

医療費の将来見通しと 給付・負担構造の国際比較

報告書

平成24年3月

健康保険組合連合会

< 目 次 >

第 1 章 調査研究の概要	1
1. 背景と目的	1
2. 実施方法	1
第 2 章 調査結果	3
1. OECD Health Data による医療費の国際比較	3
1) 各国の総保健医療支出に関する概観	3
(1) 総保健医療支出の経年推移	3
(2) 総保健医療支出と経済成長との関係	4
(3) 総保健医療支出と高齢化との関係	6
(4) 総保健医療支出の財源別内訳	7
(5) 経常保健医療支出の供給主体別内訳	11
(6) 供給主体別 1 人当たり保健医療支出の推移	13
(7) 経常保健医療支出の機能別内訳	16
(8) 機能別 1 人当たり保健医療支出の推移	18
2) 3 カ国の総保健医療支出に関する比較	21
(1) 3 カ国の総保健医療支出に占める財源別内訳の推移	21
(2) 3 カ国の経常保健医療支出に占める供給主体別内訳の変化	24
(3) 3 カ国の経常保健医療支出に占める機能別内訳の変化	27
2. 国別データに基づく医療費の負担構造及び給付構造の比較	30
1) 負担構造の比較	30
(1) ドイツの医療費負担構造	30
(2) フランスの医療費負担構造	50
(3) 我が国の医療費負担構造	70
2) 給付構造の比較	94
(1) ドイツの給付構造	94
(2) フランスの給付構造	101
(3) 我が国の給付構造	118
3. 3 カ国の医療費将来見通しに基づく負担構造の分析	128
1) 経済成長を考慮した医療費水準の将来見通し	128
(1) 3 カ国の GDP 及び医療費の伸び率に関する推計	128
(2) 3 カ国の 1 人当たり公的医療費に関する推計	135
2) 我が国における将来の医療保険料負担水準に関する試算	136
(1) 我が国の公的医療費における世代別の保険料負担水準に関する試算	136

(2) 我が国の公的医療費における財源別負担構造の変化に関する試算	143
第3章 総括 —給付負担構造の国際比較及び医療費の将来見通しを踏まえた	
論点—	145
1. 医療費適正化	145
1) 薬局調剤医療費に係る対策	145
2) かかりつけ医	146
2. 負担増への対応	147
1) 負担増への対応のための財源	147
2) 公費負担	147
3) 自己負担	149
【参考資料】	
一 圓光彌「ヨーロッパにおける総合医の役割」	151

第1章 調査研究の概要

1. 背景と目的

我が国においては、急速に進む少子高齢化の進展等に伴い社会保障給付費の長期的な増加が避けられない一方で、人口構成の変化に伴う現役世代の割合の相対的な低下や雇用形態の変化などに伴い、安定的な財源の確保は困難となっており、社会保障制度全体がその持続可能性を問われている。

我が国が直面しているそうした課題については、同様に少子高齢化が進行している主要先進国においても共通している問題であると考えられる。その中でも、我が国と同じく社会保険方式の公的医療保険制度を有するドイツとフランスの現状や改革の在り方については、我が国の制度設計の議論に対して多様な示唆を与えるものと考えられる。

そこで、医療費の将来推計に基づき負担構造を分析するとともに、各国の医療費の給付・負担構造及び施策を比較することを通じ、医療保険制度維持のための現実的な対応策について検討を行い、今後の制度改革に資する基礎材料を得ることを目的として、調査研究を実施した。

2. 実施方法

本調査研究では、OECD Health Data、各国の医療費及び医療財源に関する統計、各国の医療制度に関する国内外の文献等を基に、各国の医療費の給付・負担構造及び施策を整理した。また、IMF、OECD、世界銀行等のデータ及び政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」におけるデータ等を用いて、医療費の負担構造の推計・分析を行った。

【調査研究体制】

調査研究の実施や調査結果の分析、報告書の作成等にあたっては、以下のメンバーにより構成される検討委員会において検討を行った。

検討委員会の構成メンバー

座長 一圓 光彌	関西大学政策創造学部教授
早苗 壽男	川崎重工業健康保険組合顧問
田中 耕太郎	山口県立大学社会福祉学部教授
長井 輝臣	パナソニック健康保険組合専務理事
府川 哲夫	福祉未来研究所 一橋大学大学院特任教授
牧野 純二	トヨタ自動車健康保険組合常務理事
松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授
山田 雅章	デパート健康保険組合専務理事

(敬称略、五十音順)

検討委員会事務局

健康保険組合連合会 企画部 社会保障研究グループ
みずほ情報総研株式会社 社会経済コンサルティング部
森岡 聖晴 社会経済コンサルティング部 シニアコンサルタント
清水 徹 社会経済コンサルティング部 コンサルタント
井高 貴之 社会経済コンサルティング部 コンサルタント
田中 秀明 社会経済コンサルティング部 コンサルタント

第2章 調査結果

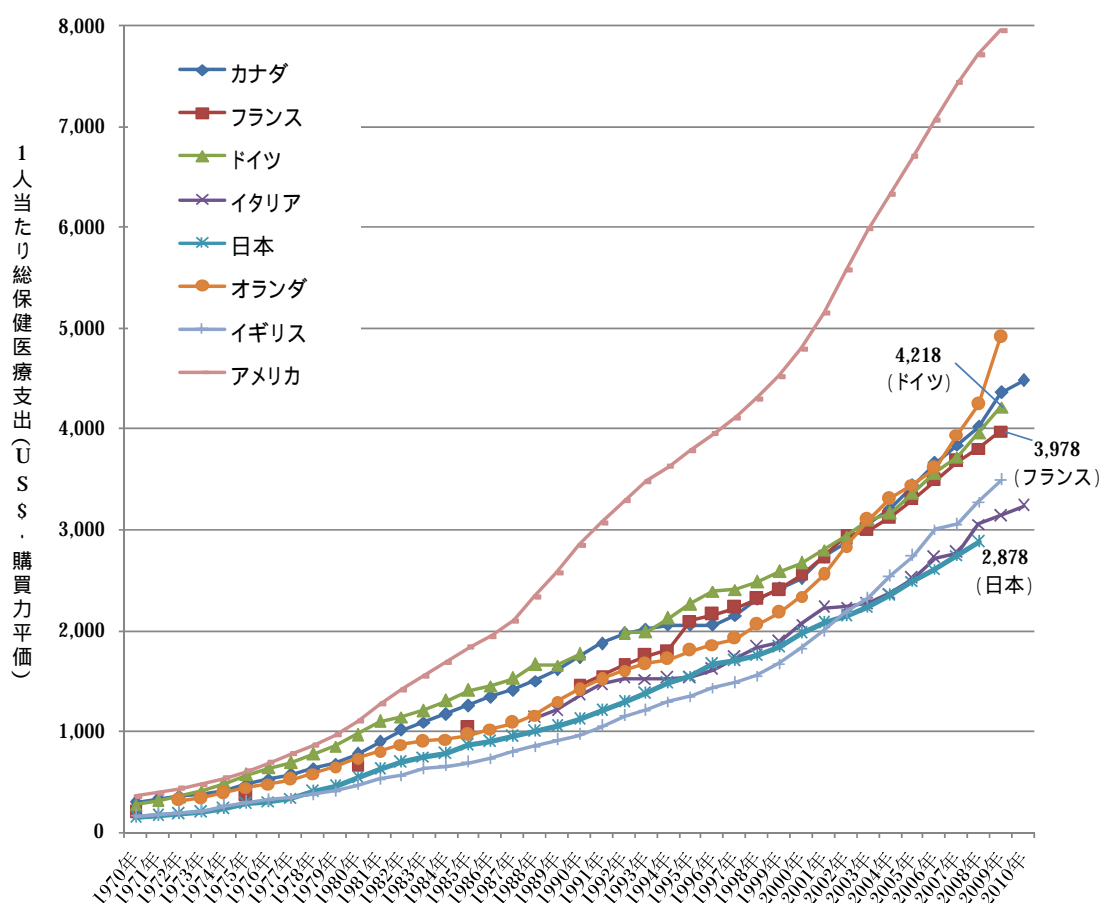
1. OECD Health Data による医療費の国際比較

1) 各国の総保健医療支出に関する概観

(1) 総保健医療支出の経年推移

医療費の国際比較に一般的に用いられる総保健医療支出（Total Expenditure on Health：THE）について、各国の1人当たり支出の経年推移をみると、我が国は相対的に低い水準に抑えられており、イタリア、イギリスと近い水準で推移してきたが、近年は各国と同様に伸び率がやや上昇している様子が見られる。

図表1 各国の1人当たり総保健医療支出の経年推移

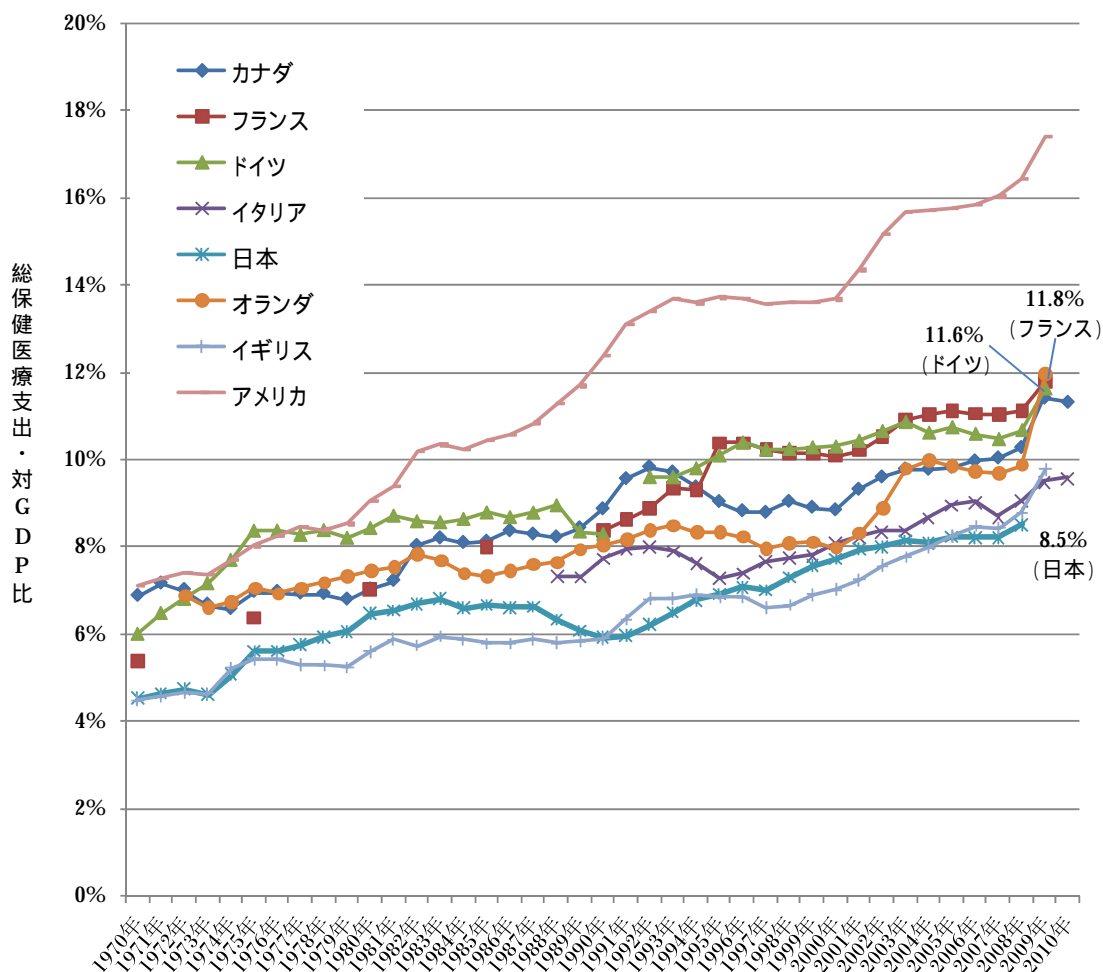


出典：OECD Health Data（February 2012）

(2) 総保健医療支出と経済成長との関係

各国の総保健医療支出・対 GDP 比の経年推移についてみると、我が国は主要各国の中でも最も低い水準で推移してきており、2000 年以降は伸び率が低くほぼ横ばいに近い状況となっている様子がみられる。

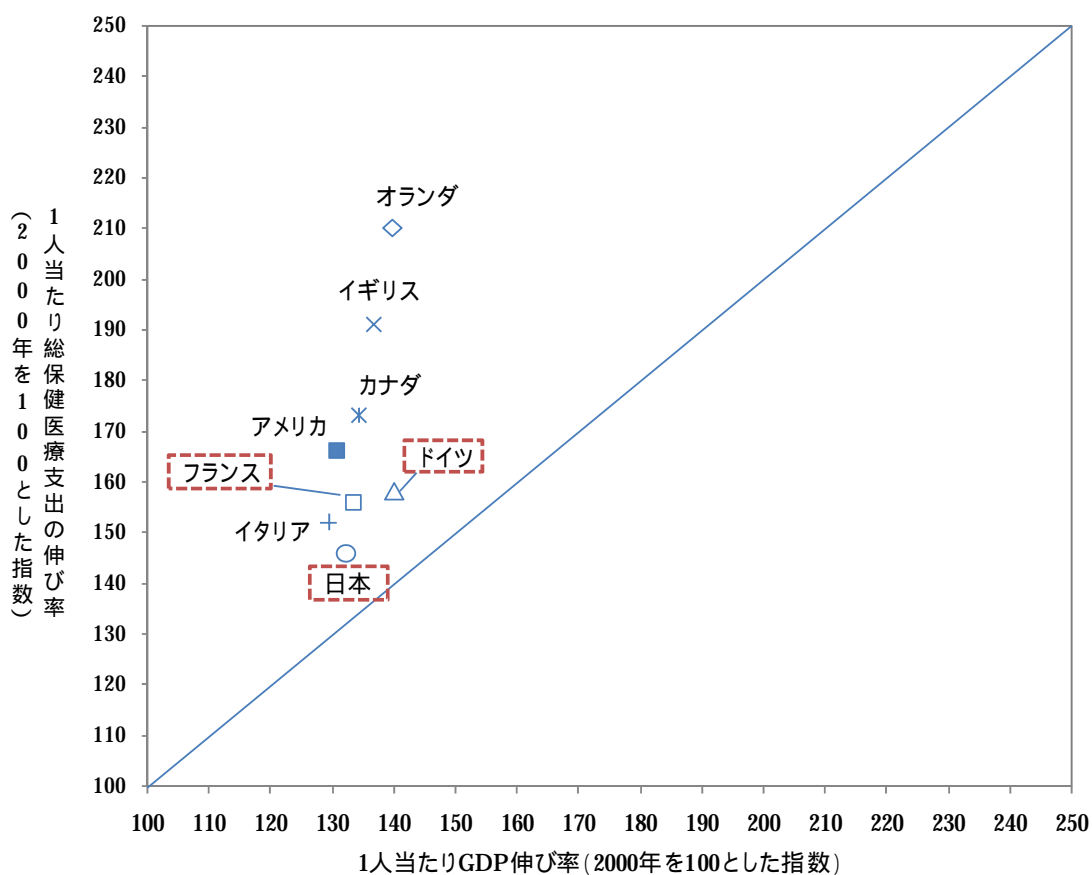
図表 2 各国の総保健医療支出・対 GDP 比の経年推移



出典：OECD Health Data (February 2012)

2000年から2009年（日本のみ2008年）にかけての各国の1人当たりでみたGDP伸び率と総保健医療支出伸び率の関係についてみると、我が国は2000年からの1人当たりGDP伸び率が同等であるアメリカ、フランス、イタリアと比較して、1人当たり総保健医療支出の伸びは最も低い水準となっている状況がみられる。

図表3 各国の1人当たりでみたGDP伸び率と総保健医療支出伸び率の関係(2000年 2009年)



出典：OECD Health Data (February 2012)

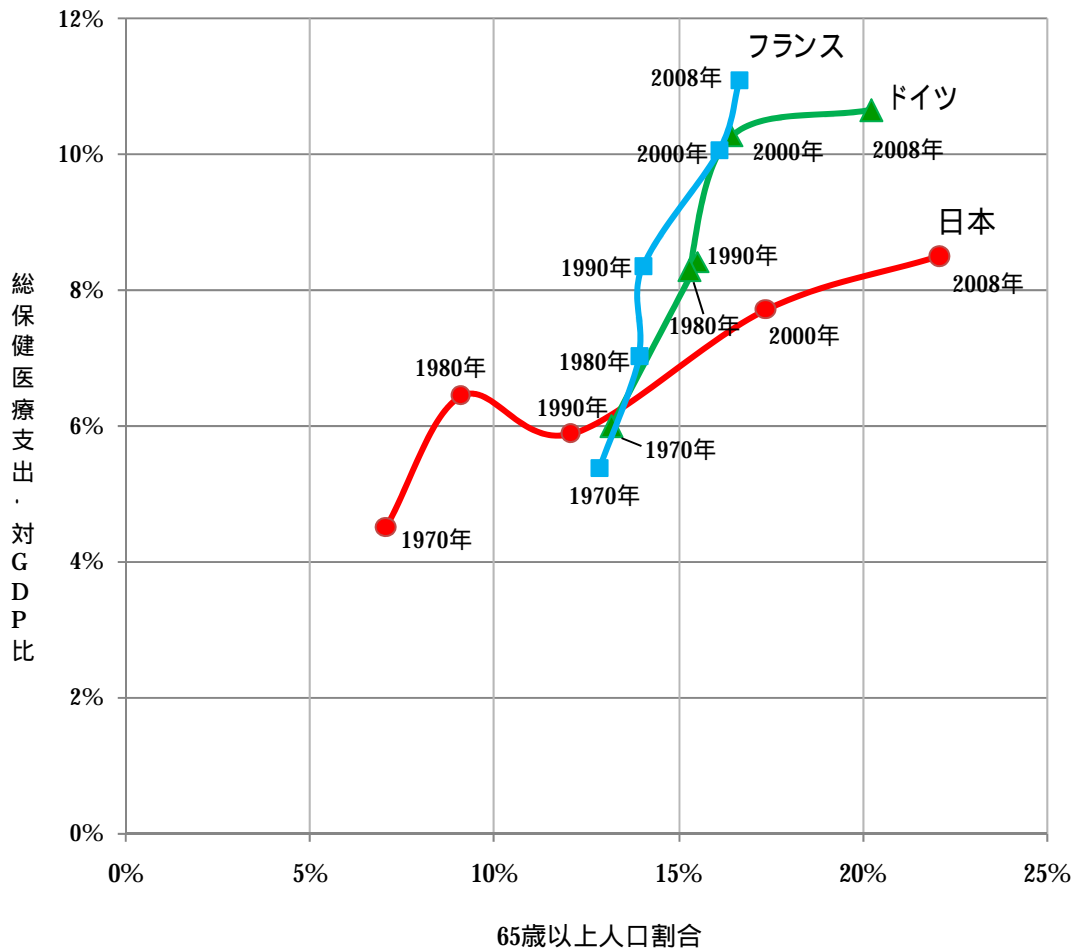
データの制約上、日本の直近データのみ2008年データを使用

(3) 総保健医療支出と高齢化との関係

フランス、ドイツ、日本の3カ国について、高齢化率と総保健医療支出・対GDP比の推移をみると、我が国は高齢化率の上昇幅がとりわけ1990年台以降に大きくなる中で、総保健医療支出の対GDP比はそれに伴って緩やかに上昇している状況がみられる。

フランス、ドイツについては、全般に高齢化の進展は緩やかな中で、総保健医療支出・対GDP比は我が国と比べて高い伸びとなっている。但し、ドイツについて2000年以降をみると、高齢化の進展が急速に進んだ一方で、総保健医療支出・対GDP比の伸びは鈍化している状況がみられる。

図表4 各国の高齢化率と総保健医療支出・対GDP比の推移



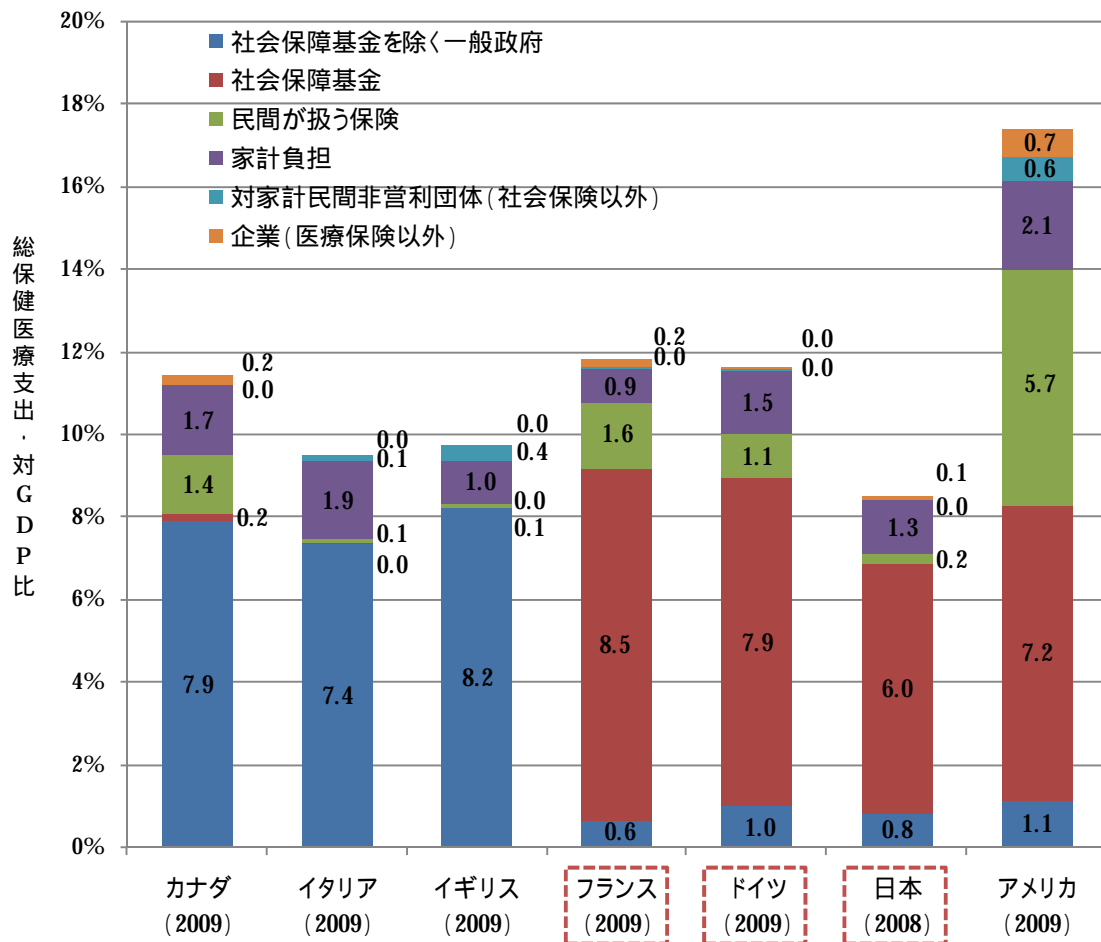
出典：OECD Health Data (February 2012)

注) 1970年、1980年、1990年、2000年、2008年の5時点のデータを結んだものであり、各時点間の中間年のデータは考慮していない

(4) 総保健医療支出の財源別内訳

各国の総保健医療支出の財源別内訳について構成割合をみると、我が国は類似する社会保険方式をとるドイツ、フランスと比較して、「社会保障基金を除く一般政府」¹と「家計負担」の割合がやや高く、逆に「民間が扱う保険」の割合が相対的に低い状況がみられる。

図表 5 各国の総保健医療支出の財源別内訳(対 GDP 比)

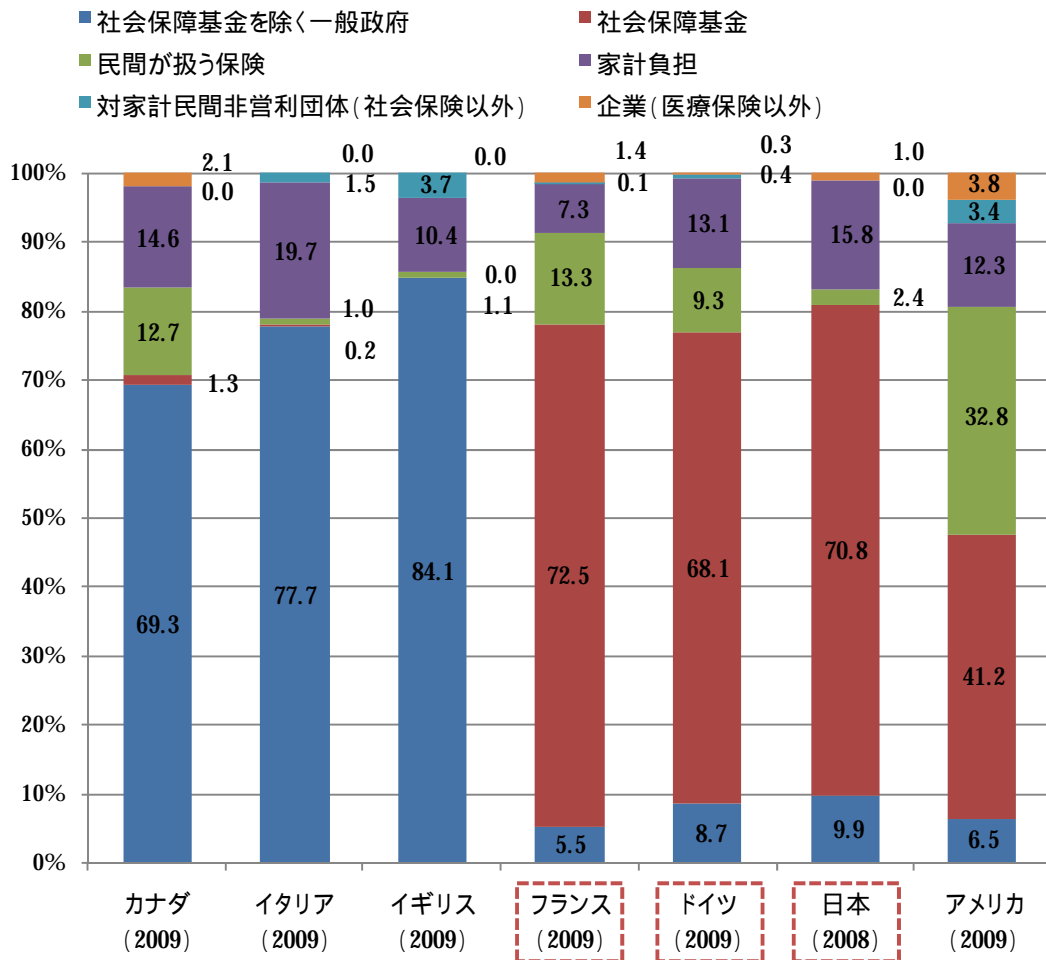


出典：OECD Health Data (February 2012)

