報告者と参加者でインタラクティブに行ったため、ここでは、以下に要点をまとめた。

【パネルディスカッション要点】

今回、財政の分析をした研究報告を含むことができなかった理由は、財政に関するデータを入手することが出来ないという問題があったからである。しかし、医療保険制度の持続可能性を考える際には、財政の課題は避けて通れない議論である。そこで、われわれの研究チームでは、現行の制度から考えられる問題点を抽出した。また、問題のひとつである保険料額については、独自のアンケート調査から得られた支払い意思額についても紹介をした。

(1) 現行の制度から考えられる問題点

① 財源が一元化されておらず、情報が共有されていない

歴史的に色々なスキームが次々と実施され、様々なステークホルダーが出資をしているために財源が一元化されておらず、それぞれのスキームでの運営がなされている。そして、それらの情報が共有されないために、どのスキームにおいて黒字なのか、または赤字なのかということが明らかになっていない。財政の問題を議論するためには、言うまでもなくまずは現状把握が必要である。

② 保険加入が個人単位であり、保険加入の種類が非常に多い

報告でも触れたように、保険加入は個人であり、保険加入の種類も非常に多いことから、加入や保険使用後の手続きにかかる作業が煩雑で、事務作業コストが高くなっていることが予想される。より、簡素化して家族単位での加入を行うことで、煩雑さが緩和され効率も良くなることが期待できる。

③ 保険加入の強制加入が、現実には全加入にはなっていない

農業従事者や漁業従事者、無職の扶養者以外は、医療保険は強制加入となっている。しかし、現実には全員が加入しているわけではなく、逆選択（病気の人、または病気になりそうな人、なりがちな人）が起きている可能性が指摘されている。また、私達の研究ではないが、先行研究では任意加入のグループでは顕著に逆選択が起こっていることも分かっている。当然のことながら、保険には、健康な人が加入していないと財政的には成り立たないことから、全加入とさせることで、財源を確保することを考える必要がある。

④ 保険料と政府の補助金

現状の医療保険の保険料は、多くが政府の補助金によってまかなわれている。保険加入者のうち45%は、保険料の100%が政府の補助金によって支払われており、30%は保険料の50%~70%が補助金によって支払われている。つまり、実際には25%の加入者しか保険料（全額）を納めていないということになる。加えて、医療機関での診療費・治療費の支払いについてもこの保険料を納めている25%は診療費・治療費の20%を支払っているものの、残りの75%の実質負担額はほぼゼロ円である。これでは、およそ健全な財政状況であるとは考え難い。

(2) 保険料額について

研究チームでは、保険料支払い意思額についての調査・分析を行った。先述の2014年にベトナム中部で実施した調査において、「仮に、どの病院でも診療・治療を受けられ、その金額を全額負担してくれる家族医療保険を導入するとしたら、あなたは年間いくらであれば払いますか」という仮想質問を設けている。調査では714家庭から回答を得ることができた。調査結果によると、平均の支払い意思額は年間987,000Dongであり、5,000円弱

である。2012年時点の公務員の平均月額給与は2,000,000Dong のため、そのうち4.5%を保険料として収めているという計算で、1ヶ月に90,000Dong、年間1,080,000Dong を収めていることになる。調査結果から得られた金額は平均額で、その中には公務員の平均以下の給与を得ている家庭や貧困予備軍、貧困家庭も含まれていることを考えると決して低い支払い意思額とはいえないであろう。なお、貧困家庭、つまり現在の支払額が0円の家庭についてのみ確認すると、平均495,000Dong であった。このことから、国民の支払い意思額は現状の保険料より高く、今後保険料の金額の決定の際には考慮すべきであろう。

(3) まとめ（中長期的なベトナムの課題）

公的医療保険の持続可能性を考えると、財政がどう規律を保っていくかということが非常に重要である。つまり、医療保険制度がいかに保険制度として成立しうるかというところに尽きる。それが成立していないと一般財源からお金を回さなくてはならなくなってしまいうため、まずはデータを共有し、しっかりと現状把握を行うことが求められる。そして、現状把握が出来た上で、保険加入の一本化や保険料額についても議論されなければならない。