データの制約上、日本の直近データのみ 2008 年データを使用

¹ 「社会保障基金」に対する政府からの補助は「社会保障基金」に計上されており、「社会保障基金を除く一般政府」には含まれていない。

図表6 各国の総保健医療支出の財源別内訳(構成割合)



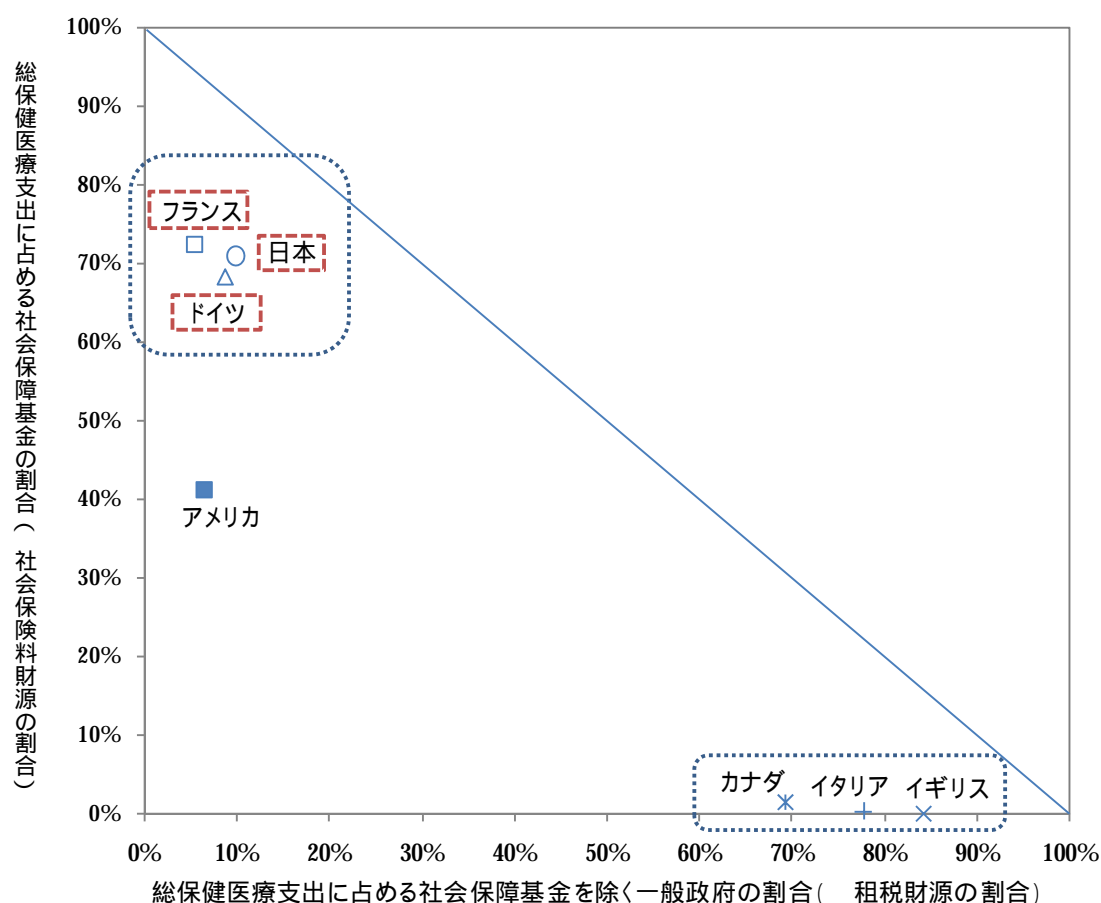
出典：OECD Health Data (February 2012)

データの制約上、日本の直近データのみ 2008 年データを使用

各国の総保健医療支出の財源別構成における政府部門（公的支出）の内訳について、「社会保障基金」と「社会保障基金を除く一般政府」の構成割合をプロットしたものが下図表である。プロットされた点と対角線との距離が、総保健医療支出のうち公的支出を除いた部分、すなわち私的支出の財政規模を表している。

同じ社会保険方式をとるドイツ、フランス、日本は、主要各国の中では、総保健医療支出に占める租税と社会保険料の比率が比較的近い水準にあることがわかる。

図表 7 各国の総保健医療支出の財源別構成における政府部門の内訳(2009)



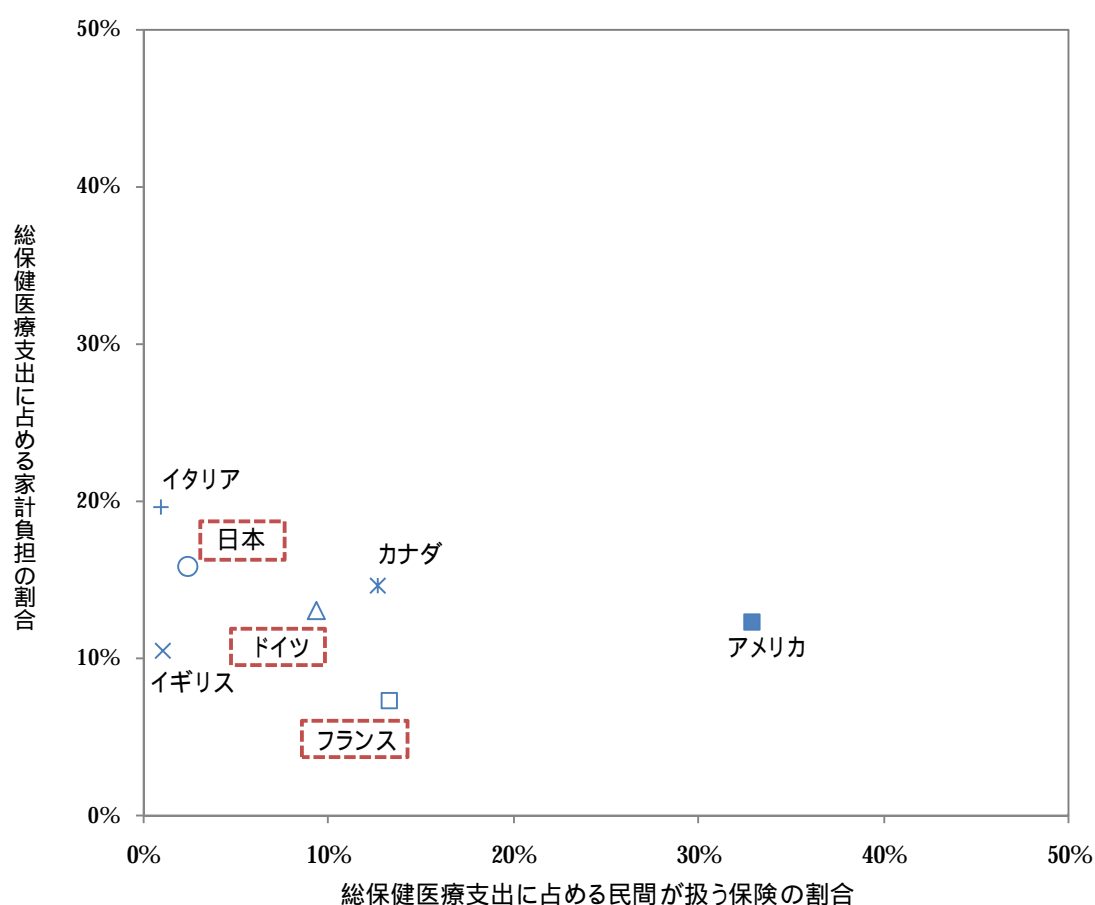
出典：OECD Health Data (February 2012)

データの制約上、日本の直近データのみ 2008 年データを使用

各国の総保健医療支出の財源別構成における民間部門（私的支出）の内訳について、「家計負担」と「民間が扱う保険」の構成割合をプロットしたものが下図表である。

我が国の状況をドイツ、フランスと比較すると、「家計負担」はより高い水準にある一方、公的保険を補足する役割を担う「民間が扱う保険」の割合は3カ国で最も低い水準となっている。

図表8 各国の総保健医療支出の財源別構成における民間部門の内訳(2009)



出典：OECD Health Data (February 2012)

データの制約上、日本の直近データのみ 2008 年データを使用

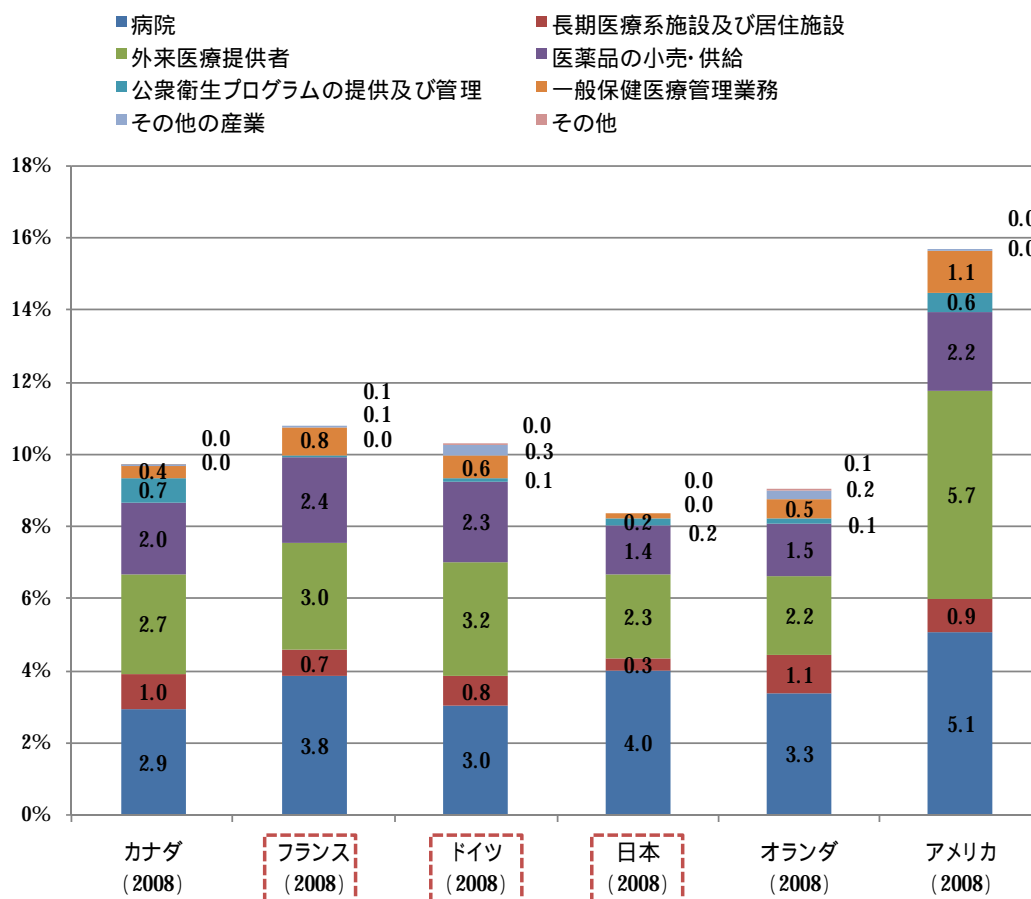
(5) 経常保健医療支出の供給主体別内訳

各国の経常保健医療支出²の供給主体別内訳について構成割合をみると、我が国は「病院」の割合が47.8%と目立って高い状況がみられる。

反対に、「長期医療系施設及び居住施設」の割合は3.6%と最も低くなっている。但しこれについては、我が国の介護保険部分に当たるサービスが各国間でSHA 統計に含まれる場合と含まれない場合があること、また、我が国では一般病床における長期療養患者の受入も一定数存在していることから、解釈には留意すべきである。

また、「外来医療提供者」は診療所等を表しているが、我が国は外来医療の提供主体として、実際にはこのほかに病院も一定の役割を担っていることを考慮する必要がある。

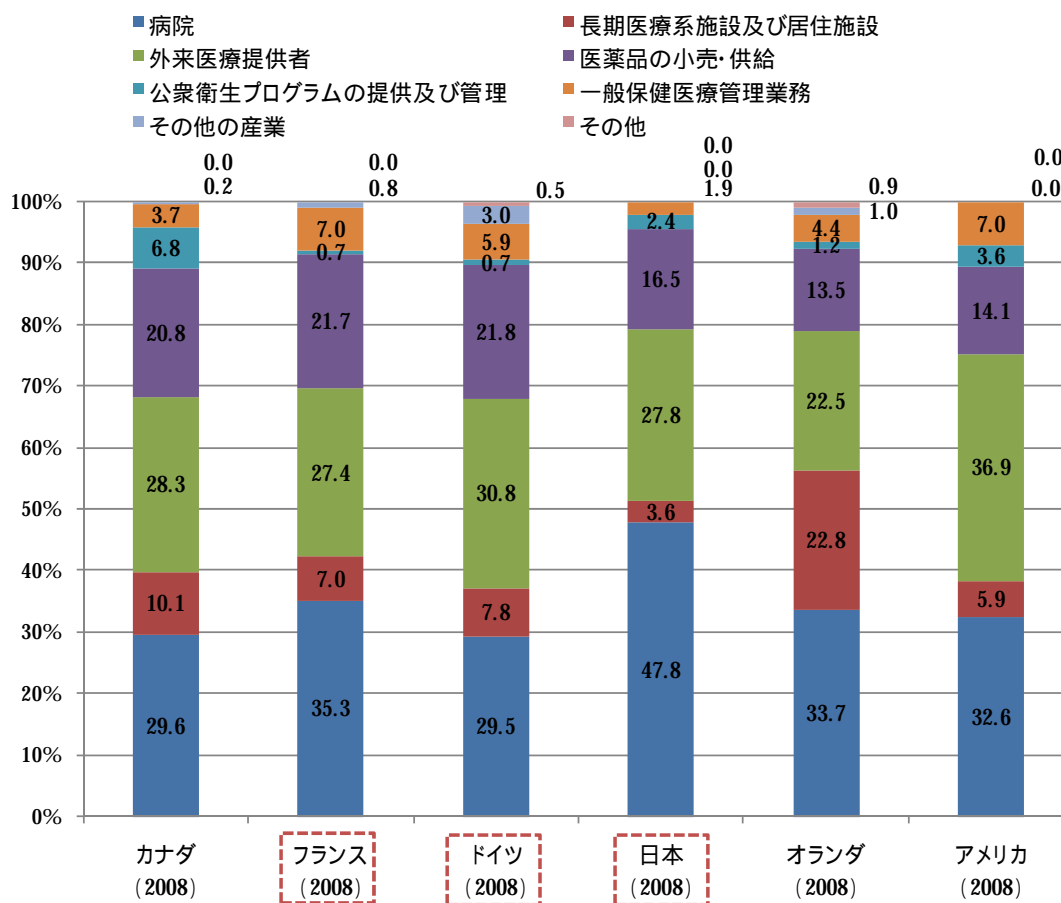
図表9 経常保健医療支出の供給主体別内訳(対 GDP 比)



出典：OECD Health Data (February 2012)

² 「経常保健医療支出」は、「総保健医療支出」から「医療設備への投資」を除いたものとして表すことができる。

図表 10 経常保健医療支出の供給主体別内訳(構成割合)

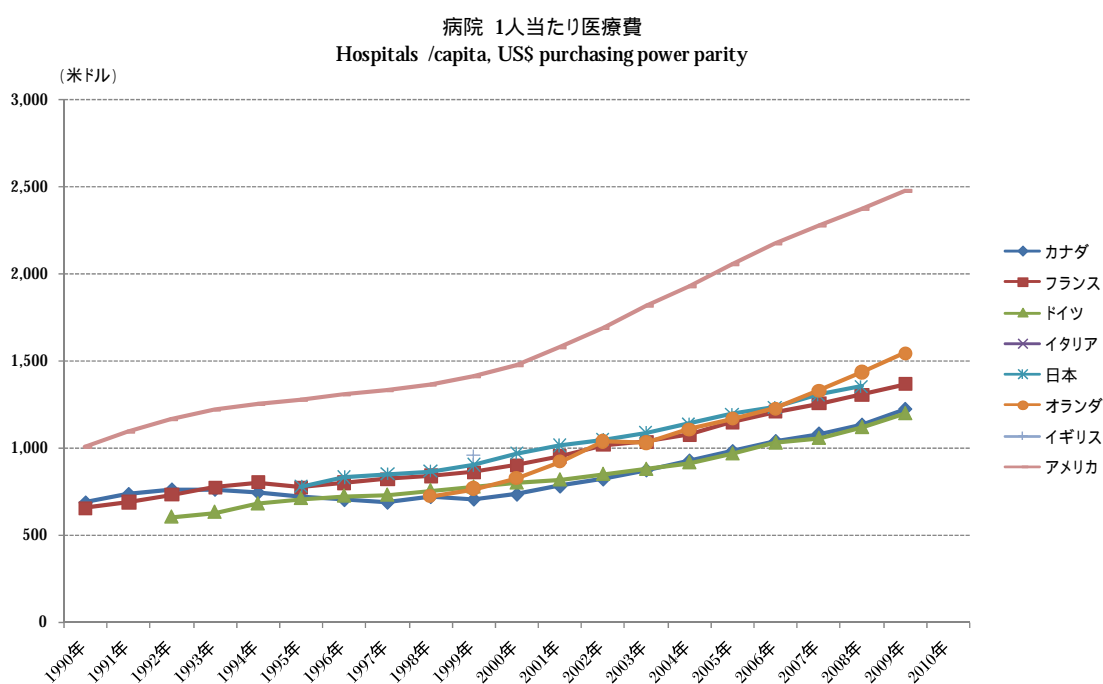


出典：OECD Health Data (February 2012)

(6) 供給主体別 1 人当たり保健医療支出の推移

以下では、供給主体別の 1 人当たり保健医療支出について、各国の推移をみたものである。我が国は、総保健医療支出そのものが低いことから、各供給主体別にみても相対的に低い水準となっているが、「病院」については、アメリカを除く各国と同程度又はやや高い水準にあることが特徴的である。これは、我が国においては「病院」において外来医療も提供されていることが影響しているものと考えられる。

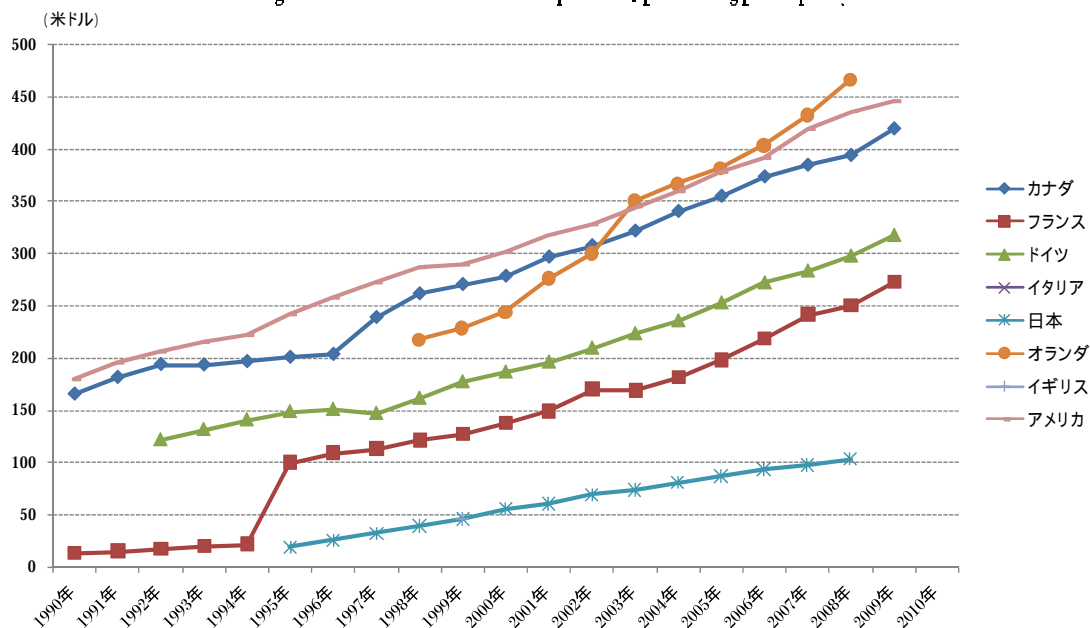
図表 11 供給主体別の 1 人当たり保健医療支出の推移



出典：OECD Health Data (February 2012)

図表 12 供給主体別の 1 人当たり保健医療支出の推移

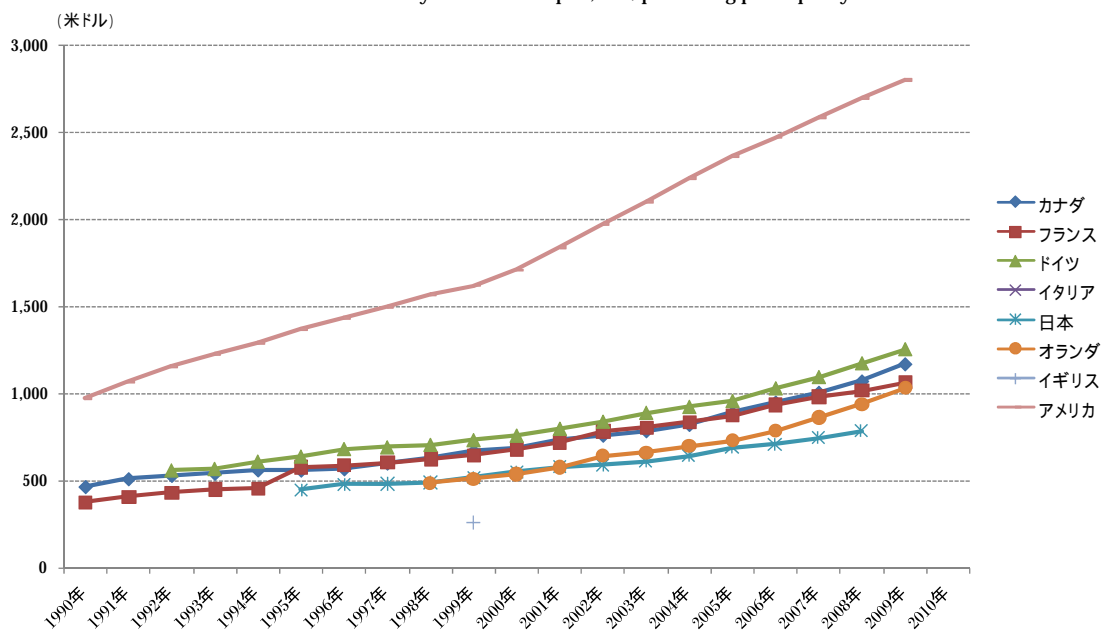
長期医療系施設及び居住施設 1人当たり医療費
Nursing and residential care facilities /capita, US\$ purchasing power parity



出典：OECD Health Data (February 2012)

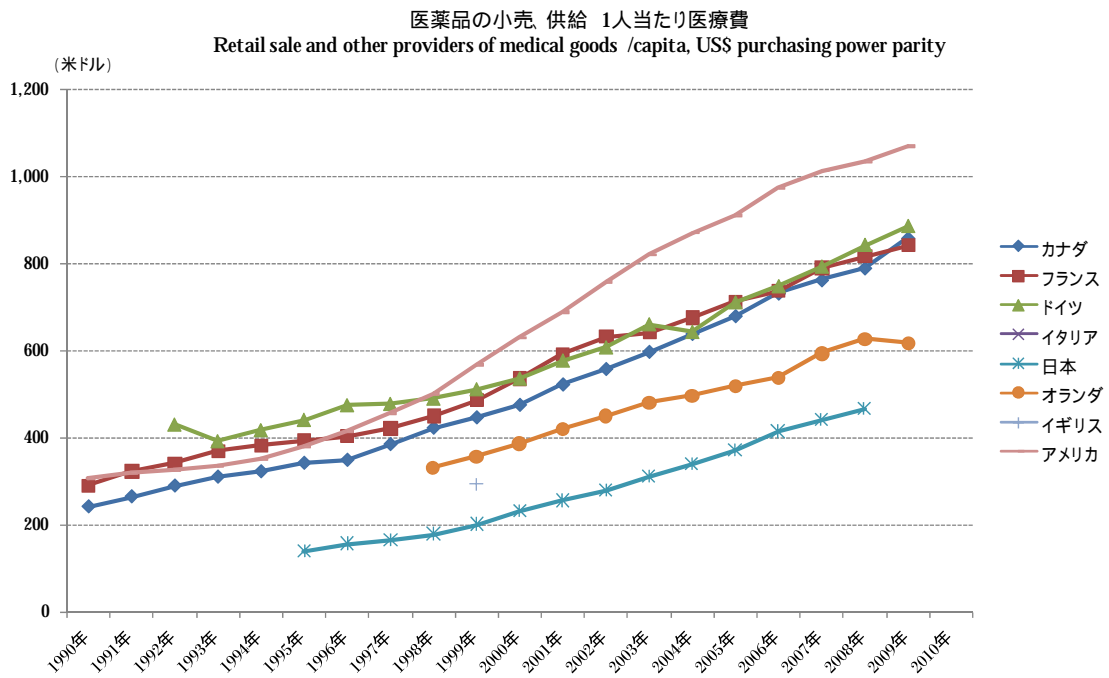
図表 13 供給主体別の 1 人当たり保健医療支出の推移

外来医療提供者 1人当たり医療費
Providers of ambulatory health care /capita, US\$ purchasing power parity



出典：OECD Health Data (February 2012)

図表 14 供給主体別の 1 人当たり保健医療支出の推移

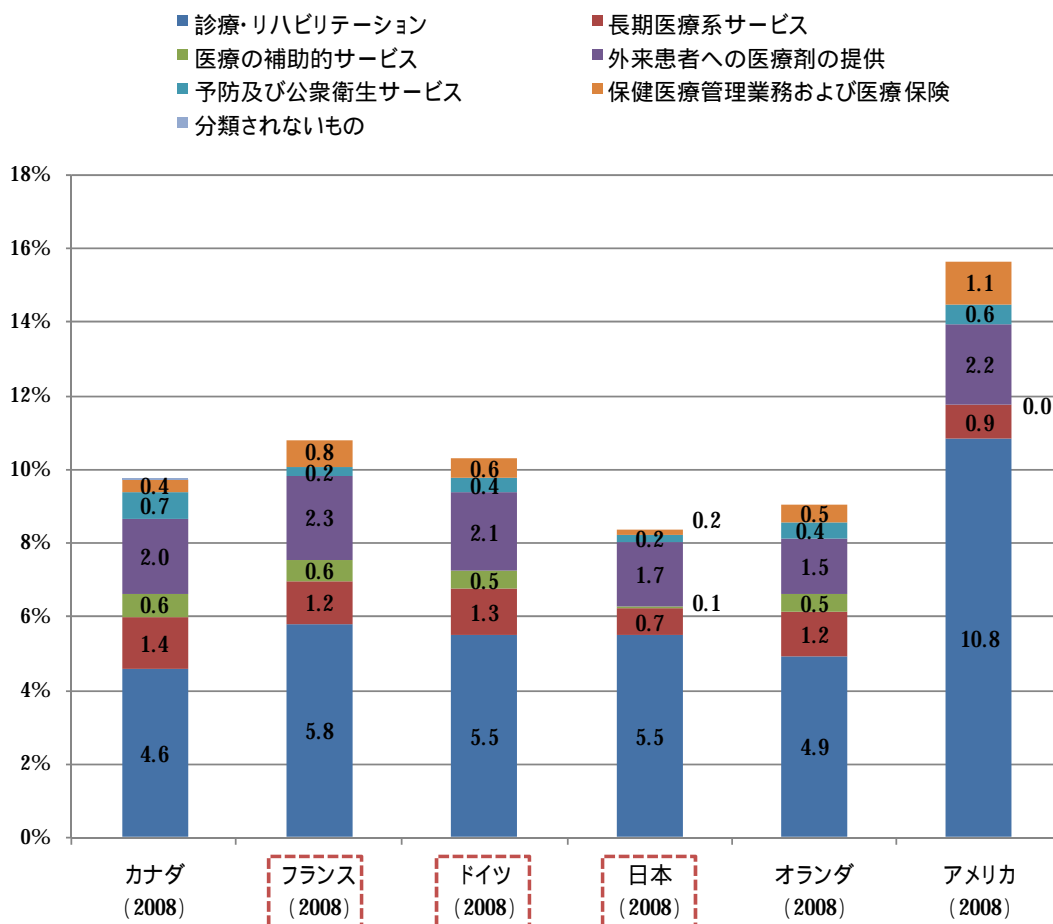


出典：OECD Health Data (February 2012)

(7) 経常保健医療支出の機能別内訳

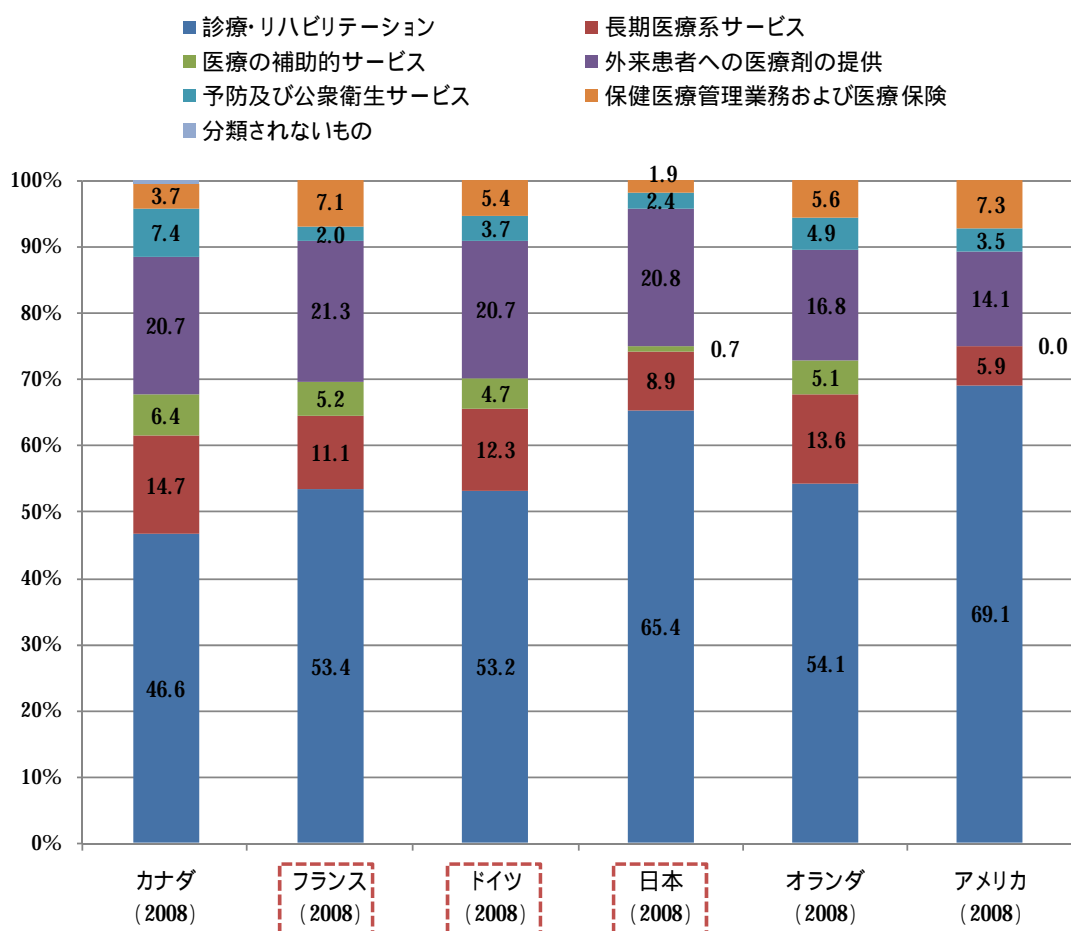
各国の経常保健医療支出の機能別内訳についてみると、我が国は「診療・リハビリテーション」の構成割合が相対的に高く、対 GDP 比で見た場合でも、経常保健医療支出全体は相対的に低い水準であるにもかかわらず、「診療・リハビリテーション」に係る支出としては、アメリカを除く各国の平均水準にあることがわかる。

図表 15 経常保健医療支出の機能別内訳(対 GDP 比)



出典：OECD Health Data (February 2012)

図表 16 経常保健医療支出の機能別内訳(構成割合)



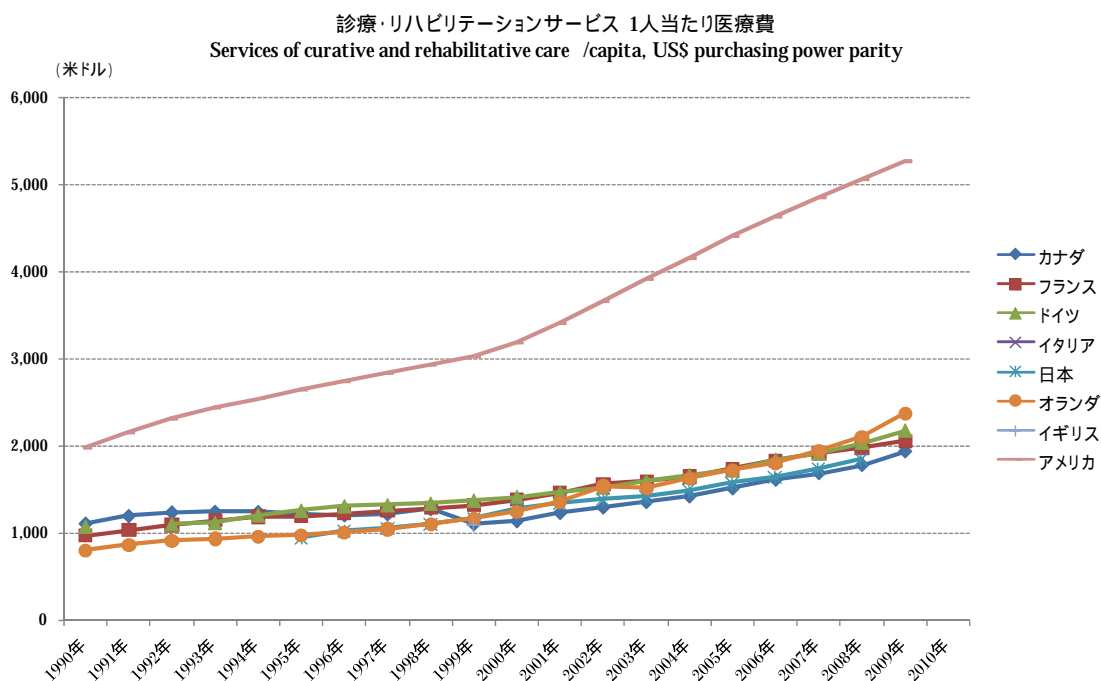
出典：OECD Health Data (February 2012)

(8) 機能別1人当たり保健医療支出の推移

以下は、機能別に各国の1人当たり保健医療支出の推移についてみたものである。

上述のとおり、我が国については、「診療・リハビリテーション」に係る1人当たり保健医療支出はアメリカを除く各国と同水準にあるが、それ以外の機能については相対的に低い水準となっていることがわかる。

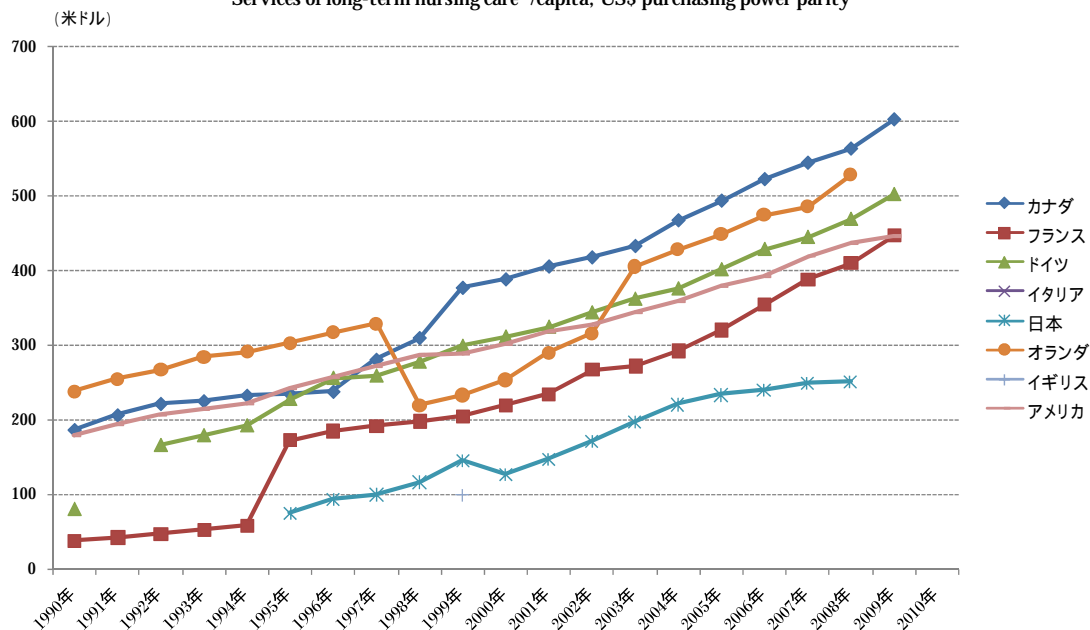
図表 17 機能別1人当たり保健医療支出の推移



出典：OECD Health Data (February 2012)

図表 18 機能別 1人当たり保健医療支出の推移

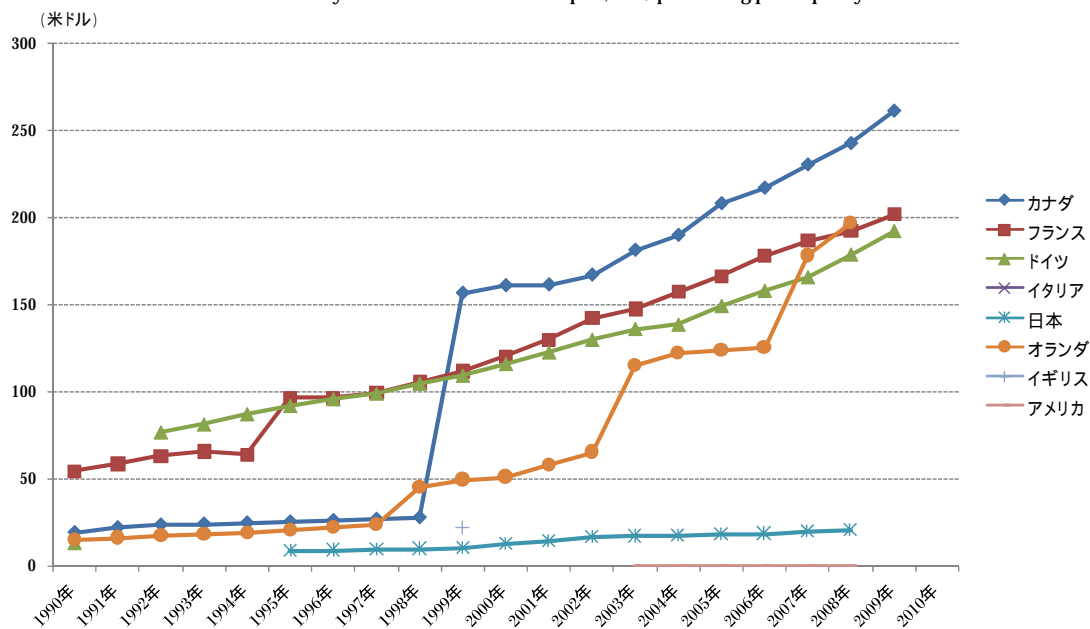
長期医療系サービス 1人当たり医療費
Services of long-term nursing care /capita, US\$ purchasing power parity



出典：OECD Health Data (February 2012)

図表 19 機能別 1人当たり保健医療支出の推移

医療の補助的サービス 1人当たり医療費
Ancillary services to health care /capita, US\$ purchasing power parity

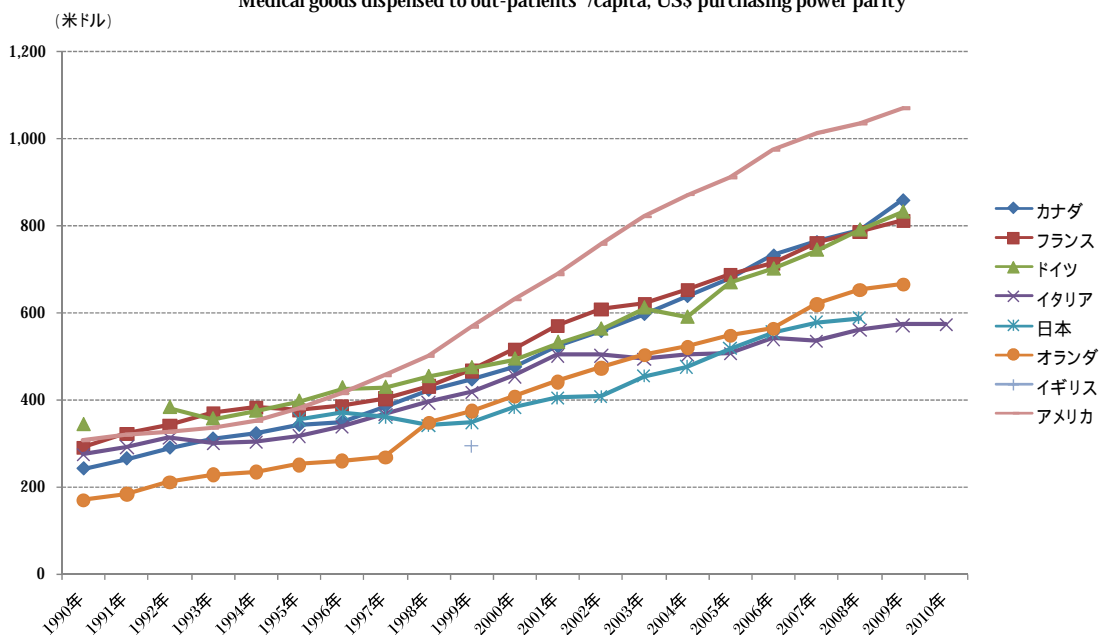


出典：OECD Health Data (February 2012)

図表 20 機能別 1人当たり保健医療支出の推移

外来患者への医療財の提供 1人当たり医療費

Medical goods dispensed to out-patients /capita, US\$ purchasing power parity

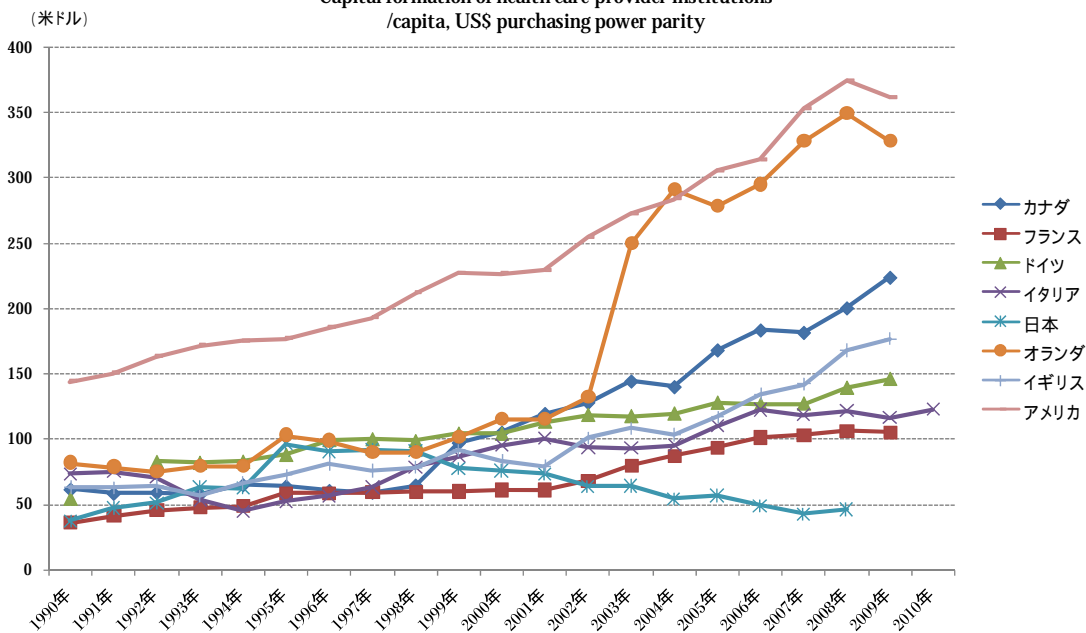


出典：OECD Health Data (February 2012)

図表 21 機能別 1人当たり保健医療支出の推移

医療設備への投資 1人当たり医療費

Capital formation of health care provider institutions /capita, US\$ purchasing power parity



出典：OECD Health Data (February 2012)

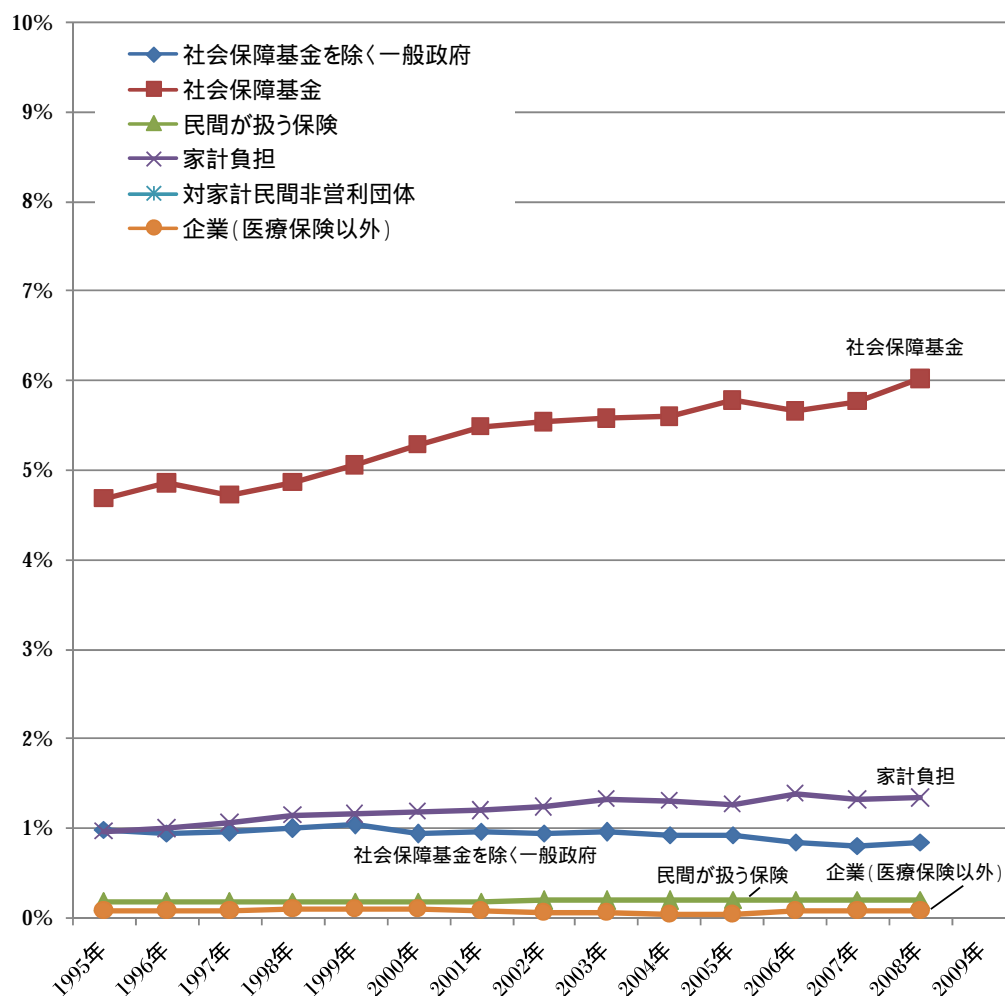
2) 3カ国の総保健医療支出に関する比較

(1) 3カ国の総保健医療支出に占める財源別内訳の推移

ここでは、3カ国の総保健医療支出に占める財源別内訳について、1995年以降の年次推移をみている。

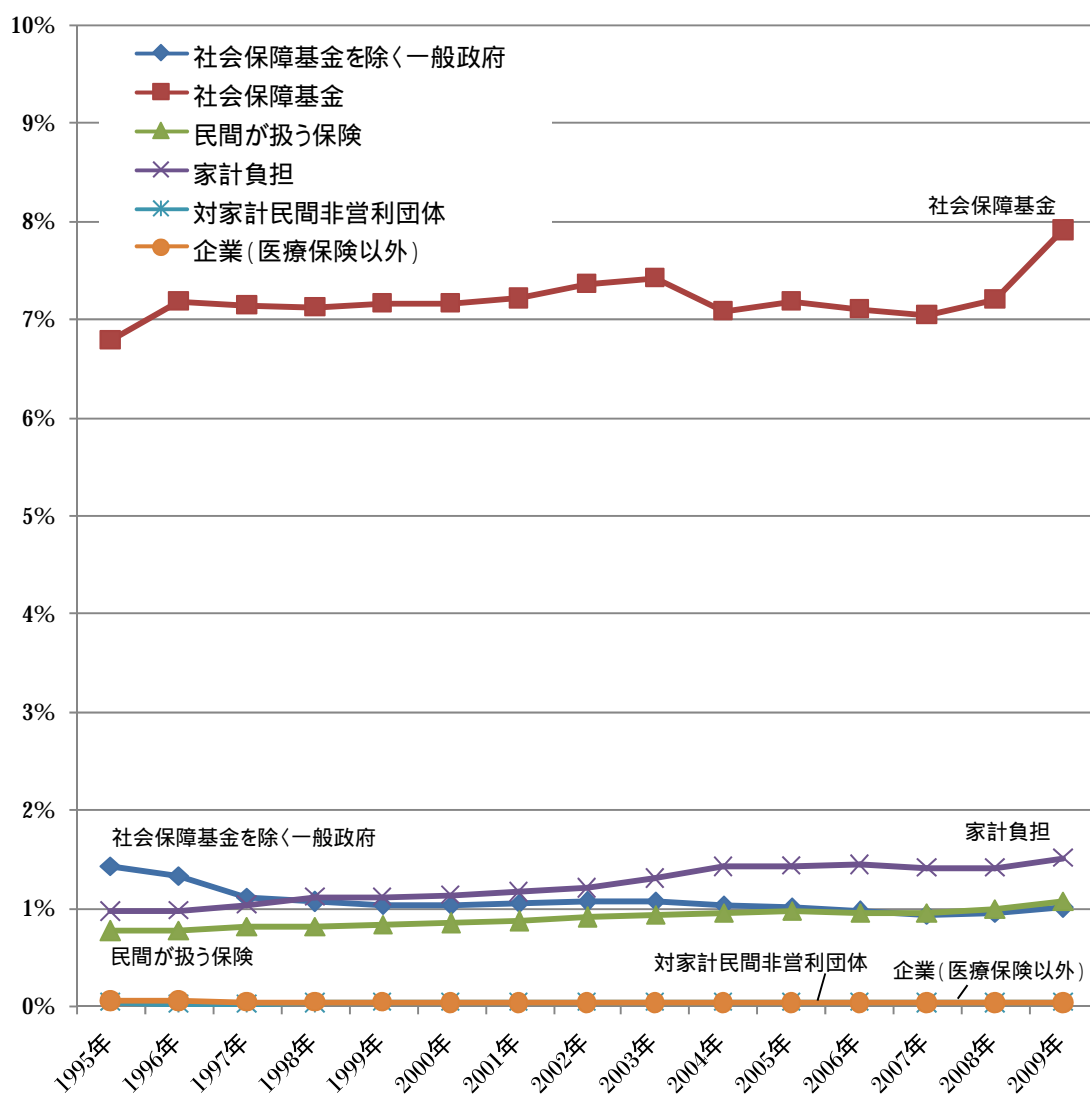
我が国においては、1997年の健康保険法の改定では、本人2割負担や政府管掌健康保険の保険料率の引上げ、また、老人医療費の一部負担などの改定が行われている。また、2006年には健康保険法等の改正により、高齢者の患者負担の見直しや療養の負担の引上げ、乳幼児に対する自己負担軽減措置の拡大等が行われている。