なお、中長期的なベトナムの課題であるが、急激に進んでいる高齢化が挙げられる。国連の人口推計によると、2018年には、65歳以上の高齢者の割合が7%になると言われており、その後15年の間に14%になると予測されている。たとえば、日本では、7%から14%になるのに25年かかっていることを考えると、日本よりも10年も早いスピードで高齢化が進んでいるということになる。医療制度を整える時間はほぼ残されていないにも関わらず、である。加えて、今後は年金の問題などにも直面することが予想されることも踏まえて、今のうちに保険制度を持続が可能な状態で運用をしていくことが強く求められているといえる。

本研究の解釈の注意点と限界（ご指摘を踏まえて）

今回の報告会では、様々なご指摘や質問をいただいた。参加者の方々に心より感謝申し上げます。ここでは、いただいたご指摘に関しての回答の要点を、本研究の解釈の注意点と限界、今後の研究の課題を踏まえてまとめた。

指摘① そもそも国民皆保険を達成することが良いのかどうかという議論はしなくて良いのか。（実際に、皆保険制度のあるイギリスのNHSも崩壊している。）

回答 本研究では、国民皆保険制度の良し悪しの判断はしていないし、しないというスタンスで研究を進めており、その良し悪しの判断の議論をするための資料提供を目的としている。ただ、すべての人が適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを支払い可能な費用で受けられるようになるための仕組みとして、皆保険制度以外の方法は、

現在は考えられていないのが現状である。もちろん、皆保険制度の運用を持続可能にしていくためにどのような制度設計をしなければならないかということを考えていくことは重要で、本研究は、まさにその持続可能な保険制度構築を考えるための基礎資料になるものであると考えている。

指摘② ベトナムの歴史や、1992年の保険導入の際に国民からの抵抗があったのか、北と南における政府の政策に対する反応の仕方、といった説明がないが、全体像を捉えるためには必要ではないか。また、今後、カンボジア、ミャンマー、ラオスといった近隣諸国にもこの皆保険の動きが広がっていくと予想されるため、それらの国への示唆という意味でも重要な事項だと考えられる。

回答 ご指摘のとおり、全体像を把握するためにも1992年以前の話を書き込んで含めるべきであった。なお、今回報告させていただいた分析の結果は、歴史的、文化的な要素が例えば、北と南で時間を通して一定であれば、その影響を取り除くことを可能とする計量モデルを用いているため、本報告の結果は、それらの要因をある程度コントロールできていると考えていただいても問題はない。もちろん、計量モデルは完璧ではないので、完全に歴史的、文化的要因が排除できているとは言えないし、それらの要因が重要でないということではない。ただ、純粋に1992年以降の皆保険化の動きが、たとえば需要と供給に与える影響であるとか、人々の病院選択行動に与える影響を分析しなかったため、今回の計量分析では、それらの要因を一定に保つという手法を用いている。

指摘③ 政府統計を使用している分析もあるが、データの信憑性に問題はないのか。

回答 確かにデータがそもそも誤っていれば、分析結果は全く何も意味を成さない。ただ、近年では国際機関のサポートもあり、また私たちのように政府統計を使用した分析結果をもとに世界銀行などがポリシーペーパーを発刊していることから、ある程度信頼してよいのではないかと考えている。たしかに、ご指摘のような批判はあり、データがどこまで信頼に足るものかについてはそれを判断することもできないことから、それはこの分析の限界であるといえる。

指摘④ 加入率の増加と医療サービスの需要と供給（松島による報告）で、外来患者数が増加していないということをお聞きされるだけの議論ができていない。経済成長をしている国では保険の有無に関わらず外来が増加するのは当然であるにも関わらず、外来患者数が増加していない理由として、供給者誘発需要が起きている可能性を挙げていたが、それだけでは納得できない。豊かになった国民がたとえば国外に診療・治療に行くという可能性や、受療意識、つまりどの程度悪化したら病院に行くのかというのが、私たちの考えている程度と異なるかもしれない。

回答 指摘のとおりで、報告論文ではデータの分析結果から分かることのみを用いて外来患者数が増加していない理由を挙げており、国外に診療・治療に行くとか受療意識といったところは、マイクロデータを使って確認をし、研究を発展させていきたい。

指摘⑤ 指摘④に関連して、受療行動に影響を与える要因として、受療意識もあるが、その個人が病気を患っていることを自覚していないということも考えられるため、健康診断が保険加入と同時にどの程度行われているかというのが大切なのではないか。