図表 22 日本の総保健医療支出に占める財源別内訳の推移(対 GDP 比)



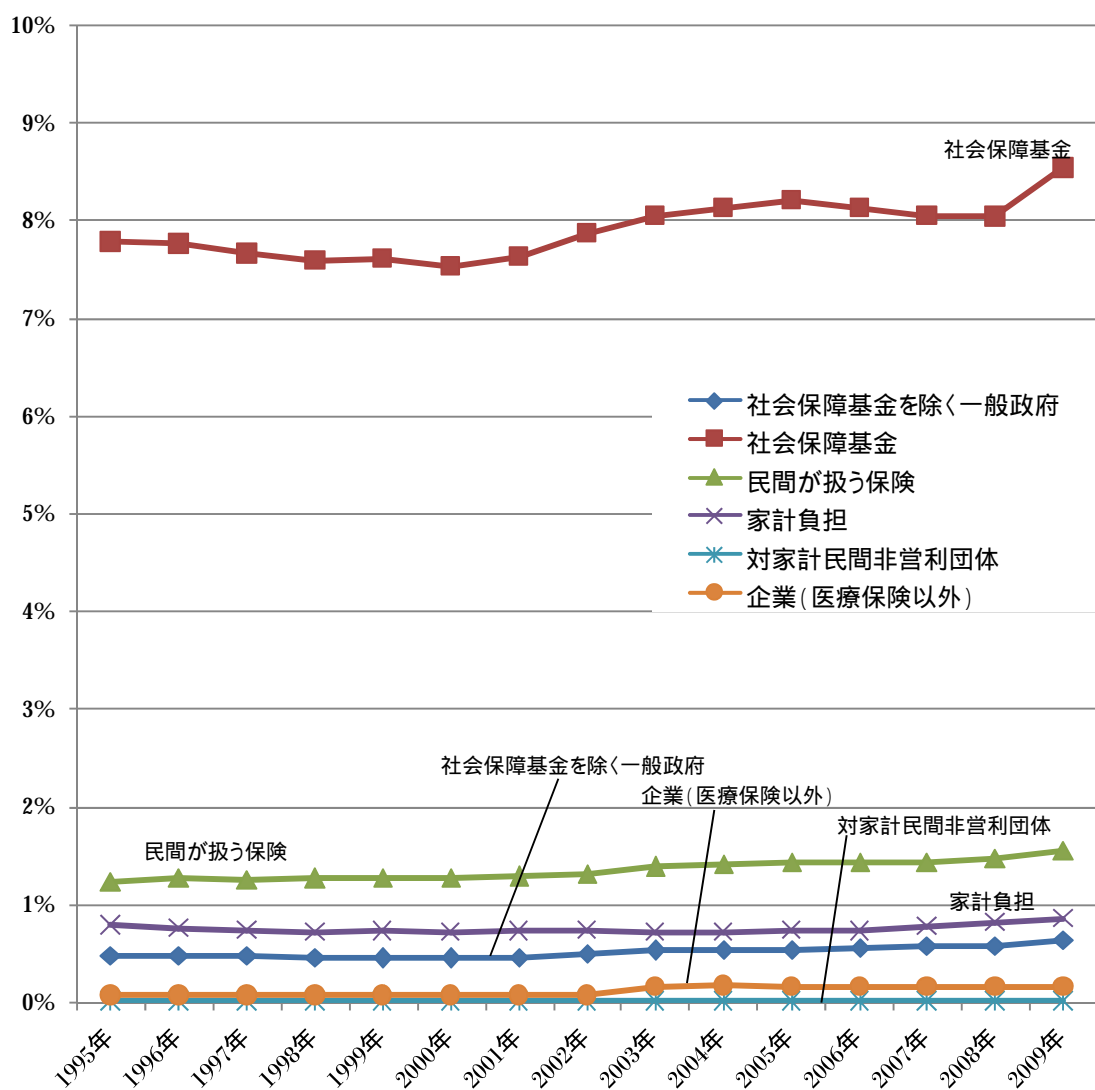
出典：OECD Health Data (February 2012)

図表 23 ドイツの総保健医療支出に占める財源別内訳の推移(対 GDP 比)



出典：OECD Health Data (February 2012)

図表 24 フランスの総保健医療支出に占める財源別内訳の推移(対 GDP 比)

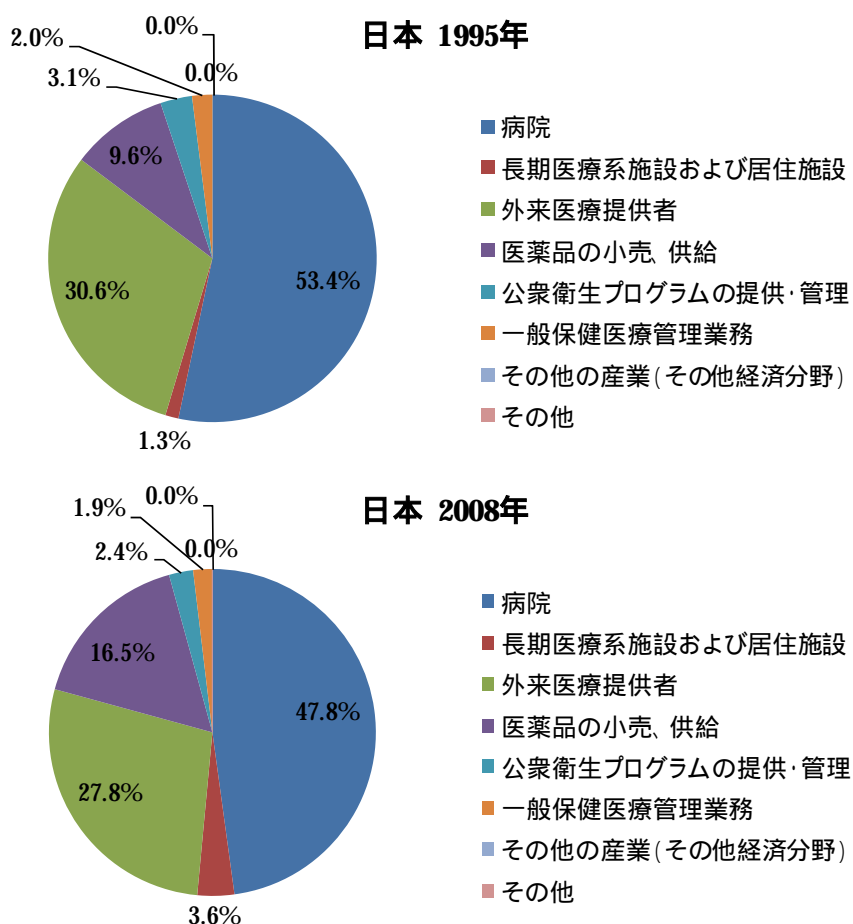


出典：OECD Health Data (February 2012)

(2) 3カ国の経常保健医療支出に占める供給主体別内訳の変化

以下では、3カ国の経常保健医療支出に占める供給主体別内訳の変化についてみている。我が国の「医薬品の小売、供給」の構成割合は、1995年から2008年にかけて9.6%から16.5%へと大幅に上昇している点が特徴的であるが、これは医薬分業率の上昇に伴って、調剤薬局を通じた薬剤の提供が増加したことによるものと考えられる（この点については、「2.国別データに基づく医療費の負担構造及び給付構造の比較」において改めて検討を行う。）

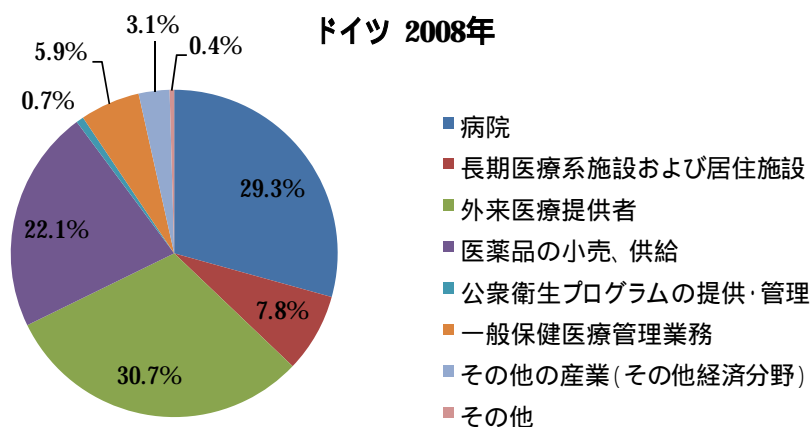
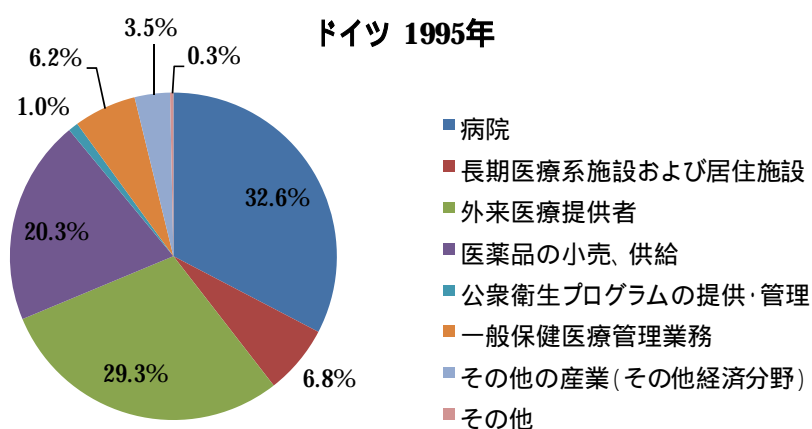
図表 25 日本の経常保健医療支出に占める供給主体別内訳の変化



日本	1995年		2008年	
病院	778	53.4%	1,355	47.8%
長期医療系施設および居住施設	19	1.3%	103	3.6%
外来医療提供者	446	30.6%	787	27.8%
医薬品の小売、供給	140	9.6%	466	16.5%
公衆衛生プログラムの提供・管理	46	3.1%	68	2.4%
一般保健医療管理業務	29	2.0%	54	1.9%
その他の産業(その他経済分野)	0	0.0%	0	0.0%
その他	0	0.0%	0	0.0%
経常保健医療支出	1,458	100.0%	2,832	100.0%

出典：OECD Health Data (February 2012)

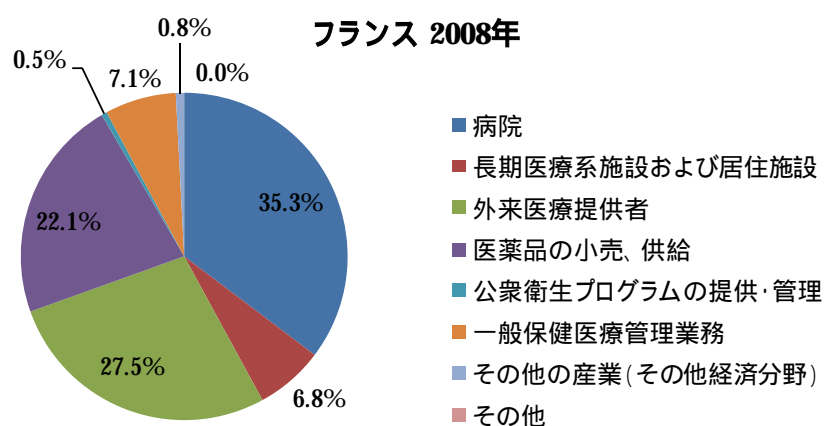
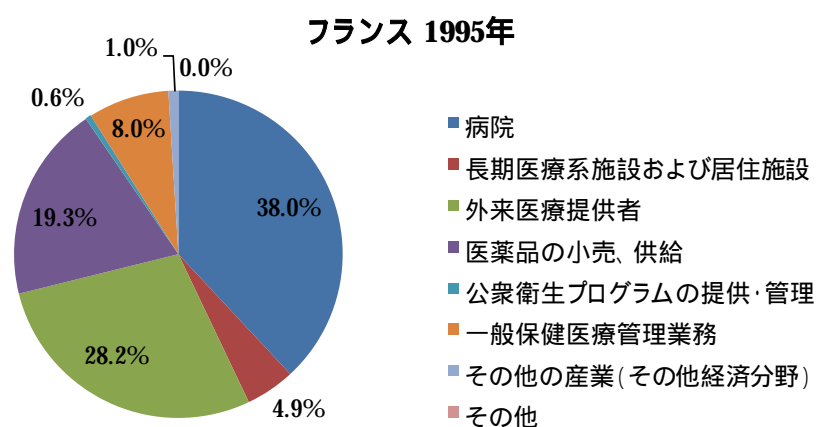
図表 26 ドイツの経常保健医療支出に占める供給主体別内訳の変化



ドイツ	1995年		2008年	
病院	711	32.6%	1,120	29.3%
長期医療系施設および居住施設	149	6.8%	298	7.8%
外来医療提供者	637	29.3%	1,173	30.7%
医薬品の小売、供給	442	20.3%	844	22.1%
公衆衛生プログラムの提供・管理	22	1.0%	28	0.7%
一般保健医療管理業務	135	6.2%	226	5.9%
その他の産業(その他経済分野)	76	3.5%	117	3.1%
その他	7	0.3%	17	0.4%
経常保健医療支出	2,179	100.0%	3,824	100.0%

出典：OECD Health Data (February 2012)

図表 27 フランスの経常保健医療支出に占める供給主体別内訳の変化



フランス	1995年		2008年	
病院	776	38.0%	1,307	35.3%
長期医療系施設および居住施設	100	4.9%	250	6.8%
外来医療提供者	576	28.2%	1,017	27.5%
医薬品の小売、供給	394	19.3%	817	22.1%
公衆衛生プログラムの提供・管理	12	0.6%	19	0.5%
一般保健医療管理業務	163	8.0%	261	7.1%
その他の産業(その他経済分野)	20	1.0%	31	0.8%
その他	0	0.0%	0	0.0%
経常保健医療支出	2,041	100.0%	3,703	100.0%

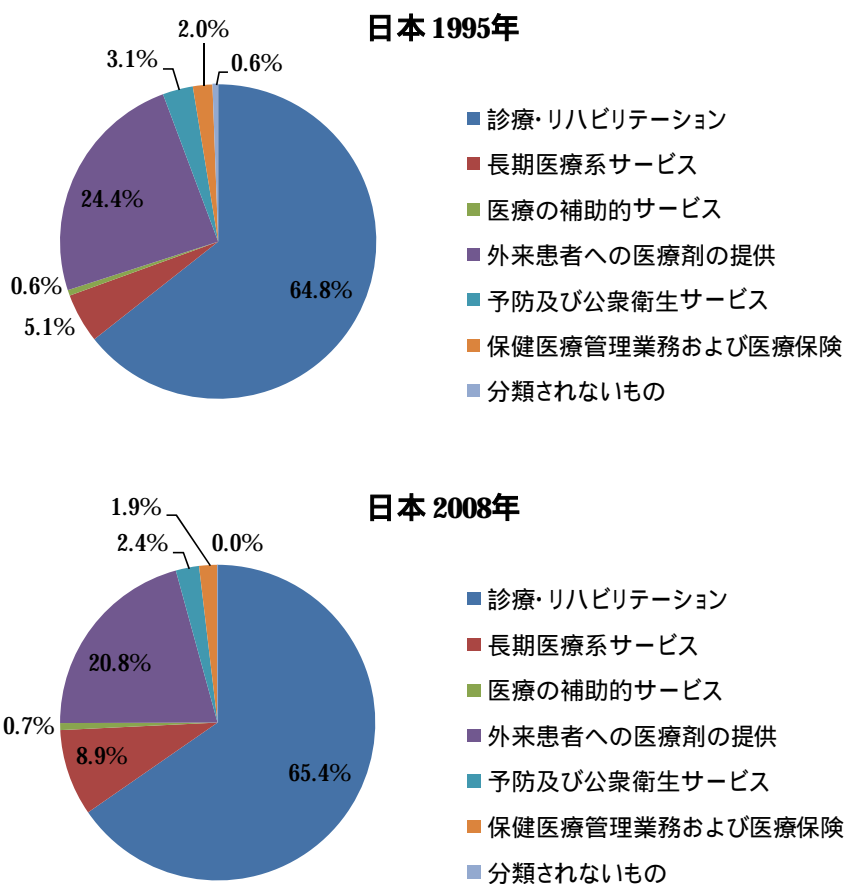
出典：OECD Health Data (February 2012)

(3) 3カ国の経常保健医療支出に占める機能別内訳の変化

以下では、3カ国の経常保健医療支出に占める機能別内訳の変化についてみて
いる。

我が国についてみると、「診療・リハビリテーション」、「長期医療系サービス」
については割合がやや上昇しており、「外来患者への医療剤の提供」については
やや低下している傾向がみられる。

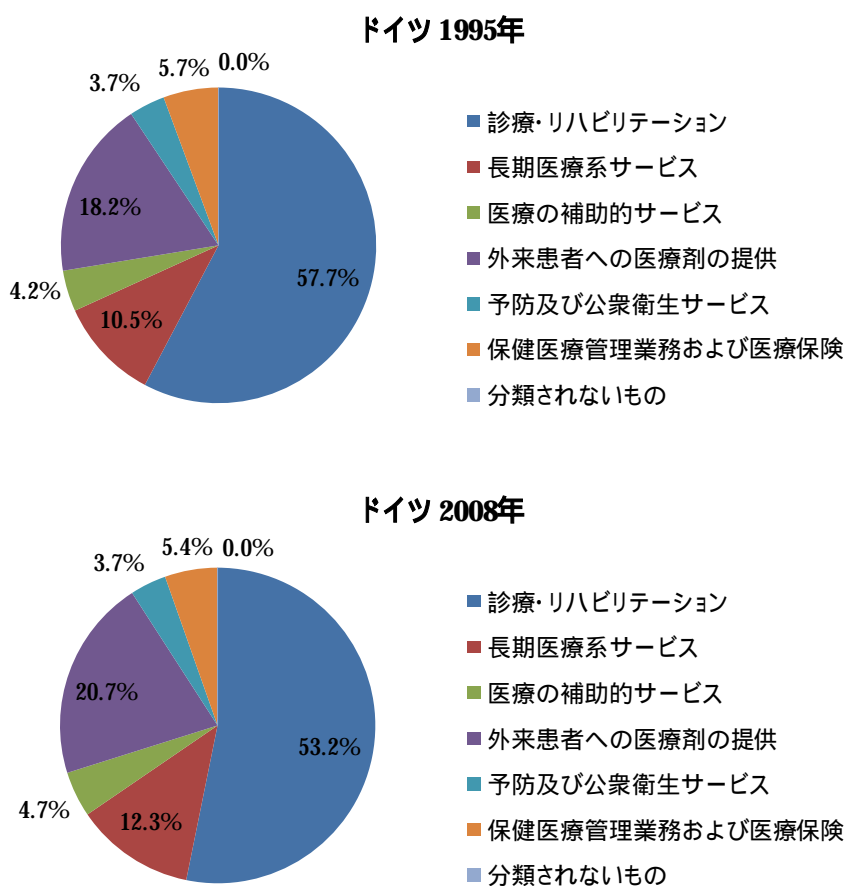
図表 28 日本の経常保健医療支出に占める機能別内訳の変化



日本	1995年		2008年	
診療・リハビリテーション	944	64.7%	1,851	65.4%
長期医療系サービス	74	5.1%	251	8.9%
医療の補助的サービス	9	0.6%	20	0.7%
外来患者への医療剤の提供	356	24.4%	588	20.8%
予防及び公衆衛生サービス	46	3.1%	68	2.4%
保健医療管理業務および医療保険	29	2.0%	54	1.9%
分類されないもの	9	0.6%	0	0.0%
経常保健医療支出	1,458	100.0%	2,832	100.0%

出典：OECD Health Data (February 2012)

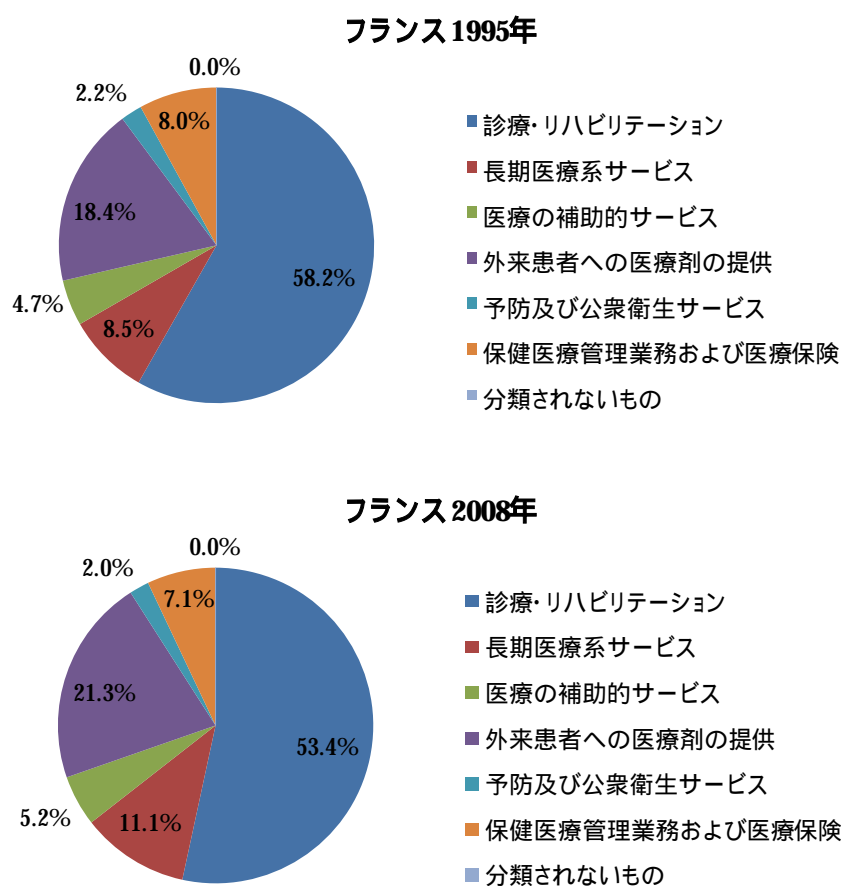
図表 29 ドイツの経常保健医療支出に占める機能別内訳の変化



ドイツ	1995年		2008年	
診療・リハビリテーション	1,258	57.7%	2,034	53.2%
長期医療系サービス	228	10.5%	470	12.3%
医療の補助的サービス	92	4.2%	179	4.7%
外来患者への医療剤の提供	397	18.2%	792	20.7%
予防及び公衆衛生サービス	80	3.7%	142	3.7%
保健医療管理業務および医療保険	123	5.7%	207	5.4%
分類されないもの	0	0.0%	0	0.0%
経常保健医療支出	2,179	100.0%	3,824	100.0%

出典：OECD Health Data (February 2012)

図表 30 フランスの経常保健医療支出に占める機能別内訳の変化



フランス	1995年		2008年	
診療・リハビリテーション	1,189	58.2%	1,977	53.4%
長期医療系サービス	172	8.5%	410	11.1%
医療の補助的サービス	96	4.7%	193	5.2%
外来患者への医療剤の提供	376	18.4%	787	21.3%
予防及び公衆衛生サービス	45	2.2%	75	2.0%
保健医療管理業務および医療保険	163	8.0%	261	7.1%
分類されないもの	0	0.0%	0	0.0%
経常保健医療支出	2,041	100.0%	3,703	100.0%

出典：OECD Health Data (February 2012)

2.国別データに基づく医療費の負担構造及び給付構造の比較

1)負担構造の比較

(1)ドイツの医療費負担構造

ドイツにおける医療費に関する統計

ア.医療費、医療財源に関する統計

ドイツにおける医療費、医療財源に関する統計としては、医療の種類及び負担別保険医療費（Gesundheitsausgaben）や、公的医療保険の収入・支出に関する統計などがある。前者は、公的医療保険について、医療保険だけでなく介護保険、年金保険、労災保険も含み、また、民間医療保険、雇用者負担、家計及び非営利目的民間組織、公費による負担も含むもので、保健医療分野の全体的な収入、支出を示す統計である。後者は、公的医療保険に限定した収入、支出を示す統計である。

本調査では、公的医療保険分野における収入・支出の状況を把握する観点から、後者の公的医療保険の収入・支出に関する統計を使用した。

イ.公的医療保険の支出と総保健医療支出との比較

ドイツにおける公的医療保険の支出は、主に、入院治療、外来（医科、歯科）と医療財（薬剤、治療具及び補助具）により占められており、我が国の国民医療費の範囲に近いが、国民医療費と異なり、傷病手当金や事務費が含まれている一方、外来、入院、薬剤、治療器具等にかかる患者一部負担の額は含まれていない。

2009年の総保健医療支出と公的医療保険分野の支出を比較すると、総保健医療支出：2,783億€に対して、公的医療保険支出1,759億€となっており、その差は1,024億€である。この差は、後者には公的医療保険以外の保険者（公的介護保険、公的年金保険等）の提供するリハビリテーションの支出や、民間医療保険の支出、政府による一般保健管理等が含まれないことなどによるものと考えられる。

図表 31 総保健医療支出とドイツの公的医療保険の支出範囲

総保健医療支出

(金額: 10 億€)

診療・リハビリテーション	143.32
入院診療・リハビリ	74.29
日帰り診療・リハビリ	2.61
外来診療・リハビリ	61.70
在宅診療・リハビリ	4.71
長期医療	33.18
長期医療施設	20.83
長期医療通所	0.17
在宅での長期医療	12.17
医療補助	12.70
臨床検査	3.96
画像診断	4.56
患者搬送、救急	4.19
外来患者への医療財	55.00
医薬品、その他医療財	41.45
医療機器、その他医療財	13.56
予防、公衆衛生	9.49
母子保健	
学校保健	
感染症予防	
非感染症予防	
産業保健	
その他の公衆衛生	
保健医療管理業務	14.64
政府による一般保健管理	10.90
保健医療管理、医療保険	3.74
分類されないもの	
保健医療提供機関の資本形成	9.65
総保健医療支出	278.35

公的医療保険の支出範囲

(金額: 10 億€)

入院治療	58.13
医科外来	27.09
歯科外来	11.42
薬剤	30.18
治療具及び補助具	10.59
傷病手当金	7.80
国外での給付	0.67
移送費	3.60
予防・リハビリ給付	2.39
社会サービス・疾病予防	1.60
早期発見・モデル計画	1.93
妊娠及び出産時の給付	1.03
業務・家事支援	0.18
在宅看護 標準給付	3.20
医療サービス・鑑定者	0.37
リスク構造調整を除くその他の支出	1.52
事務費	9.51
公的医療保険支出合計	175.99

金額は 2009 年の値。

出典：総保健医療支出: OECD Health Data, 2012 年 1 月時点

公的医療保険支出: Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen

http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=14064112&nummer=627&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=53619888

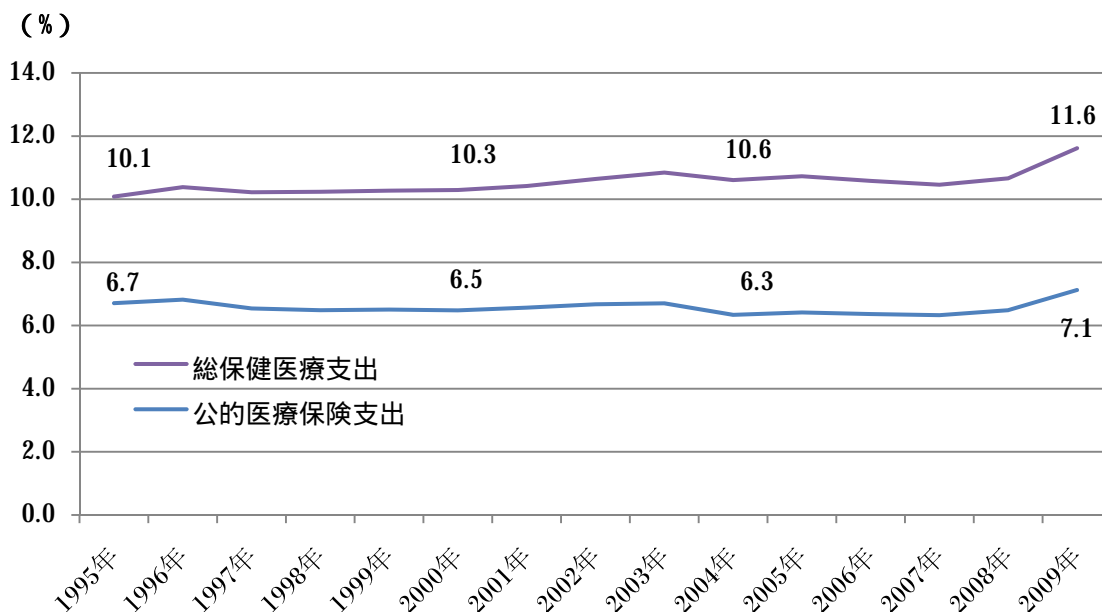
総保健医療支出と公的医療保険の支出の推移(対 GDP 比)

GDP に占める総保健医療支出と公的医療保険支出の推移(図表 32)をみると、1995 年から 2003 年までは、総保健医療支出はゆるやかな増加傾向で、公的医療保険支出はほぼ横ばいで推移していたが、2004 年とともにやや減少し、その後はおおむね横ばいで推移した後、2009 年では総保健医療支出：11.6%、公的医療保険支出：7.1%となっており、2000 年に比べ、それぞれ 1.3 ポイント、0.6 ポイント上昇している。

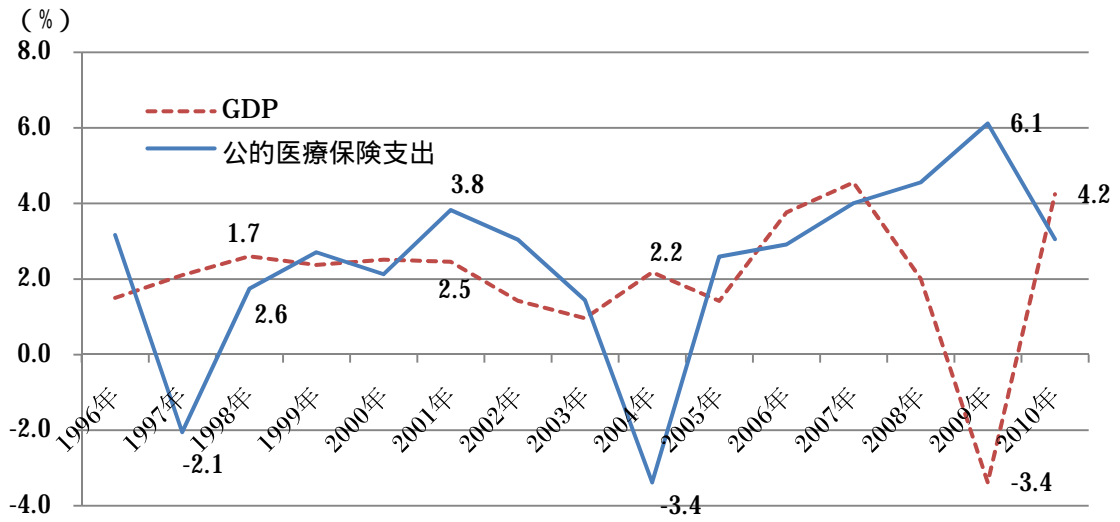
公的医療保険支出の対前年伸び率(図表 33)をみると、例年は 2~4%程度の伸びをみせているが、1997 年は-2.1%、2004 年は-3.4%と伸び率がマイナスとなっている。これは、1997 年 7 月より第二次医療保険再編法が施行され、患者負担の引上げが行われたこと、2004 年 1 月より公的医療保険近代化法(GMG)が施行され、患者負担の引上げが行われたことが影響しているものと考えられる。

また、GDP と公的医療保険支出の対前年伸び率を比較すると、公的医療保険支出の伸び率は、前述の 1997 年、2004 年及び世界的な景気後退により GDP が大幅にマイナスとなった 2009 年を除いては、おおむね GDP の伸び率と連動した動きを示している。これは、法律上、疾病金庫から給付提供者(病院、保険医等)への償還額の変動率は、疾病金庫の本人被保険者 1 人当たりの保険料納付義務対象となる収入の変動率を超過してはならない(社会法典第 5 編第 71 条)と規定されていることが影響しているものと考えられる。

図表 32 総保健医療支出と公的医療保険支出の推移(対 GDP 比)



図表 33 GDP と公的医療保険支出の対前年伸び率の推移



公的医療保険に関する負担構造

ア.財源主体別にみた公的医療保険の最近の推移

ドイツの公的医療保険においては、医療サービスに係る負担は、患者の定率又は定額の一部負担金の支払と、公的医療保険から医療サービス提供機関（病院、保険医、薬局等）への支払により構成される。

2010年の公的医療保険収入及び自己負担の合計³は1,806億€となっており、うち、「公的医療保険」の「保険料及びその他収入」が1,601億€（88.6%）、「公的医療保険」の「連邦補助」が155億€（8.6%）、「自己負担」が50億€（2.8%）となっている。

図表 34 公的医療保険収入及び自己負担の最近の推移

（金額：10億€ / カッコ内：%）

年	公的医療保険			公的 医療保険計	自己負担	合計
	保険料	その他収入 (連邦補助 除く)	連邦補助			
2005	140.3	3.0	2.5	145.7	5.4	151.2
	(92.8)	(2.0)	(1.7)	(96.4)	(3.6)	(100.0)
2006	142.2	3.6	4.2	149.9	5.3	155.3
	(91.6)	(2.3)	(2.7)	(96.6)	(3.4)	(100.0)
2007	150.0	3.6	2.5	156.1	4.8	160.9
	(93.2)	(2.2)	(1.6)	(97.0)	(3.0)	(100.0)
2008	155.9	2.6	4.0	162.5	4.9	167.4
	(93.1)	(1.6)	(2.4)	(97.1)	(2.9)	(100.0)
2009	165.0		7.2	172.2	4.8	177.0
	(93.2)		(4.1)	(97.3)	(2.7)	(100.0)
2010	160.1		15.5	175.6	5.0	180.6
	(88.6)		(8.6)	(97.2)	(2.8)	(100.0)

2009年、2010年については、元データにおいて、公的医療保険の収入の合計及び連邦補助の額のみが示されており、保険料、その他収入の額は示されていないため、公的医療保険の収入の合計から連邦補助額を差し引いた額を、保険料及びその他収入の合算額として表示している。

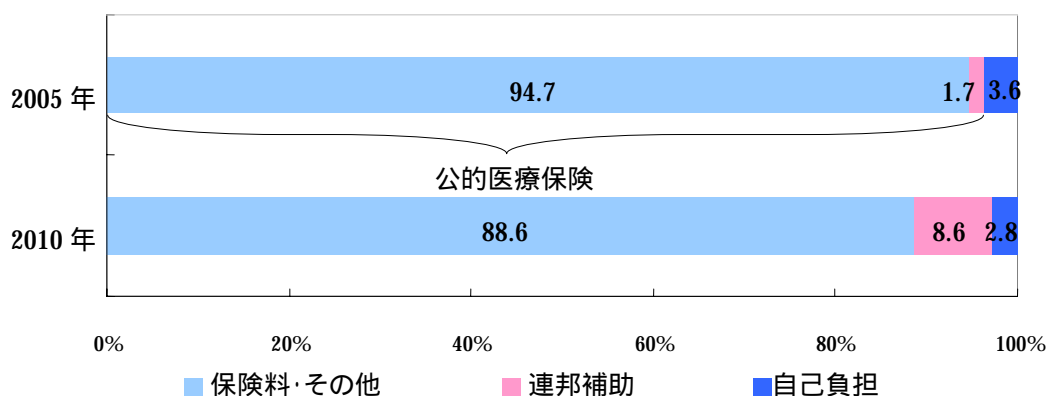
出典：連邦保健報告機関（Gesundheitsberichterstattung des Bundes）ホームページ「公的医療保険の収支（Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen）」

³ ドイツにおける費用負担にかかる統計は、我が国の国民医療費統計と異なり、患者一部負担額を含めた形で収入額を整理している統計は一般的ではないため、ここでは、異なる2つの統計（公的医療保険の収入に関する統計と、自己負担額に関する統計）の値を合算することで独自に算出している。

http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe 及び「公的医療保険における世帯の自己負担」(Zuzahlungen der privaten Haushalte in der gesetzlichen Krankenversicherung)
http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=53356478&nummer=664&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=87314697 を基に作成。

公的医療保険収入及び自己負担額の構成割合を2005年と2010年で比較すると、「公的医療保険」の「連邦補助」の割合は2010年には8.6%と6.9ポイント上昇する一方、「公的医療保険」の「保険料及びその他収入」の割合は2010年には88.6%と6.1ポイント減少し、「自己負担」の割合も2010年には2.8%と0.8ポイント減少しており、保険料及び自己負担の比重が相対的に小さくなり、連邦補助の比重が相対的に高まっている。

図表 35 公的医療保険収入及び自己負担額の構成割合：
2005年と2010年の比較



出典： 図表 34 に同じ。

イ.公的医療保険の財源(収入)構成

公的医療保険の収入は、大部分が保険料により賄われており、1,625 億€のうち、95.9%が保険料、1.6%が連邦補助以外のその他収入、2.5%が連邦補助となっている。

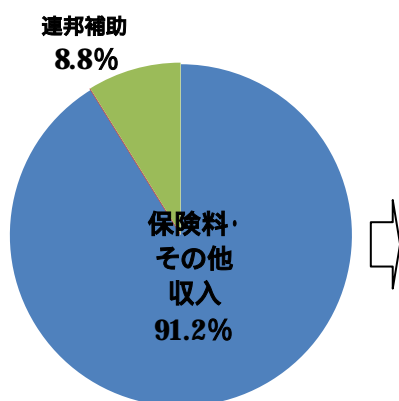
2004 年の公的医療保険近代化法の施行に伴い、保険になじまない給付に対する連邦補助が導入され、2007 年の公的医療保険競争強化法により連邦補助額の拡大が定められたことにより、連邦補助の額は徐々に増加しており、2010 年には 8.8%となる見込みである。

保険料の内訳は、連邦保健報告機関等の公表データからでは雇用者、被用者別の保険料の負担額のデータが確認できないが、被用者の場合、保険料率(2011 年現在)は雇用者負担分が 7.3%、被用者負担分 8.2%(傷病手当請求権のない被保険者の場合は雇用者負担分 7.0%、被用者負担分 7.9%)となっており、被用者負担分が雇用者負担分をやや上回る形となっている。

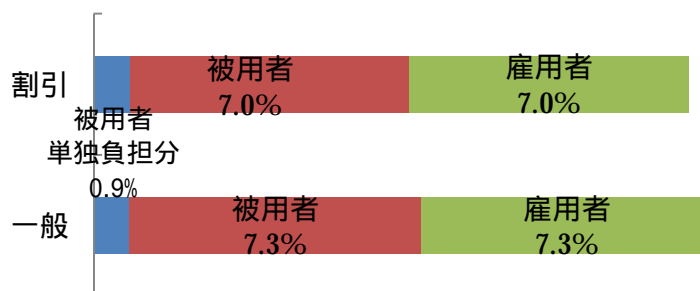
図表 36 公的医療保険の財源構成

年	2008		2010	
	金額 (10 億€)	(%)	金額 (10 億€)	(%)
保険料	155.9	95.9	160.1	91.2
その他収入(連邦補助除く)	2.6	1.6		
連邦補助	4.0	2.5	15.5	8.8
計	162.5	100.0	175.6	100.0

2010 年



(参考) 保険料負担割合 (被用者の場合)



出典：連邦保健報告機関 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) ホームページ「公的医療保険の収支 (Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen)」
http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/4/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_28/D.747/34420 を基に作成。

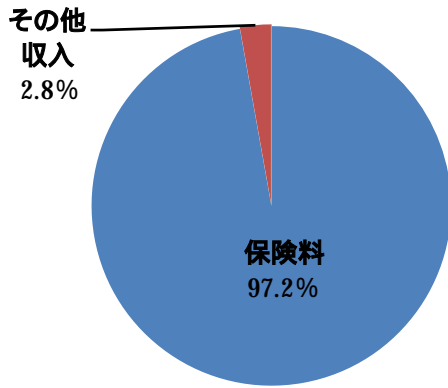
< 財源構成の推移・変化 >

公的医療保険の財源構成を 2000 年と 2010 年で比較すると、2000 年は保険料（97.2%）とその他収入（2.8%）により財源が構成されていたが、2010 年には保険料及びその他収入の合計が 91.2%に減少し、替わって 2000 年時点ではなかった連邦補助が 8.8%を占めている。これは、2004 年の公的医療保険近代化法（GMG）に基づき、母性援助や子の病気時の傷病手当金などが医療保険になじまないものとして連邦政府補助金（税財源）によって賄われることになり、続いて 2007 年の公的医療保険競争強化法に基づき補助額が段階的に拡大されたことによるものである。

その結果、連邦補助が公的医療保険の収入に占める割合は、2010 年では 8.8%に達しており、これまで保険料収入を基本としてきたドイツの公的医療保険の財源構成において、近年では、税財源が重要な役割を果たしつつあることがうかがえる。

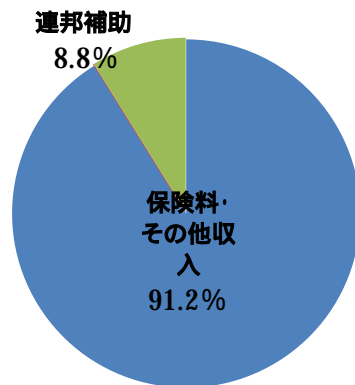
図表 37 公的医療保険の財源構成の変化

2000 年



保険料	97.2%
その他収入 (連邦補助除く)	2.8%
連邦補助	0%

2010 年



保険料 その他収入 (連邦補助除く)	91.2%
連邦補助	8.8%

）保険料財源（雇用者保険料、被用者保険料）

2008年の保険料収入は1,559億€で、公的医療保険の収入全体に占める割合は95.9%となっている。

被用者の場合、保険料率は雇用者負担分が7.3%、被用者負担分8.2%（傷病手当請求権のない被保険者の場合は雇用者負担分7.0%、被用者負担分7.9%）となっていることから、単純計算では保険料のうち半数を上回る約53%（雇用者負担分：被用者負担分=7.3：8.2=約47：約53）を被用者が負担している計算になる。

被用者保険における被用者負担と雇用者負担の関係の推移をみると、従来は保険料の負担は労使折半とされていたが、2003年の公的医療保険近代化法による改革において、傷病手当金の雇用者負担が削除されることとなり、傷病手当金に要する0.9%分は被用者が単独で負担することとなった。従ってこの時点で、労使折半の原則が崩れたとみることができる。

公的医療保険の加入者の保険料を算定するための保険料率は、従来、疾病金庫により異なっていたが、2007年の公的医療保険競争強化法により全国で統一され、疾病金庫に支払われる保険料は、統一保険料率に基づき算定される保険料と、疾病金庫ごとに異なる付加保険料により構成されている。

統一保険料に基づき算定される保険料の保険料率は、2011年現在で15.5%（うち雇用者負担分7.3%、被用者負担分8.2%、ただし、ここには被用者単独負担分0.9%⁴を含む）である。この各疾病金庫で集められた保険料は、2009年1月1日より、政府が運営する医療基金⁵に集められ、各疾病金庫に対して、年齢、性別、健康リスクに応じて資金が分配され、各疾病金庫はその資金の中から被保険者が利用した医療サービスに対する費用を医療機関に支払うこととなる。

定率の保険料率だけでは運営費用が賄えない場合、被用者が負担する付加保険料により必要な費用が賄われることとなっている⁶。

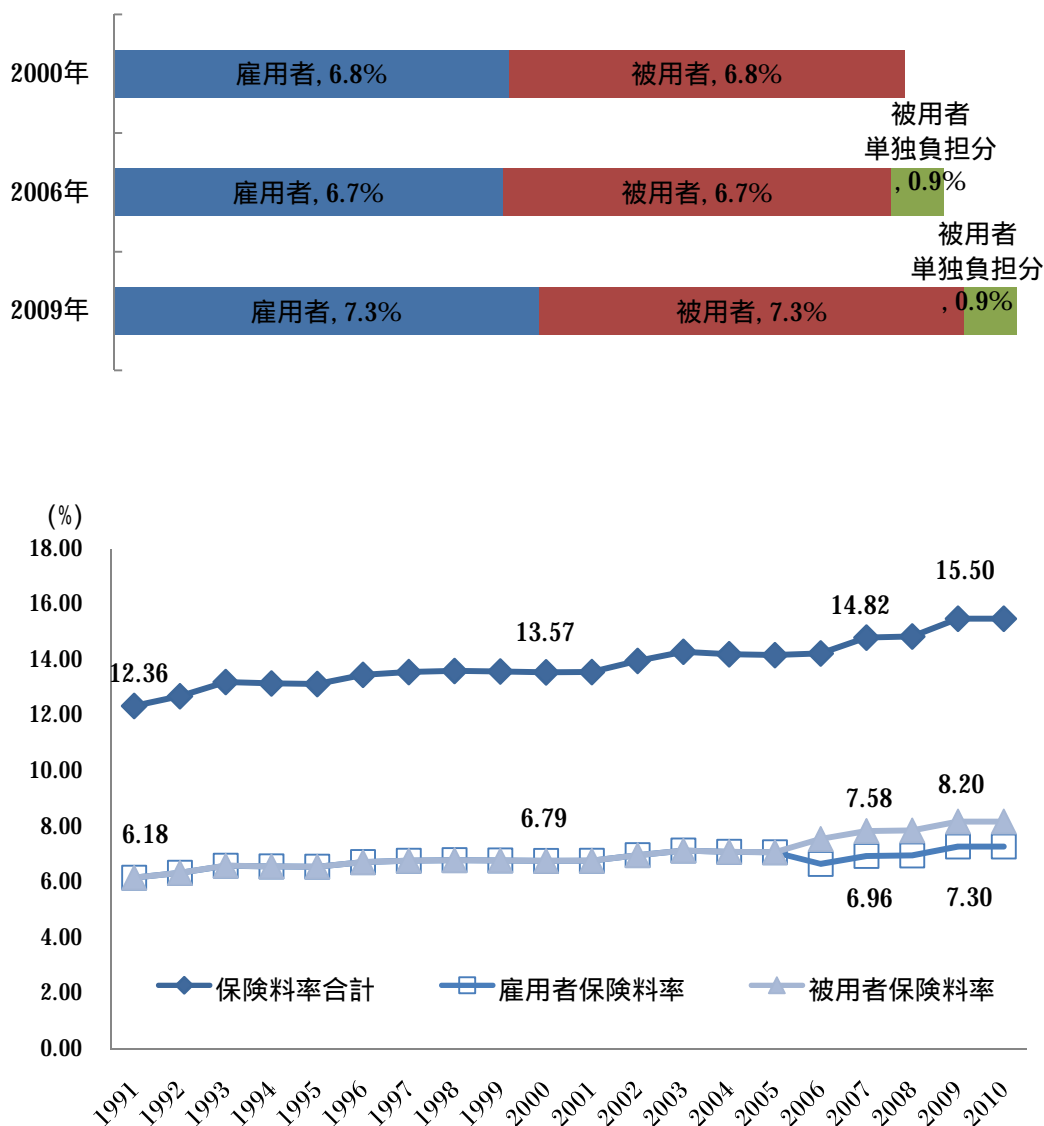
⁴ 傷病手当金だけではなく歯科材料の保険適用部分も含まれる。

⁵ 医療基金は、疾病金庫が徴収した医療保険料と連邦補助金を一括して管理し、疾病金庫間のリスク格差について新たな財源調整をした上で、各疾病金庫に対して事業活動に必要な資金を配分する

⁶ このように、雇用者負担の保険料率を固定し、不足分は被保険者からの付加保険料により賄うことについて、連邦保健省に対するヒアリング（財団法人医療保険業務研究協会委託事業/みずほ情報総研（株）「諸外国の審査支払機関等に関する調査研究 ドイツ報告書」（2011年9月）における連邦保健省へのヒアリング（2011年5月））によれば、2つの目的があるとされている。1つ目は、疾病金庫間の競争を促すことである。付加保険料を徴収せずに運営できるよう、疾病金庫の経営努力を促すことが意図されている。2つ目は、経済政策的な理由である。従来、企業側は保険料を労使折半で負担していたが、保険料率を固定することにより、賃金に付随する人件費の増加に歯止めをかけ、ひいてはドイツの経済力の強化につなげていくという意図があるとされている。

このように、ドイツにおける被用者負担と雇用者負担の関係をみると、労使折半の形態をとりつつも、傷病手当に係る被用者単独負担分の導入、付加保険料の仕組みの導入にみられるように、雇用者側の負担の増大を抑え、被用者側の負担を増加する傾向があることがうかがえる。

図表 38 保険料率の推移



雇用者、被用者の保険料率は、公的医療保険合計の保険料率を折半することにより独自に算出している。2006年～2008年にかけては、公的医療保険合計の保険料率(被用者単独負担分の0.9%を含まない)を折半し、被用者の保険料率についてはその値に0.9%を加えることで算出している。

出典：医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2009年版】」(2008年3月)のデータを基に作成。

)税財源

ドイツの公的医療保険の財源は、従来、保険料収入によって賄われるのが基本とされ、いくつかの例外はあるが、連邦政府や州政府等からの補助は原則として行われてこなかった。ただし、農業疾病金庫においては、農業経営から引退した農民の保険料及び患者の一部負担に対して、政府補助金（税財源）が支出されている⁷。また、社会扶助、失業給付の受給者の医療保険料および患者一部負担も、医療保険以外の財源から賄われている。この他、ドイツにおいては、病院建設等の資本コストは州政府が負担、運営コストは保険料により負担するという二元的な財政調達システムがとられており、資本コストについては州政府が保険料とは別枠で負担している。

2004年の公的医療保険近代化法（GMG）で、母性援助や子の病気時の傷病手当金などが医療保険になじまないものとして連邦政府補助金（税財源）によって賄われることになり、続いて2007年の公的医療保険競争強化法により、この補助の段階的な拡大が行われることとなっている。この財源調達について、連邦政府はたばこ税の引上げで対応することとし、2004年及び2005年にたばこ税が引き上げられた⁸。

保険になじまない給付に対する連邦補助は、2005年の25億€から拡大され、2010年では155億€、公的医療保険の収入に占める割合は8.8%となる見込みである（図表39）。