回答 研究チームでも、その点は重要視しており、健康診断に関する既存データが存在しないため、ベトナム中部で行った独自調査で健康診断について尋ねた。しかし、調査票の翻訳の失敗だと思われるが、健康診断を病気に罹った際の検査だと捉えて回答をしていると予想される個人もあり、今回の調査からは、健康診断については把握できなかった。現在第2回目の調査の準備をしているため、第2回目の調査では健康診断を考慮にいった研究をしたいと考えている。

指摘⑥ 加入率の増加と医療サービスの需要と供給（松島による報告）で年間患者自己負担額が有意に低下していないとあったが、その要因は何か。お心付けとよばれるようなインフォーマルな支払いが存在している可能性はないのか。また、もし、そのような支払いが実は存在しているとしたら、手続きを踏んで上位病院に紹介してもらえたとしても実際は貧しい人は上位病院では診てもらえないというようなことはないか。

回答 年間患者自己負担額が低下していない要因として、まず私達が考えたのは、ご指摘にもあったようにインフォーマルペイメントであり、この問題は、ニュース報道や事例証拠としては示されている。松島と山田の共著論文で実際にマイクロデータを用いて、医療機関でインフォーマルペイメント、つまり正規の診療・治療費以外の支払いをしたかどうかを確認しているが、一定数の回答者が医療機関でそのような行為をしていた。また、そのような行為をしている人が多い県において、保険加入率が低いことも明らかになっている。この研究結果とあわせて考えると、自己負担額が減っていない理由のひとつは、保険で無料になったとしてもそのような非正規支払いが発生しているということだと考えられる。また、指摘にもあるように、制度としては手続きさえ踏めば、上位レベルの病院において無料で治療が受けられるはずであるが、実際には、その非正規の支払いが不可能なために治療をしてもらえないという可能性も大いに考えられる。

指摘⑦ ベトナム中部で調査をしたという点について、この調査地域は、ちょうど北緯17度線にあたる地域ではないかと思う。つまり、1975年までは、北と南で分断されていたため、もし調査地域にその双方が含まれているとすると、北と南で異なる傾向が確認できるのではないかと予想するが、その点はどうか。

回答 調査地域（Quang Tri 省）は、確かに1975年までは分断されていた地域である。

(ベトナム全土では) 今でも、北部はハノイ、南部はホーチミンといったように統治機構(の影響力に)に差があるが、中部に関して言うと、どちらからも比較的独立したような状態であり、医療に関する調査の上では(Quang Tri 省が該当地域となるが医療行政は現在省単位で実施されており)、特に北緯17度線が(現在も)何か関係しているということはないと考えている。

指摘⑧ ベトナム企業の保険加入とパフォーマンスの分析(山田による報告)で使用しているデータは2009年ということであるが、ベトナムがWTOに加入した年などを考慮に入れると、民営化の歴史が非常に浅い時期のものである。そのため、この時期には、まだ国有企業が民間からの資金を投入して株式会社化したり、国有企業を分割していくつかに割ったりというものがかなり多いのではないかと想像できる。つまり、2009年のデータというのはバイアスがあると考えられるのではないかと思う。

回答 指摘のとおり、2009年のデータを用いていることで、この研究結果が一般化できるかという問題があり、解釈には注意が必要である。なお、2009年のデータを用いたのは、医療保険に企業が加入しているかどうかという情報があるのがこの年のデータのみという理由からで、恣意的に2009年を用いているわけではない。

指摘⑨ ベトナム企業の保険加入とパフォーマンスの分析結果は、法令遵守型企業は業績が良いという解釈にもなりうるのではないか。また、業種別に確認した時にパフォーマンスが異なるというのは、業種ごとに政府の法律を遵守させるための取り締まりの厳しさが異なる結果かもしれない。たとえば、軽工業の場合は、比較的危険が伴いにくいために役所が頻繁に会社に行ったり、取締りをしたりということを行わない可能性もある。

回答 法令遵守型企業は業績が良いという解釈については、今回の分析結果からは完全に否定できるものではない。出来る限り保険加入がパフォーマンスに与える影響の関係を特定できるような計量モデルを用いているが、それでも、指摘のあったような、実は保険加入そのものではなくて法令を遵守するという企業の体質が真の要因である可能性を完全に切り除けているかと言われればそうは言い切れない。業種ごとで取り締まりが異なるかもしれないという指摘については、非常に鋭い指摘であり、今後の研究の課題とさせていたきたい。