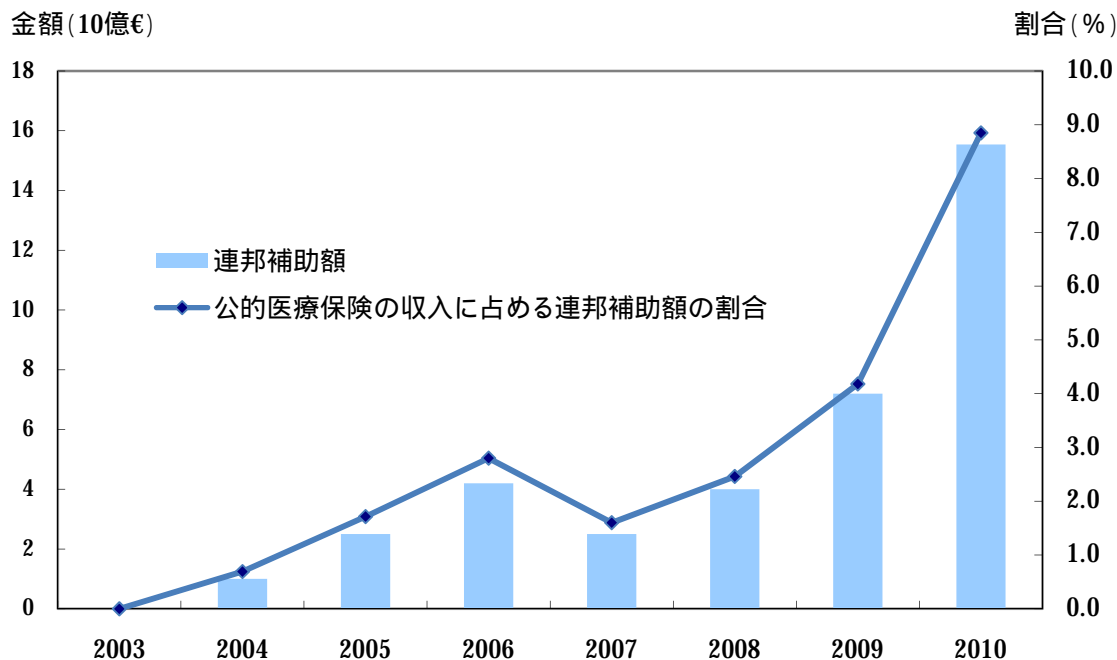
⁷ 農業疾病金庫に加入している年金受給者の給付支出のための連邦資金（ただし、現役の本人被保険者の保険料及び連帯保険料によってカバーできない場合）として、2010年予算では約12億5,000万€が予定されている（連邦食料・農業・消費者保護省）。

http://www.bmelv.de/SharedDocs/Standardartikel/Landwirtschaft/Agrar-Sozialpolitik/Krankenversicherung/FAQzumGKV-WSG2.html;jsessionid=0CB811741FFA5C764F78EC80B43D5734.2_cid229#2

⁸ 連邦財務省月間報告（2006年2月）（Monatsbericht des BMF - Februar 2006）

「2005年連邦予算の決算 実値報告」（"Abschluss des Bundeshaushalts 2005 - Ist-Bericht"）

図表 39 公的医療保険における連邦補助額及び収入に占める割合の推移



年	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
金額 (10億€)	-	1.00	2.50	4.20	2.50	4.00	7.20	15.54
割合 (%)	-	0.7	1.7	2.8	1.6	2.5	4.2	8.8

出典：共同連邦委員会ホームページ

http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_106/3/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_132/D.747/34420

なお、連邦補助額は、2010年以降、140億€に達するまで毎年14億€ずつ引き上げられることとされていた⁹が、実際には2010年時点で目標額である140億€を上回る155億€を達成している。これは、公的医療保険競争強化法に基づく増額に加え、第2次景気対策及び社会保険安定化法による増額が行われていることによるものである¹⁰。

⁹ 医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2009年版】」(2008年3月) p. 152

¹⁰ 代替疾病金庫連合会(vdek)資料

http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_106/3/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_132/D.747/34420

ウ.自己負担

ドイツの公的医療保険においては、患者は外来診療、入院診療、薬剤、医療材料等について、定率又は定額の一部負担を払うこととなっている¹¹(図表 40)。

2010年の患者一部負担総額は50億€で、患者一部負担額を含めた公的医療保険の収入に占める割合は、約3%となっており、我が国の国民医療費に占める患者負担の割合(2009年度で13.9%)と比べ、低い水準となっている。

一部負担額の内訳を見ると、薬局からの医薬品・包帯類・補助具及びその他の医薬品・包帯類が33.6%と最も多くを占め、医師の治療(外来の診察料)が30.9%、病院治療(入院に係る一部負担)が13.6%と続く。

近年の推移を見ると、2006年に54億€だった一部負担額は、2008年まで減少を続け48億€となった後、2010年には再び増加し50億€となっている。

この間、2007年から2008年にかけて対前年比で約9%減少しているが、これは薬局の医薬品等に係る一部負担額が対前年比で約18%減少していることの影響が大きい。医薬品等に係る一部負担額の減少は、公的医療保険競争強化法による2007年改革により、医薬品の安全性及び経済性向上に関する措置(医薬品の費用対効果の評価、償還価格の上限設定、医薬品の値引きの拡大、高コストかつ高リスク医薬品の処方にかかる他の専門医のセカンドオピニオンの導入、低価格薬剤の使用促進)¹²がとられたことが影響しているものと推察される。

一部負担の水準を、1994～1996年と2004年以降で比較すると(図表 42)、入院については、1日当たり6.1€から10€に上昇しており、外来診療においては、2004年から診療料が創設されている。薬剤については、1994～1996年の時点では大包装については3.6€となっていたが、2004年以降は薬剤交付価格の10%(最低5€)となっており、一部負担額が上昇している。この間、社会民主党を中心とした連立政権への政権交代に伴い1999年から施行された公的医療保険連帯強化法に基づき薬剤一部負担の引下げがなされるなど、一部負担の引下げが行われた時期もあるが、中長期的みると、一部負担額を上昇させる方向にシフトしつつあると考えられる。

¹¹ なお、一部負担額には限度額が設けられており、一般患者の場合は年間実質所得の2%、慢性疾患患者の場合は同1%が負担限度額となっている。

¹² 詳細については、医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2009年版】」(2008年3月) pp. 150-151など。

図表 40 公的医療保険における患者一部負担一覧

疾病金庫の給付項目	自己負担額	例外規定	備考
診察	四半期(1月を起点とする3カ月単位)毎に10.00€(各四半期の最初の診察時に支払う)。	紹介状のある場合、診察料を支払った開業医(1)から別の開業医への紹介状を受けて同一四半期中に2番目以降の開業医の診察を受けた場合、さらに診察にかかる一部負担を課せられることはない。	「四半期毎に10.00€」の意味するところ:同一四半期中に限って何回受診しても、また紹介状の交付があれば、複数の医師に受診しても計10.00€を上回る自己負担は発生しない。
薬剤	交付価格の10%、ただし、下限負担額5.00€、上限負担額10.00€である。なお、製品の交付価格を上回る一部負担は要しない。	2006年5月から交付価格が参照価格の30%以下の薬剤については一部負担が免除されている(対象薬剤については、連邦保健省や疾病金庫のサイトで確認することができる)。	例:薬剤交付価格が10.00€の場合、下限負担額の5.00€、同価格が75.00€の場合、その10%である7.50€、また、価格が150.00€の場合には上限負担額の10.00€となる。
包帯材料	交付価格の10%。ただし、下限負担額5.00€、上限負担額10.00€である。なお、製品の交付価格の実勢を上回る一部負担は要しない。		
移送(交通)費	入院診療にかかる搬送の際に要した費用の10%であるが、下限負担額5.00€、上限負担額10.00€である。外来受診の場合にあつては、2004年公的医療保険近代化法(GMG)に基づき、基本的に法定給付リストから除外された。	医学的に特別な事情が存し、かつ加入している疾病金庫が当該事情を認め、給付承認の証明書を発行した場合に限り、外来受診時についても対象。受診時につき片道単位で一部負担が発生する。	こども(18歳未満)にも一部負担が適用される。
各種療法(マッサージや療養体操など)	要した費用の10%及び処方箋ごとに10.00€を合算した額となる。なお、在宅看護の場合の一部負担は暦年28日限度とされる。		例:1枚の処方箋にマッサージの処方がある場合には、当該処方箋にかかる10.00€及びマッサージにかかる費用の10%を加算した額となる。
治療補助具(帯具、ガーゼ、補填材、トロンボーズ予防圧迫治療材など)	製品ごとに価格の10%(例、補聴器、車椅子など)。ただし、下限負担額5.00€、上限負担額10.00€である。なお、製品の交付価格を上回る一部負担は発生しない。	一定の目的に沿って消費される補助手段(失禁用おむつ等)の場合は製品の消費単位毎に価格の10%。暦月上限負担額は10.00€である。	
入院治療	日額10.00€(ただし、年28日限度)。		現在、2007年におけるドイツの平均在院日数は8.3日(全病院の計)である。
入院による予防措置及びリハビリテーション	日額10.00€。ただし、治療療養に接続する措置等の場合は同額で、28日限度。		
母親及び父親のための医学的リハビリテーション(母親温泉クア療法=母性保護)	日額10.00€。		
家政援助及びソシオセラピー	暦日ごとに日額費用の10%。ただし、下限負担額は5.00€、上限負担額は10.00€である。		

1: 保険開業医、保険開業歯科医を指す。

出典: 医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2009年版】」(平成22年3月)

図表 41 患者一部負担額の推移

単位：百万€

給付分野	年					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
自己負担合計	5,445	5,336	4,830	4,872	4,846	5,009
外来治療	1,620	1,556	1,526	1,521	1,502	1,547
歯科医師の治療	384	375	372	403	375	382
薬局からの医薬品・包帯類・補助具 及びその他からの医薬品・包帯類	2,125	2,006	1,642	1,663	1,650	1,683
治療具及び補助具、その他の療法 士による治療	518	514	522	545	544	562
病院治療	654	736	619	583	596	681
移送費	66	56	58	61	62	62
外来の予防給付、入院での予防、 リハ、母・父親への医療給付	46	61	56	60	68	53
避妊、不妊手術、妊娠中絶	4	3	3	3	4	4
補完給付のリハ	4	5	5	7	8	6
治療看護/在宅看護	23	26	26	27	38	31

出典：連邦保健報告機関（Gesundheitsberichterstattung des Bundes）ホームページ「公的 disease 金庫における世帯の自己負担」

http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=53356478&nummer=664&p_sprache=D&p_inds p=-&p_aid=87314697

図表 42 一部負担水準の変遷

	1994～1996 年	1997 年前半	1997 年後半	1998 年	1999 年	2000～2001 年	2002～2003 年	2004～
外来(€)	0	0	0	0	0	0	0	10 ¹³
薬剤(€)								5-10 ¹⁴
小包装	1.5	2	4.6	4.6	4.1	4.1	4.0	
中包装	2.6	3.1	5.6	5.6	4.6	4.6	4.5	
大包装	3.6	4.1	6.6	6.6	5.1	5.1	5.0	
移送費								
治療・救急	10.2	10.2	12.8	12.8	12.8	12.8	13	5-10 ¹⁵
外来	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
入院費 (1日当り、€)	6.1	6.1	8.7	8.7	8.7	8.7	9.0	10 ¹⁶
クア療法及び入院 を伴わないリハビリ (1日当り、€)	6.1	12.8	12.8	12.8	12.8	8.7	9.0	10

出典：Busse et al, Cost-sharing in the German Health Care System より一部抜粋・改編。

¹³ 四半期毎に初回受診時に10€。

¹⁴ 交付価格の10%。下限5€、上限10€。

¹⁵ 10%。下限5€、上限10€。

¹⁶ 上限28日。

**図表 43 ドイツの公的医療保険における自己負担・公費負担に関する
制度改正の経緯**

年	法律	主な内容
1989年1月	医療保健改革法（GRG）施行（成立は1988年12月）	<ul style="list-style-type: none"> ・定額給付制の導入 ・患者一部負担の拡大（薬剤、補助具、入院療養、療法、交通費） ・歯科補綴の給付率の引下げ
1993年1月	医療保障構造法施行（施行は1993年1月から順次、成立は1992年12月）	<ul style="list-style-type: none"> ・保険医の供給過剰地域における開業制限基準の強化 ・診療報酬総額の予算制導入
1997年7月	第一次医療保険再編法施行（成立は1996年11月） 第二次医療保険再編法施行（成立は1997年6月）	<ul style="list-style-type: none"> ・患者一部負担上限の引下げ ・患者負担の引上げ（薬剤、入院療養、療法、交通費）
1998年9月	社会民主党と同盟 90 / 緑の党による連立政権が発足(首相:社会民主党・シュレーダー)	
1999年1月	公的医療保険連帯強化法施行（成立は1998年11月）	<ul style="list-style-type: none"> ・患者負担の引下げ（薬剤） ・歯科補綴給付の復活
2000年	医療保険改革 2000 施行(成立は1999年12月)	<ul style="list-style-type: none"> ・保険医数の制限 ・2003年からの DRG 導入 ・リハビリテーション、施設クア療法に係る一部負担の引下げ
2004年1月	公的医療保険近代化法（GMG）施行（成立は2003年9月）	<ul style="list-style-type: none"> ・患者負担の引上げ（外来診療における「診察料」の創設、入院患者負担の引上げ、医薬品等における定率負担の導入等） ・保険になじまない給付に対する連邦補助の導入
2005年11月	キリスト教民主同盟 / キリスト教社会同盟と社会民主党による大連立が発足（首相：キリスト教民主同盟・メルケル）	
2006年5月	医薬品供給経済法（成立は2006年4月）	<ul style="list-style-type: none"> ・患者負担の一部引下げ ・ボーナス・マールス・ルールの導入
2007年4月	公的医療保険競争強化法	<ul style="list-style-type: none"> ・医薬品の安全性と経済性の向上に係る（償還価格の上限設定、医薬品の値引き拡大、低価格薬剤の使用促進等） ・連邦補助の拡大
2009年10月	キリスト教民主同盟 / キリスト教社会同盟と自由民主党による保守連立政権が発足（首相：キリスト教民主同盟・メルケル）	

出典：医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2009年版】」（2010年3月）、田中謙一「ドイツの医薬品供給」（2008年）、田中謙一「ドイツにおけるジェネリック医薬品の供給」（2011年）を基に作成。

(レイアウト上の白ページ)

(2) フランスの医療費負担構造

フランスにおける医療費に関する統計

ア. 医療費、医療財源に関する統計

フランスの医療費と医療財源の構造をより詳細に考察してみるため、以下では、医療費については、「国民医療会計」(Comptes nationaux de la santé)による「医療・医療財」(CSBM: Consommation de Soins et de Biens Médicaux)を、医療財源については、「社会保障会計委員会(CCSS: Commission des comptes de la Sécurité sociale)報告」による「一般制度会計」(les comptes du régime général)の「医療保険」(CNAM)・「疾病部門」(maladie)の収入を使用した。

イ. 医療・医療財と総保健医療支出との比較

「医療・医療財」は、医療サービス(病院、開業医、移送費)と医療財(薬剤費、その他医療財)にかかる支出であり、我が国の国民医療費の範囲にやや近いが、高齢者の在宅医療や施設における高齢者及び障害者の医療サービス等の「長期医療」は含まれていない。

2009年の総保健医療支出と医療・医療財を比較すると、総保健医療支出:2,247億€に対して、医療・医療財:1,710億€となっており、その差は537億€である。また、医療・医療財に「長期医療」・「傷病手当金」・「予防費」・「医療システム関連費(研究・教育費等)」・「管理費」を加えた『総医療支出』(DCS: Dépense Courante de Santé)は2,288億€となっている。

< 一般制度・医療保険-疾病部門(CNAM-maladie)の収入項目 >

財源の種類・構成については、国民の約80%以上が加入する一般制度・医療保険金庫「疾病」部門(CNAM-maladie)の『収入』の数値を使用した。一般制度のほかに、自営業者制度、農業従事者制度、国家公務員等の特別制度があるが、これらについては本稿では対象としていない。

また収入の項目は、主に保険料と公費の種類・内訳を把握する目的から、ここでは便宜上、被用者保険料、雇用者保険料、その他保険料負担、一般社会拠出金(CSG)、その他目的税、財政移転、その他公的拠出、その他の収入の7項目に整理した。

図表 44 総保健医療支出と医療・医療財、総医療支出の範囲

総保健医療支出

(金額:10 億€)

診療・リハビリテーション	116.12
入院診療・リハビリ	65.34
日帰り診療・リハビリ	12.66
外来診療・リハビリ	38.11
在宅診療・リハビリ	
長期医療	25.23
長期医療施設	18.46
長期医療通所	
在宅での長期医療	6.78
医療補助	11.40
臨床検査	4.46
画像診断	3.35
患者搬送、救急	3.59
外来患者への医療財	45.86
医薬品、その他医療財	36.16
医療機器、その他医療財	9.69
予防、公衆衛生	4.82
母子保健	0.72
学校保健	0.31
感染症予防	0.35
非感染症予防	0.91
産業保健	1.47
その他の公衆衛生	1.07
保健医療管理業務	15.30
政府による一般保健管理	9.46
保健医療管理、医療保険	5.84
分類されないもの	
保健医療提供機関の資本形成	5.96
総保健医療支出	224.70

医療・医療財

総医療支出

(金額:10 億€)

病院医療	79.12
公的セクター病院	60.26
民間セクター病院	18.86
開業医療	43.19
医師	18.53
パラメディカル	10.44
歯科医師	9.72
検査	4.19
温泉療法	0.32
患者移送費	3.60
薬剤費	34.08
その他医療財	10.98
医療・医療財合計	170.96

+

長期医療	16.62
高齢者在宅医療(SSAD)	1.31
施設での高齢者への医療	7.27
施設での障害者への医療	8.03
傷病手当金	11.94
予防費用	6.47
個人予防	3.44
集団予防	3.03
医療システム関連費用	11.45
医療システム助成	2.23
医学・薬学研究費	7.44
教育研修費	1.78
管理費	15.49
二重計上:薬学研究	-4.16
小計:	57.81
総医療支出合計	228.77

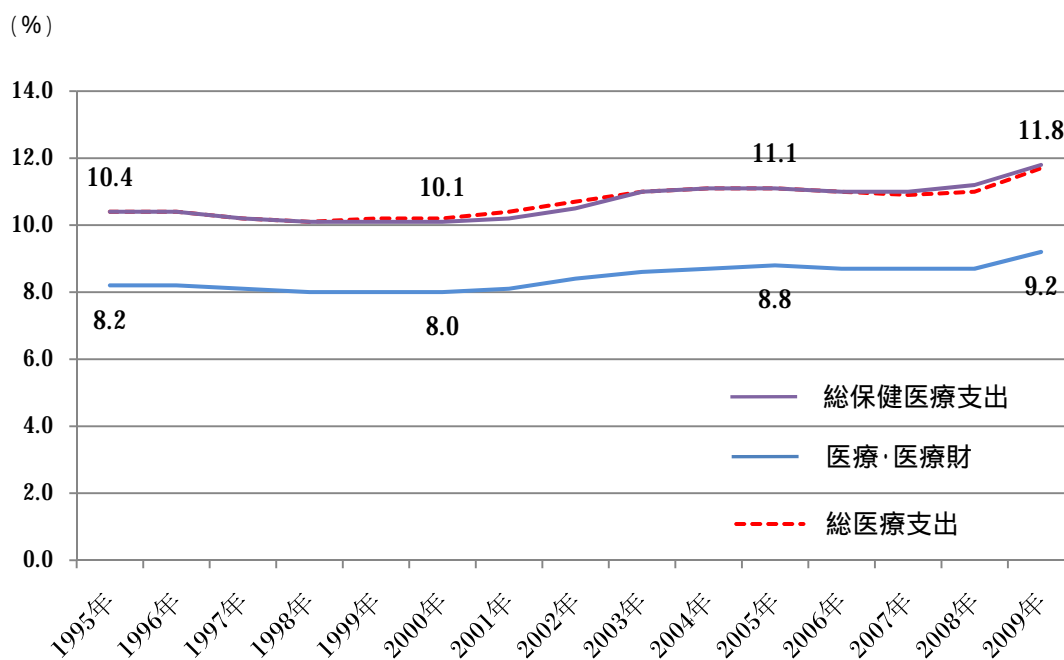
総保健医療支出と医療・医療財の推移(対 GDP 比)

GDP に占める総保健医療支出と医療・医療財の推移をみると、1995 年～2000 年まではやや減少傾向にあったが、2000 年以降、増加傾向にあり、2009 年では、総医療支出:11.8%、医療・医療財:9.2%となっており、2000 年に比べ、それぞれ 1.7 ポイント、1.2 ポイント上昇している。

GDP と医療・医療財の対前年伸び率の推移を比較してみると、2000 年～2004 年では医療・医療財の伸び率が GDP を大きく上回って推移しており、特に 2001 年～2003 年では、GDP 平均 3.4%に対して、医療・医療財は平均 6.2%の伸び率を示している。

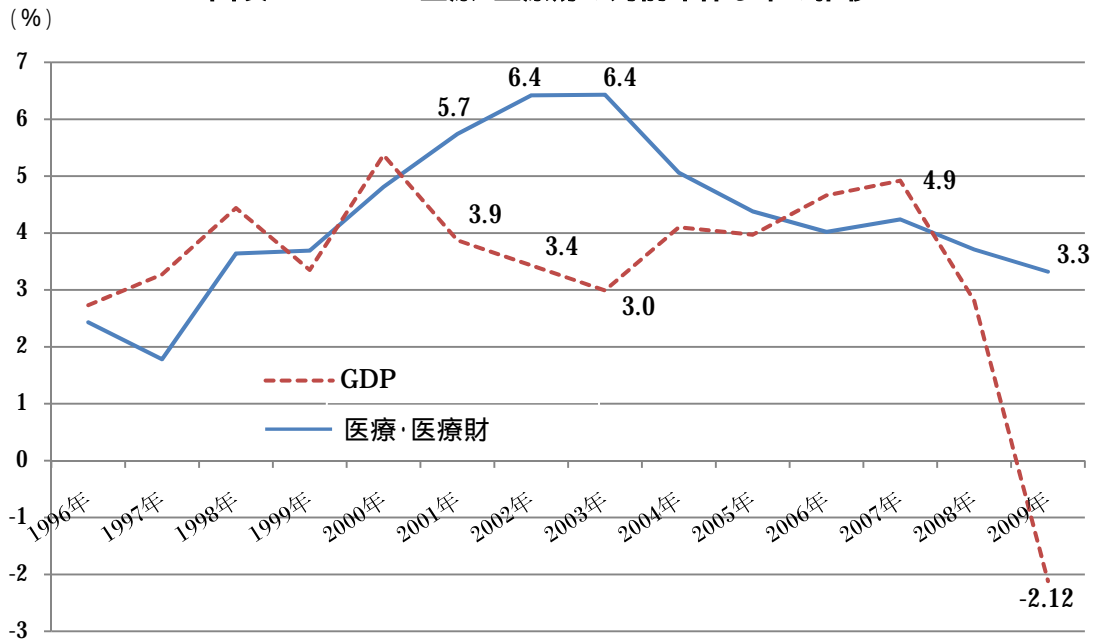
2004 年以降、医療・医療財の伸び率は低下しているが、これは、「2004 年 8 月 13 日の医療保険に関する法律」(以下、2004 年法)により、患者負担の引上げ等を中心とした医療支出抑制策が実施された影響によるものと考えられる。

図表 45 総保健医療支出と医療・医療財の推移(対 GDP 比)



出典：IRDES, Eco-santé France 2012 を基に作成。

図表 46 GDP と医療・医療財の対前年伸び率の推移



出典：IRDES, Eco-santé France 2012.

医療・医療財の負担構造

ア.財源主体別にみた医療・医療財の最近の推移

2010年の医療・医療財は1,750億€となっており、財源主体別内訳は、「医療保険」:1,327億€(75.8%)、「国・地方・基金」:22億€(1.2%)、「補足組織」:237億€(13.5%)、「家計」:164億€(9.4%)である。

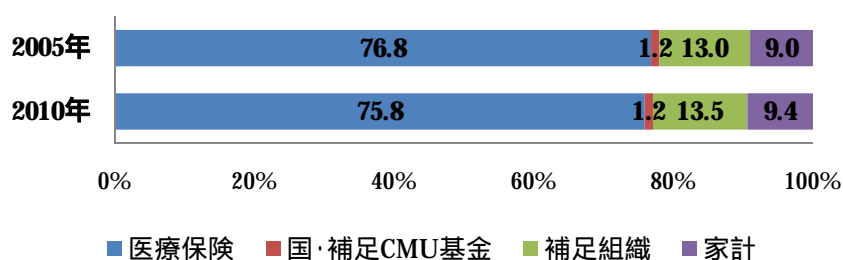
財源主体別構成割合を2005年～2010年間で比較してみると、ここ5年間の傾向として、「医療保険」の負担割合が減少し、2005年に比べ2010年には1ポイント減少する一方で、「家計」が2007年には9.7%と0.3ポイント上昇したほか、「補足組織」は2010年には13.5%と0.5ポイント上昇しているなど、公的部門(公的医療保険)から民間部門(家計、補足組織)へのコストシフトの動きがみられる。

図表 47 財源主体別医療・医療財の推移 (金額:100万€ / カッコ内:%)

年	公的(publics)		民間(privés)				医療・医療財合計	(参考) 総医療支出合計
	医療保険	国、地方、補足CMU基金	共済組織	保険会社	労使共済組織	家計		
2005	113,799	1,817	11,255	4,477	3,476	13,292	148,116	196,313
	(76.8)	(1.2)	19,208(13.0)			(9.0)	(100.0)	
2006	117,275	2,008	11,754	4,682	3,552	14,477	153,748	203,929
	(76.3)	(1.3)	19,988(13.0)			(9.4)	(100.0)	
2007	122,370	2,067	12,206	5,027	3,781	14,900	160,352	211,867
	(76.3)	(1.3)	21,014(13.1)			(9.3)	(100.0)	
2008	12,515	2,039	12,603	5,517	3,961	16,077	165,710	220,233
	(75.7)	(1.2)	22,081(13.3)			(9.7)	(100.0)	
2009	129,622	2,096	12,933	5,837	4,114	16,354	170,956	228,769
	(75.8)	(1.2)	22,884(13.4)			(9.6)	(100.0)	
2010	132,710	2,164	13,153	6,244	4,291	16,406	174,968	234,059
	(75.8)	(1.2)	23,688(13.5)			(9.4)	(100.0)	

出典：DREES Comptes nationaux de la santé 2010:Tableaux Détaillés,pp278-283 を基に作成。

図表 48 医療・医療財の財源主体別構成割合:2005年と2010年の比較



出典：DREES Comptes nationaux de la santé 2010

イ.医療保険(CNAM-maladie)の財源(収入)構成

2010年の医療保険(CNAM-maladie)の財源構成割合は、保険料:42.9%、税:39.9%(一般社会拠出金(CSG)30.3%を含む¹⁷)、その他16.8%となっており、保険料と税の割合がほぼ同水準となっている。

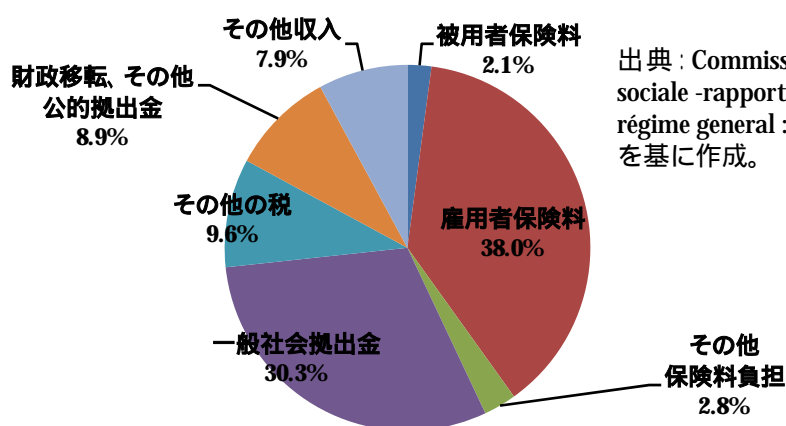
保険料の内訳は、被用者保険料:2.1%、雇用者保険料:38.0%となっており、雇用者保険料の割合が圧倒的に高くなっている。1990年代以降、社会保障財源の租税代替化(fiscalization)を図るなかで、96年の社会保障改革・ジュペ・プランにより、医療保険財源として、被用者保険料に代わる目的税「一般社会拠出金」(CSG: Contribution sociale généralisée)が導入されたことによるものである。

税の内訳は、被用者保険料の代替となっている一般社会拠出金が30.3%を占め、雇用者保険料に次ぐ主要な財源となっているといえる。また、その他の税(目的税)が9.6%を占めている。

図表 49 医療保険(CNAM-maladie)の財源構成

金額:100万€	2010年	(%)
被用者保険料	3,576	2.1
雇用者保険料	64,070	38.0
その他保険料負担	4,928	2.9
一般社会拠出金	51,215	30.3
その他の税(目的税)	16,218	9.6
財政移転、その他公的拠出金	15,517	9.2
その他収入	13,283	7.9
計	168,807	100.0

保険料	42.9%
税	39.9%
一般社会拠出金	30.3%
その他の税	9.6%
その他	16.8%



出典: Commission des comptes de la Sécurité sociale - rapport de juin 2011, p233-Les comptes du régime general: Tableau CNAM-maladie: produits を基に作成。

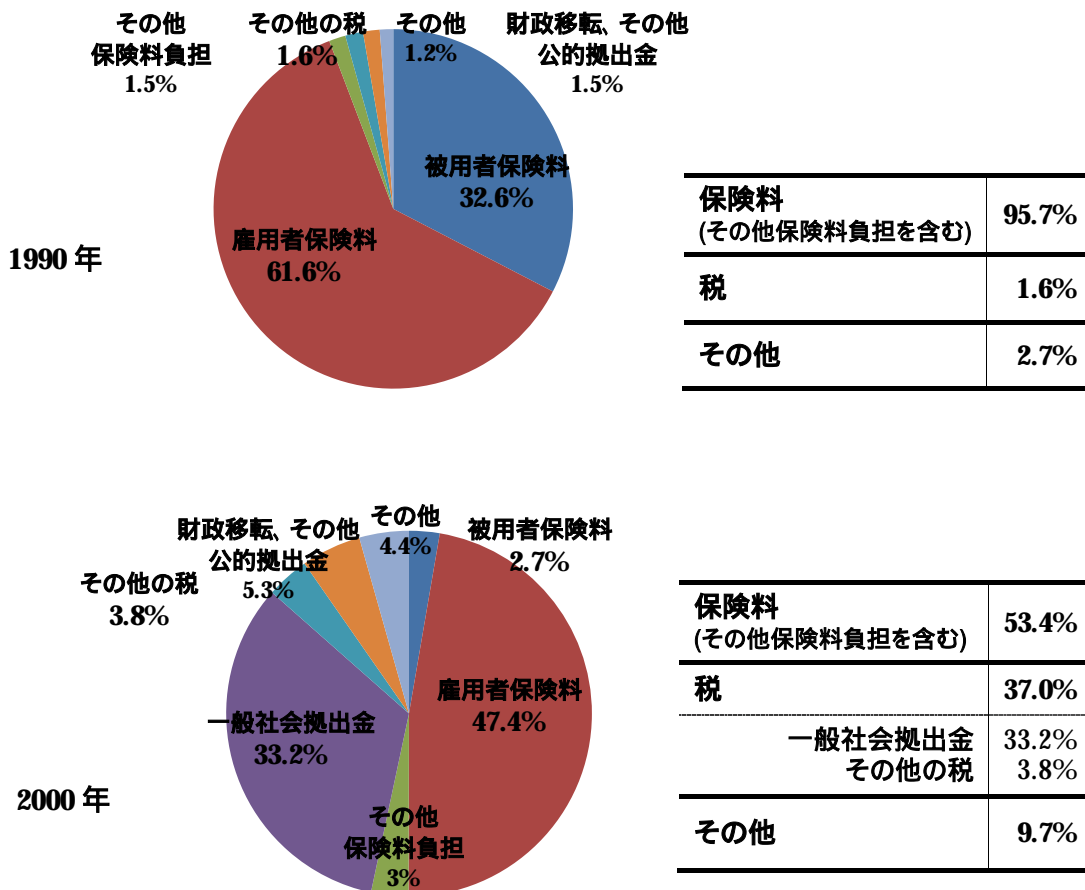
¹⁷ 柴田洋二郎(2011)p10脚注。「法律の合憲性審査機関である憲法院(Conseil constitutionnel)は一般社会拠出金の法的性質は租税と判断している(n°84, pp317 et s)。ただし、一般社会拠出金が租税とされるのはフランス国内においてであり、ヨーロッパレベルでは、まさに社会保障財源に充当されることを理由に一般社会拠出金の法的性質は保険料であると判断されている(CJCE, 15 février 1998, pp10)」。本稿では、フランスにおける社会保障財源の租税代替化(fiscalization)の動きを観察するため一般社会拠出金を「目的税」と位置付けることとした。

< 財源構成の推移・変化 >

1980-1997年までの主要な財源は、雇用者保険料と被用者保険料となっており、財源に占める両者を合わせた保険料の割合は、80年:97%、90年:94%、97年:81%となっている。97年の社会保障改革「ジュペ・プラン」以降、財源構成は大きく変化し、2000年代では一般社会拠出金が雇用者保険料に次ぐ、主力財源となっている。

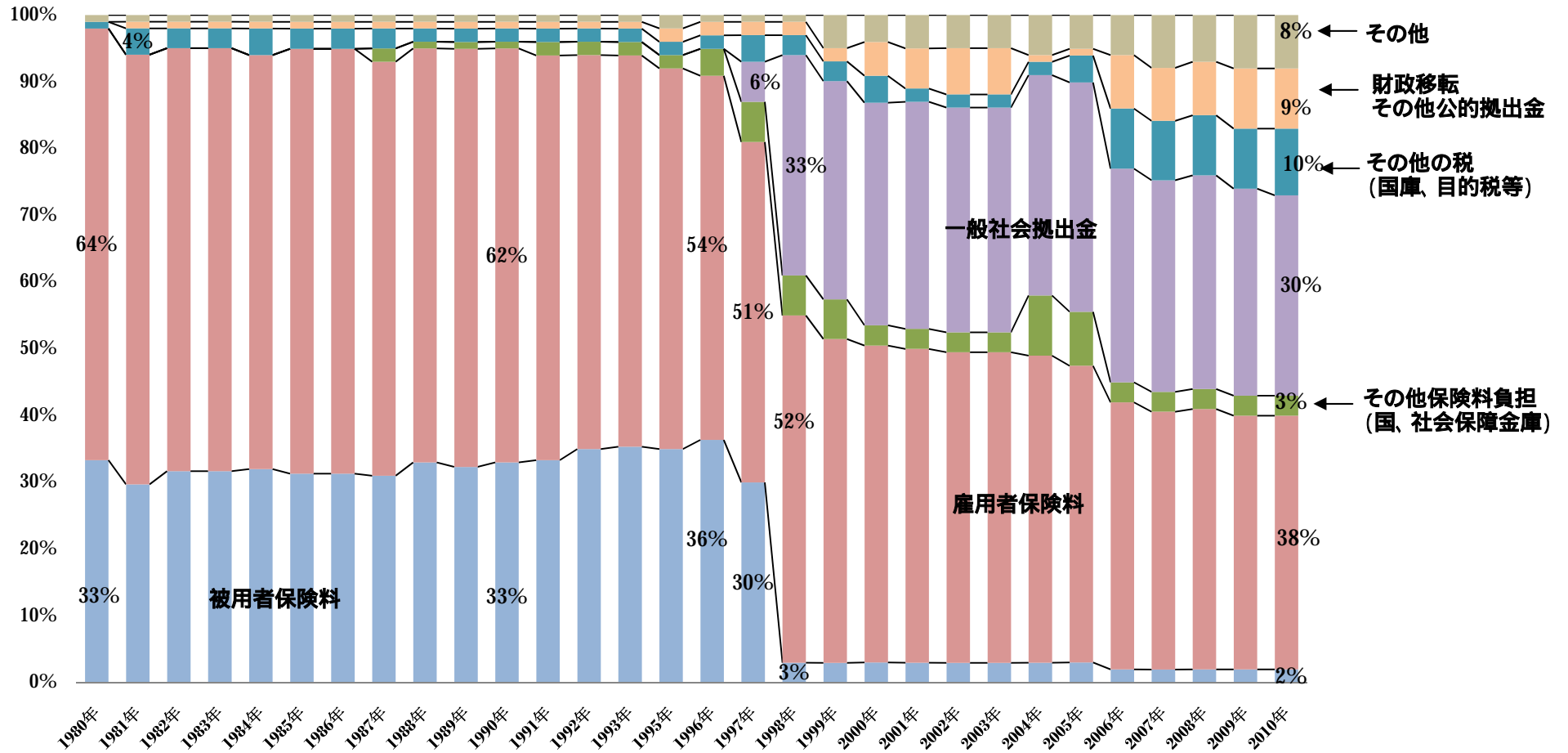
また、1980年～1990年代を通じて極めて限定的な財源となっていた「その他の税」の割合は2000年では3.8%であったが、その後、徐々に大きくなっており、2010年では9.6%となっており、補足財源として重要な位置を占めつつあると考えられる。

図表 50 公的医療保険の財源構成の変化



出典: Commission des comptes de la Sécurité sociale を基に作成。

図表 51 医療保険 (CNAM-maladie) の財源 (収入) 構成割合 (%) の推移: 1980 年 ~ 2010 年



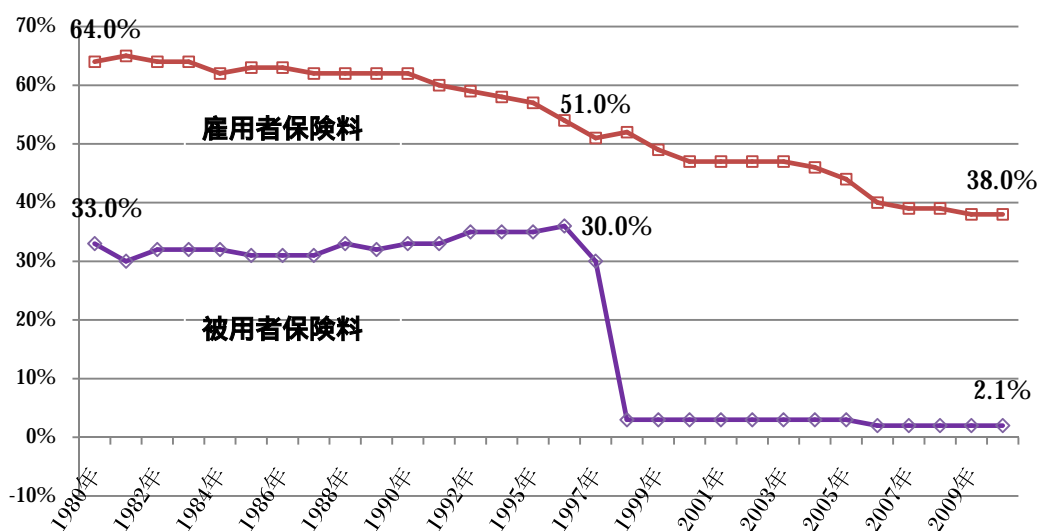
出典：Commission des comptes de la Sécurité sociale (各年), Les comptes du régime général-Tableau, CNAM-maladie 「produits」を基に作成。

）保険料財源（雇用者保険料、被用者保険料）

2010年の保険料収入は総額で約726億€で、収入全体に占める割合は53.4%となっている。このうち雇用者保険料は約641億€で収入全体の38%を占め、また、保険料収入の88%を占めるなど、雇用者保険料の比重が極めて高い。

ただし、収入全体に占める雇用者保険料の割合を経年変化で追ってみると、90年代まで50%を超える割合で推移していたが、2000年代に入るとその割合は徐々に減少し、38%にまで低下していることがわかる。

図表 52 財源に占める保険料財源の割合（推移）

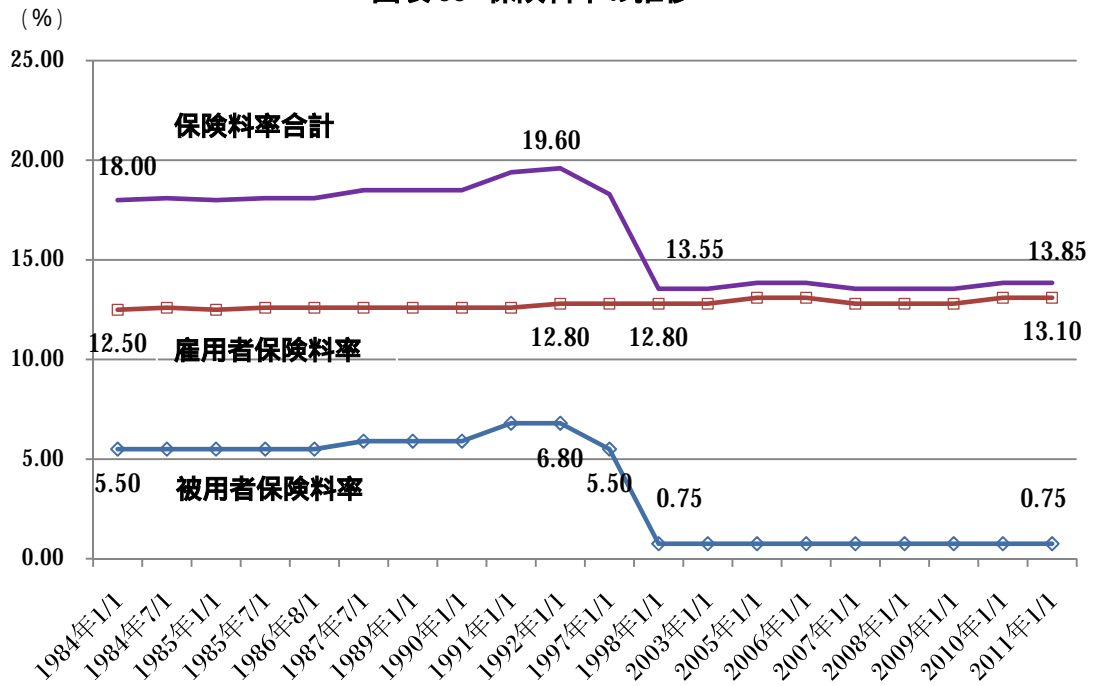


出典：Commission des comptes de la Sécurité sociale（各年）

一方、被用者保険料は約36億€で、全体の2.1%にすぎない。被用者負担の保険料が極めて低い理由は、1998年以降、被用者保険料の用途が「傷病手当金」に限定されているためである。なお、「傷病手当金」には雇用者の保険料負担はない。

この状況を保険料率の推移から確認してみると、雇用者の保険料率は、1984年：12.5%、1992年：12.8%と高い水準にあり、ジュペ・プランによる改革以降もほぼ変わりがなく、2011年では13.1%となっている。一方、被用者の保険料率は、給与所得以外の収入に賦課ベースを広げた「一般社会拠出金」の導入によって、97年：5.5%、98年：0.75%へと引下げが行われ、以降0.75%の料率で推移している。

図表 53 保険料率の推移



出典：医療経済研究機構「フランス医療関連データ集」、Urssaf-http://www.urssaf.fr/profil/employeurs/presse/vos_salaries_-_vos_cotisations/taux_et_montants.pdf を基に作成。

)税財源:目的税

< 目的税の導入 >

税財源の割合の推移をみると、1981年以降2%~4%で推移していたが、2007年には9%、2010年で10%と、近年、その比重が大きくなりつつある。

税財源は国庫負担金のほか、80年代以降、財政基盤の安定化を目的に「租税配当金」(ITAF: impôts et taxes affectés)として、様々な目的税(徴収金)が導入されてきた経緯があり、たとえば、医薬品広告税やたばこ税、アルコール税など多岐にわたっている。このような目的税の導入・制度化は、次のような考え方に基づいている¹⁸。

交通事故、アルコール依存症、ニコチン依存症等のような傷病の潜在的発生原因に着目して責任を強化する観点

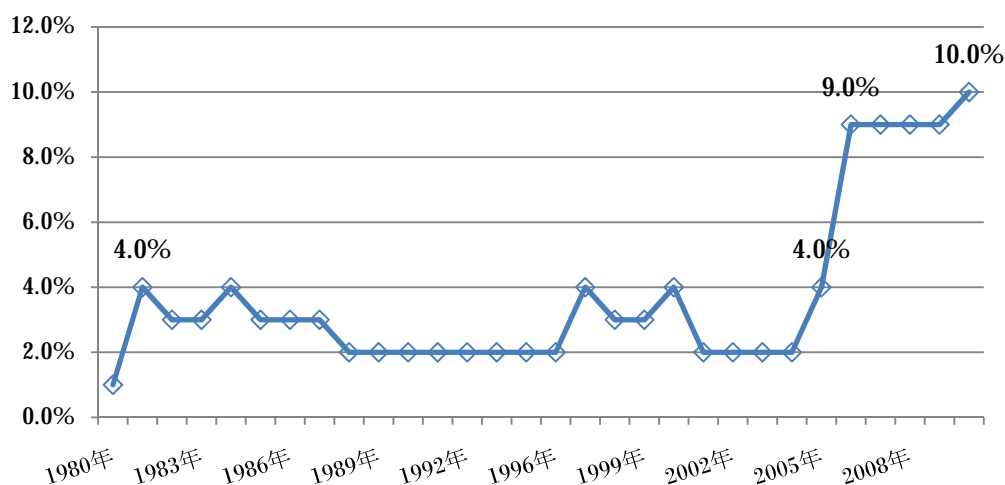
製薬産業のように社会保障から利益を得ている者を社会保障財政に寄与させる観点

なお、ここ最近の租税配当金の内容をみると、2007年では租税配当金：約134億€のうち、タバコ関係：約42億€、給与税¹⁹：約40億€、医薬品関係：約21億€、アルコール飲料関係：約10億€となっている。

¹⁸ 伊奈川秀和(2000), p207を引用。なお、ここで挙げられている「拠出金」の位置付けについては「拠出金という名称であるが、憲法院はすべての性質の租税(憲法第34条)の類型であると判示している」。同p. 211脚注参照。

¹⁹ 給与税(Taxe sur les Salaires)は、原則、付加価値税(TVA)の課税対象となっていない企業(駐在員事務所や団体等)が従業員に支払った給与にのみ適用されるもので、雇用者が支払う。

図表 54 財源に占める税財源の割合(推移)



出典：Commission des comptes de la Sécurité sociale (各年)

図表 55 医療保険に導入されている目的税(徴収金)

	創設時期
医薬品調合企業拠出金(医薬品広告税)	1983年
専門薬品開発企業が負担する拠出金	1997年
アルコール飲料保険料	1983年
アルコール入炭酸飲料等に係る徴収金	1997年
アルコール消費税・ピール特別消費税	
たばこ消費税	(1997年より医療保険に導入)
自動車保険保険料に係る保険料	1967年

出典：伊奈川(2000)、 pp. 207-209 より作成。

図表 56 租税配当金(ITAF)の内訳

金額:100万€	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
租税配当金(ITAF)	12,907	13,360	14,608	15,407	16,218
アルコール、ノン・アルコール飲料	1,097	1,043			
タバコ	4,347	4,182			
自動車保険保険料税	394	394			
企業連帯社会拠出金(CSSS)の追加拠出金	855	910			
給与税	3,822	4,010			
医薬品	2,147	2,087			

出典：Commission des comptes de la Sécurité sociale(2007, 2008, 2009, 2010, 2011) : Les comptes du régime général-Tableau, CNAM-maladie 「produits」を基に作成。ただし、2008年以降、租税配当金(ITAF)の内訳は記載されていない。

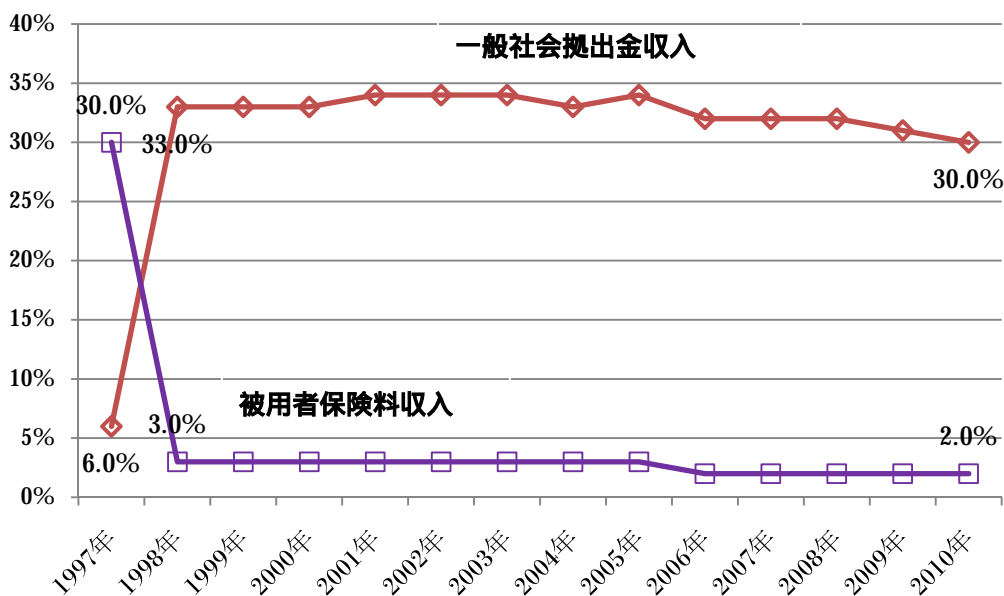
< 一般社会拠出金 >

一般社会拠出金は1991年に創設され、「家族手当」の財源として充当されていたが、1993年に「老齢年金」、さらに1997年から「医療保険」にも充当されることとなった。

一般社会拠出金は、稼働所得および代替所得、資産所得、投資益、賭博益の4類から構成され、それぞれ課税基礎、料率等が異なる。(図表59)。たとえば、稼働所得では、控除前所得の97%が課税対象となり、7.5%の税率が課せられる。このうち、医療保険に充当されるのは、5.29%となっている。

一般社会拠出金導入後の推移をみると、1998年以降、被用者保険料相当分を一般社会拠出金が代替する形で、全体の約30%を占める割合で推移していることがわかる。

図表57 財源に占める一般社会拠出金財源の割合(推移)



出典：Commission des comptes de la Sécurité sociale (各年)

図表 58 一般社会拠出金課税率の推移

	賦課率	配分
1991年財政法	1.1%	家族手当
1993年7月22日法	2.4%	家族手当:1.1% 老齢保険:1.3%
1997年及び1998年社会保障財政法	7.5%	家族手当:1.1% 老齢保険:1.15% 医療保険:5.1%¹⁾ / 3.8%²⁾
2001年社会保障財政法		家族手当:1.1% 老齢保険:1.15% 医療保険:5.25%¹⁾ / 3.95%²⁾
2004年医療保険に関する法律(8月13日法) (2005年1月1日施行)		・労働所得:7.5% (家族手当:1.08%、老齢年金:1.03%、介護:0.1%、 医療保険:5.29%) ・投資所得・資産所得:8.2% (家族手当:1.1%、老齢年金:1.05%、介護:0.1%、 医療保険:5.95%) ・賭博益:9.5% (家族手当:1.1%、老齢年金:1.05%、介護:0.1%、 医療保険:7.25%) ・代替所得:6.2% ³⁾ 、6.6% ⁴⁾ (家族手当:1.1%、老齢年金:1.05%、介護:0.1%、 医療保険:3.95%³⁾、4.35%⁴⁾) 軽減料率は3.8%(医療保険:3.8%)

1) 労働所得、投資所得、資産所得、賭博益、2) 代替所得、3) 失業手当受給者等、4) 年金受給者等
出典：医療経済研究機構「フランス医療関連データ集(2009年版)」(平成22年3月)を基に作成。(元出所は社会保障法典(CSS)L136-8条)

図表 59 一般社会拠出金料率(2011年1月1日)

		課税基礎	料率	医療保険への配分	
稼働所得		控除前所得の97%	7.50%	5.29%	
その他稼働所得		控除前所得の100%	7.50%	5.25%	
代替所得	所得税課税者	控除前年金、失業補償手当金の100% 失業手当の97%	失業手当 失業補償手当	6.2%	3.95%
			退職年金 障害者年金	6.6%	4.35%
	所得税非課税者 かつ 住民税課税者		3.8%	3.8%	
	住民税非課税者		0%		
投資益			8.20%	5.95%	
資産益			8.20%		
賭博益	宝くじの獲得金		投資総額の25.5% に対して6.9%	4.85%	
	カジノの獲得金		純利益の68% に対して9.5%	66%	

出典：Commission des comptes de la Sécurité sociale-septembre 2011, p. 420.

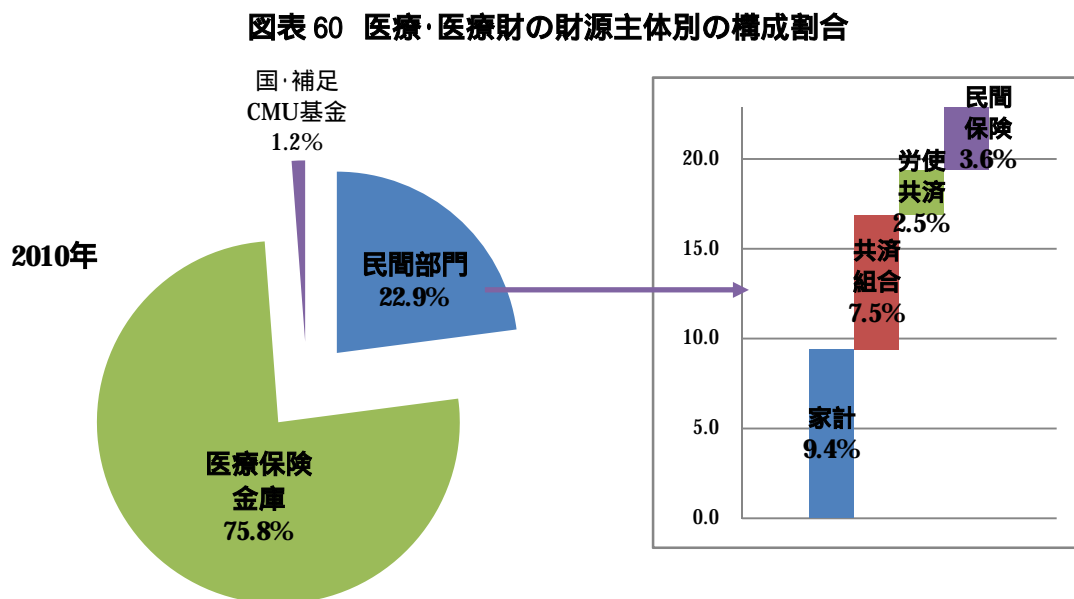
ウ.自己負担(家計負担)

フランスの医療保険制度は、基礎制度と補足制度の2階建ての構成となっており、補足制度は、医療保険金庫による基礎医療給付の上乗せ、すなわち自己負担の補助を行っている。

医療・医療財の財源主体別の構成割合(2010年)をみると、基礎制度の医療保険金庫は75.8%、国・補足CMU基金等が1.2%となっており、残り22.9%が「家計」負担を含めた民間部門の支出となっている。

仮に補足制度がないものとして考えると、単純な見方では、77%を医療保険金庫と国等が負担し、残り23%を「家計」が負担する構図となる。

しかし補足制度の存在によって「家計」の負担割合は10ポイント以上減少する。「民間部門」の財源主体別内訳では、「家計」:9.4%、「共済組合」:7.5%、「労使共済制度」:2.5%、「民間保険」:3.6%と、補足制度によって「家計」の負担は1割以下となっており、基礎給付に追加給付を行う補足制度の役割が大きいことがわかる。

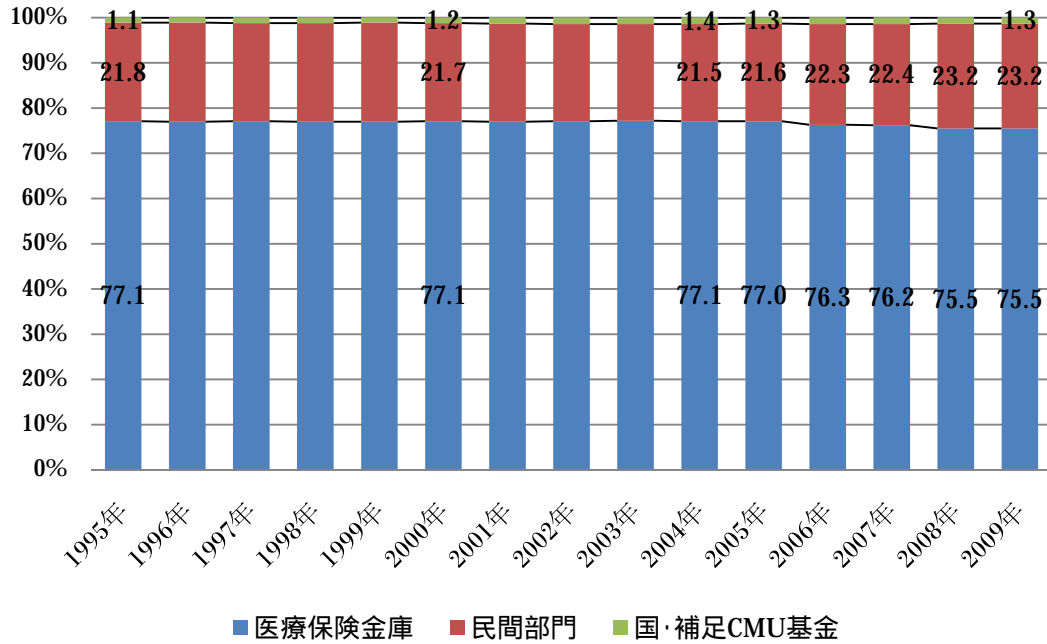


出典：DREES Comptes nationaux de la santé 2010.

また、財源主体別割合(2000年ベース)の推移では、2005年以降、公的制度(医療保険金庫)から民間部門へのコストシフトの傾向がみられる。

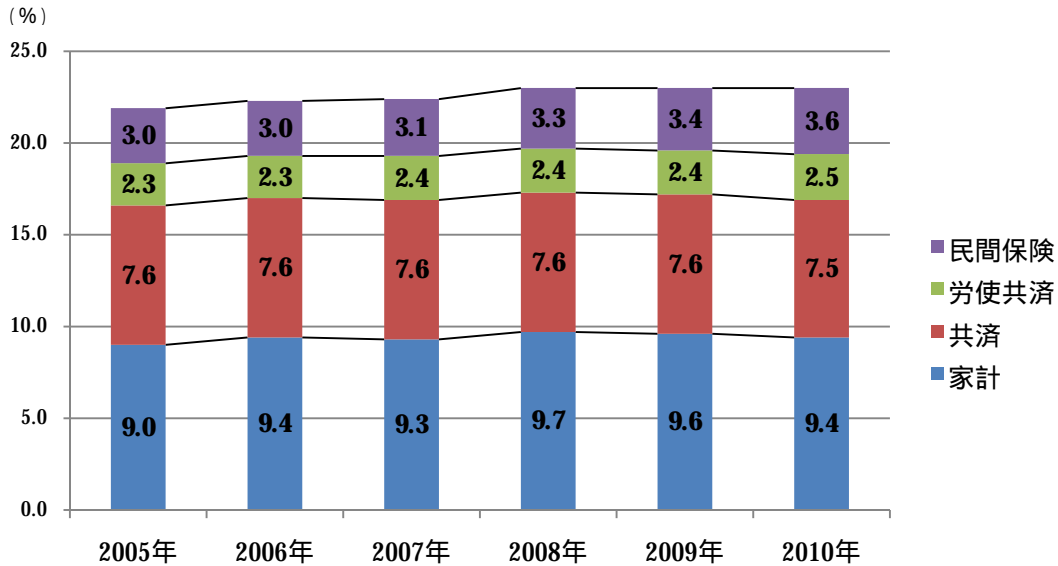
直近2005年～2010年までの民間部門の内訳の推移をみると、負担割合が最も増えたのは「民間保険」であり、2005年:3.0% 2010年:3.6%と0.6ポイント増加し、次いで、「家計」が9.0% 9.4%と0.4ポイントの増加となっている。

図表 61 医療・医療財の財源主体別構成割合の推移(2000年ベース)



出典：IRDES, Eco-santé France 2012.

図表 62 医療・医療財：「民間部門」の財源主体別の構成割合の推移



出典：DREES Comptes nationaux de la santé 2010.

医療支出項目別の財源支出割合から、家計負担の状況を見てみると、その他医療材：21.4%、医薬品(調剤薬局)：16.3%、外来医療：12.7%、病院医療：3.2%、移送費：2.7% となっており、病院医療では医療保険金庫が9割負担しているなど、支出項目別に家計負担の割合がかなり異なっていることがわかる。

なお、高齢者の在宅医療や施設医療については医療保険金庫が全額負担しており、家計負担がない。

図表 63 支出分野別にみた財源負担構成割合(%)：2010年

	医療保険 金庫	国・地方 CMU 基金	補足組織	家計	計
病院医療	90.9	1.1	4.9	3.2	100
外来医療	63.2	1.8	22.3	12.7	100
移送費	92.0	0.8	4.5	2.7	100
調剤薬局(医薬品)	66.2	1.2	16.3	16.3	100
その他医療財	42.1	0.7	35.7	21.4	100
医療・医療財計	75.8	1.2	13.6	9.4	100
高齢者在宅医療	100.0	-	-	-	100
高齢者施設医療	100.0	-	-	-	100
障害者施設医療	100.0	-	-	-	100

出典：DREES Comptes nationaux de la sante 2010, p. 283 により作成。

< 患者負担の引上げ及び保険免責の導入 >

「家計」を含めた民間部門へのコストシフトの動きは、「2004年8月13日の医療保険に関する法律」以後、「社会保障財政法計画」(PLFSS)のなかに医療支出抑制策が盛り込まれている(図表64)が、特に患者負担については、“被保険者自己責任の強化”(la responsabilisation des assurés)という形で、受診時定額負担や保険免責の導入、自己負担の引上げが行われており、これらの影響が生じているものと考えられる。

適切な治療行程(le parcours de soins)を遵守しない場合の患者負担の引上げ
(= かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合)

2006年	30% 40%へ
2007年	40% 50%へ
2009年	50% 70%へ

入院時定額負担の引上げ

2005年	13€ 14€へ
2006年	14€ 15€へ
2007年	15€ 17€へ

定額一部負担金の導入

2005年	1回の診療行為、臨床検査行為につき1€
2006年	病院での1回の外来診察につき1€
	高額治療(K50、91€を超える治療)につき18€
2007年	1日当たり外来定額負担限度額の引上げ:1€ 4€へ

保険免責の導入(患者1人につき年間50€まで)

2008年	
医療補助行為	1回につき0.5€
移送(搬送)	1回につき2€
医薬品	1箱につき0.5€

図表 64 フランス:2005年~2009年実施の医療支出抑制措置
 社会保障財政法計画(PLFSS)に盛り込まれた財政効果

	内容 (全国医療支出目標(ONDAM)範囲 以外の措置を除く)	実施期日	財政効果
2005年	総額		29億€
	1€の定額負担	2005年1月1日	6億€
	医薬品計画		7億€
	医学的費用抑制		10億€
	傷病手当金の抑制	2005年1月1日	3億€
	病院経営の合理化		2億€
入院時1日当たり定額負担の引上げ(13€ 14€)	1億€		
2006年	総額		45億6,000万€
	適切な治療行程以外の自己負担の引上げ(30% 40%)		(推計:被用者医療保険金庫1.5億€)
	医薬品計画		20億8,500万€
	医学的費用抑制		8億9,000万€
	不正行為の防止		1億5,000万€
	高額治療(K50、91€を超える)に対する定額負担18€		1億€
	その他の措置		9,000万€
	病院経営の合理化		1億1,400万€
入院時1日当たり定額負担の引上げ(14€ 15€)	2006年1月1日	1億€	
2007年	総額		28億2,800万€
	適切な治療行程以外の自己負担の引上げ(40% 50%)		(推計:7,500万€)
	定額負担1日当たり限度額4€への引上げ		(推計:1億4,000万€)
	病院外来での診察における定額負担1€		
	医薬品計画		14億100万€
	医学的費用抑制		7億1,000万€
	不正行為(居住要件)の防止		1億€
	病院の外来診察における薬剤処方の適正化		1億€
	その他の外来における措置 (2006年措置による繰越効果:臨床検査行為料、高額治療に対する定額負担18€)		6,000万€
	病院での高額治療に対する定額負担18€の繰越効果		8,000万€
病院経営の合理化		2億7,700万€	
入院時1日当たり定額負担の引上げ(15€ 16€)	2007年1月1日	1億€	

2008年	総額		19億2,500万€
	保険免責 ・「医療補助」(1回につき0.5€) ・「移送」(1回につき2€) ・「薬剤」(1箱につき0.5€) 年間上限(合算)50€まで	2008年1月1日	8億5,000万€ (1億3,000万€) (7億2,000万€)
	医薬品計画		1億4,000万€
	医学的費用抑制		6億3,500万€
	特定疾患(ALD)における35%償還 薬剤の拡大		5,000万€
	その他		5,000万€
	移送の制限		3,000万€
	全国医療保険金庫連合 (UNCAM)提案による措置		1億€
	傷病手当金算定の見直し		7,000万€
2009年	総額		21億6,800万€
	適切な治療行程以外の自己負担の 引上げ(50% 70%)		1億5,000万€
	医薬品・医療機器計画		5億6,000万€
	医学的費用抑制		7億2,000万€
	専門技術行為料の引下げ		2億5,000万€
	タクシーによる移送の制限		4,000万€
	不正行為の防止		8,500万€
	医療施設費の節減 (病院)予算割当の調整		1億9,300万€ 1億7,000万€

出典： Comptes nationaux de la santé 2009,p111.

(3)我が国の医療費負担構造

我が国における医療費に関する統計

ア.医療費、医療財源に関する統計

我が国の医療費に関する統計としては、「国民医療費統計」が一般的である。国民医療費は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもので、医科診療や歯科診療にかかる診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれる。

対象を保険診療の対象となり得る傷病に限っているため、保険診療の対象とならない評価療養（先進医療（高度医療を含む）等）、選定療養（入院時室料差額分、歯科差額分等）及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含まない。

また、医療費の範囲を傷病の治療費に限っているため、正常な妊娠・分娩に要する費用、健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用も含まない（厚生労働省「平成21年度国民医療費の概況」）。

イ.国民医療費と総保健医療支出との比較

国民医療費は、病院、一般診療所や提供する医療サービスのほか、訪問看護事業所が提供するサービス及び薬剤費により構成される。

介護保険サービスや、健診・予防接種などの予防的サービス、管理費等は含まれていない。

2008年の総保健医療支出と国民医療費の支出を比較すると、総保健医療支出：42兆9,348億円、国民医療費：34兆8,084億円となっており、その差は8兆1,264億円である。

図表 65 総保健医療支出と国民医療費の支出範囲

総保健医療支出

(金額:億円)

診療・リハビリテーション	276,149
入院診療・リハビリ	132,015
日帰り診療・リハビリ	3,901
外来診療・リハビリ	133,167
在宅診療・リハビリ	7,066
長期医療	37,473
長期医療施設	35,567
長期医療通所	
在宅での長期医療	1,906
医療補助	3,044
臨床検査	
画像診断	
患者搬送、救急	3,044
外来患者への医療財	87,758
医薬品、その他医療財	83,307
医療機器、その他医療財	4,451
予防、公衆衛生	10,079
母子保健	45
学校保健	789
感染症予防	932
非感染症予防	2,254
産業保健	6,059
その他の公衆衛生	
保健医療管理業務	7,991
政府による一般保健管理	6,860
保健医療管理、医療保険	1,131
分類されないもの	
保健医療提供機関の資本形成	6,855
総保健医療支出	429,348

国民医療費の範囲

(金額:億円)

入院医療費	128,248
入院外医療費	131,347
歯科診療医療費	25,777
薬局調剤医療費	53,955
入院時食事・生活医療費	8,152
訪問看護医療費	605
国民医療費支出合計	348,084

金額は 2008 年の値。

出典：総保健医療支出:OECD Health Data, 2012 年 1 月時点
国民医療費：厚生労働省

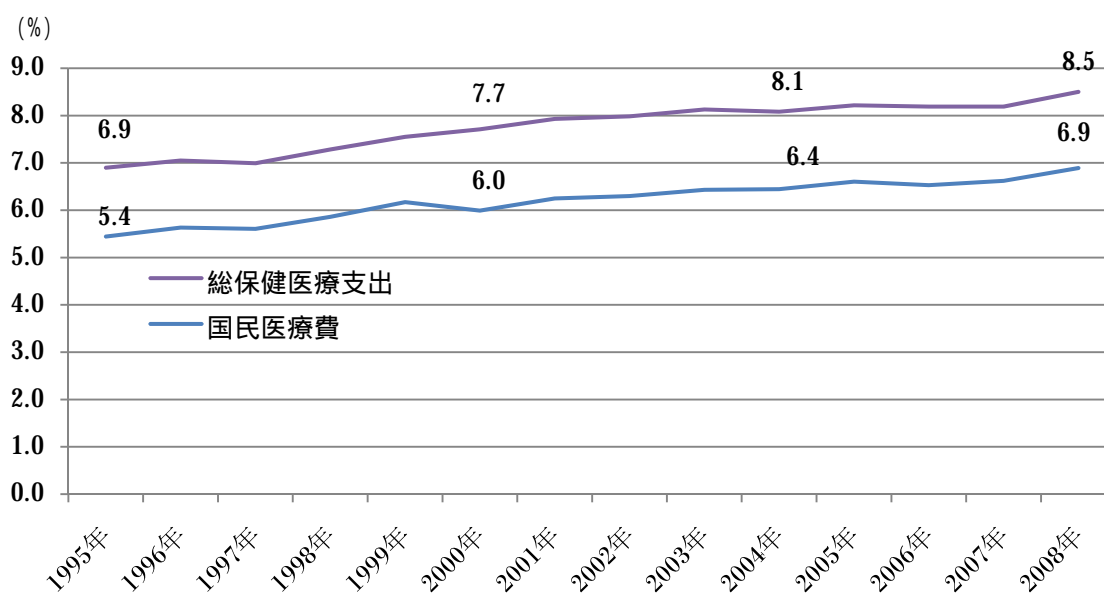
総保健医療支出と公的医療保険の支出の推移(対 GDP 比)

GDP に占める総保健医療支出と国民医療費の推移(図表 66)をみると、いずれも上昇傾向にある。2008 年では総保健医療支出：8.5%、国民医療費：6.9%となっており、2000 年に比べ、それぞれ 0.8 ポイント、0.9 ポイント上昇している。

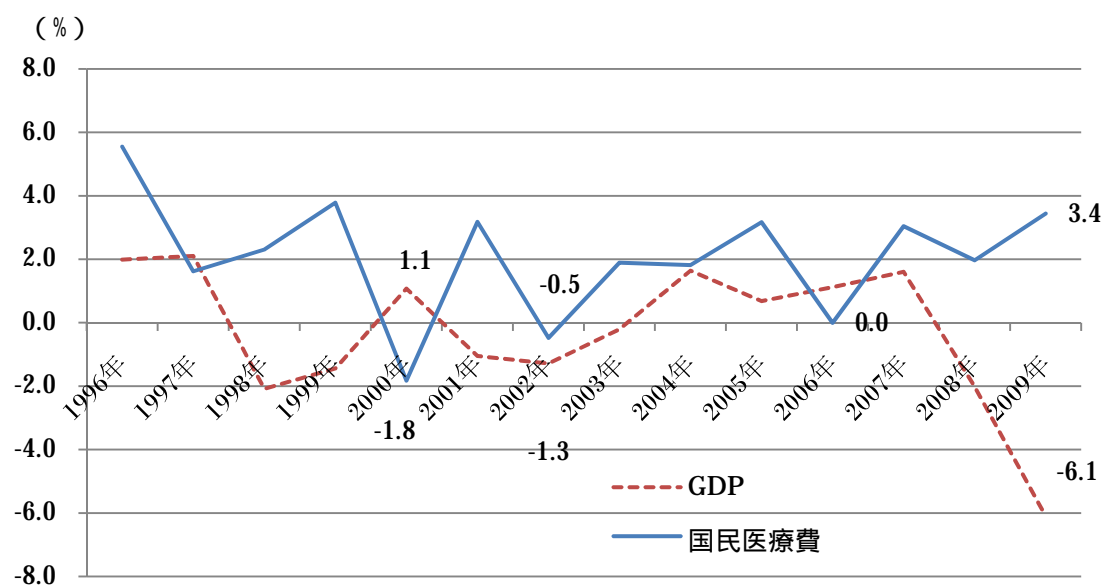
国民医療費の対前年伸び率(図表 67)をみると、1996 年から 2009 年にかけて、伸び率の単純平均は 2.1%であるが、2000 年は-1.8%、2002 年は-0.5%、2006 年は 0.0%で伸び率がゼロ又はマイナスとなっている。これは、2000 年は介護保険制度の施行により、国民医療費から介護保険に移行した項目があったこと、2002 年は診療報酬本体で 1.3%、全体で 2.7%の引下げが行われたこと、2006 年は診療報酬本体で 1.36%、全体で 3.16%の引下げが行われたことなどがそれぞれ影響しているものと考えられる。

また、GDP と国民医療費の対前年伸び率を比較すると、国民医療費の伸び率は、ほとんどの年で GDP の伸び率を上回っており、経済成長の伸びを超えた医療費の上昇が続いていることがわかる。

図表 66 総保健医療支出と国民医療費の推移(対 GDP 比)



図表 67 GDP と国民医療費の対前年伸び率の推移



国民医療費の負担構造

ア.財源別にみた国民医療費の最近の推移

2009年の国民医療費は36兆67億円で、財源別内訳は、「保険料」が17兆5,032億円(48.6%)(うち「事業主」:7兆3,211億円(20.3%)、「被保険者」:10兆1,821億円(28.3%))、「公費負担」が13兆4,933億円(37.5%)(うち「国庫」:9兆1,271億円(25.3%)、「地方」:4兆3,662億円(12.1%))、「患者負担」が4兆9,928億円(13.9%)となっている。

国民医療費の財源の構成割合を2004年と2009年で比較すると、「公費」の割合は2010年には37.5%と1.6ポイント上昇している。これは、高齢化の進展に伴い国保における公費負担が増加していることや、2002年の医療制度改革により、老人保健制度における老人医療費の負担に係る公費負担割合が2007年までに段階的に30%から50%に引き上げられたこと、2008年より後期高齢者医療制度が導入されたことなどが影響していると考えられる。また、「公費」の内訳としては、「国庫」が25.3%と0.9ポイント減少する一方、「地方」が12.1%で2.4ポイント上昇している。これは、2005年に三位一体改革により、国民健康保険の国庫負担分(予算ベースで5,450億円)が税源移譲されたことの影響である。「公費」が増加する一方で、「保険料」は、2009年で48.6%で1.1ポイント減少し、患者負担も13.9%で0.5ポイント減少しており、保険料及び患者負担の比重が相対的に小さくなり、公費負担の比重が相対的に高まっている。

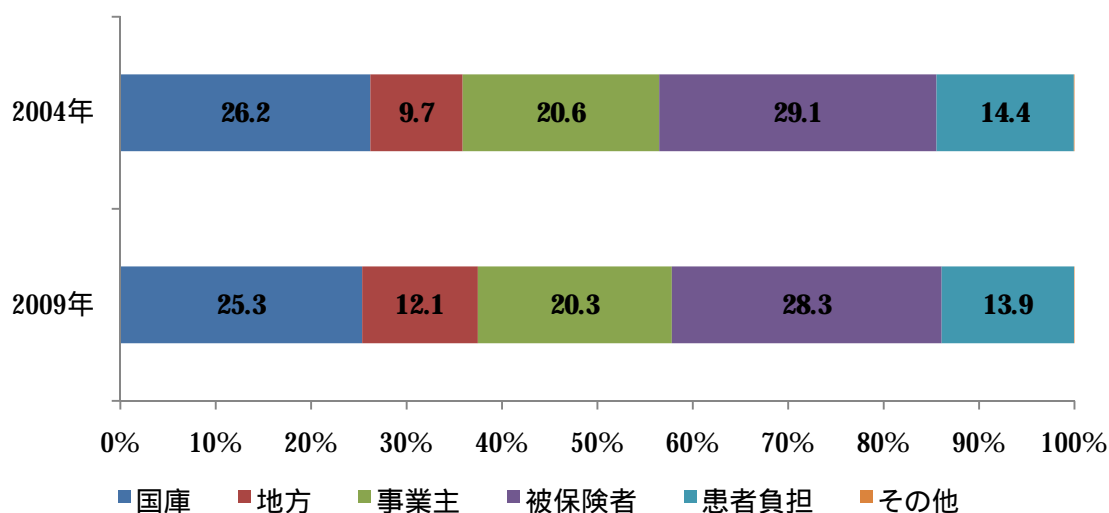
図表 68 財源別国民医療費の最近の推移

(億円)

年	公費			保険料			患者負担	その他	国民医療費合計
	国庫	地方	公費計	事業主	被保険者	保険料計			
2004	84,121	31,097	115,218	66,131	93,345	159,476	46,196	221	321,111
	(26.2)	(9.7)	(35.9)	(20.6)	(29.1)	(49.7)	(14.4)	(0.1)	(100.0)
2005	83,544	37,618	121,162	67,164	95,177	162,341	47,572	214	331,289
	(25.2)	(11.4)	(36.6)	(20.3)	(28.7)	(49.0)	(14.4)	(0.1)	(100.0)
2006	82,367	39,379	121,746	66,529	95,244	161,773	47,555	202	331,276
	(24.9)	(11.9)	(36.8)	(20.1)	(28.8)	(48.8)	(14.4)	(0.1)	(100.0)
2007	84,794	40,949	125,743	68,990	98,436	167,426	47,996	194	341,359
	(24.8)	(12.0)	(36.8)	(20.2)	(28.8)	(49.0)	(14.1)	(0.1)	(100.0)
2008	87,234	41,819	129,053	71,110	98,599	169,709	49,141	182	348,085
	(25.1)	(12.0)	(37.1)	(20.4)	(28.3)	(48.8)	(14.1)	(0.1)	(100.0)
2009	91,271	43,662	134,933	73,211	101,821	175,032	49,928	174	360,067
	(25.3)	(12.1)	(37.5)	(20.3)	(28.3)	(48.6)	(13.9)	(0.0)	(100.0)

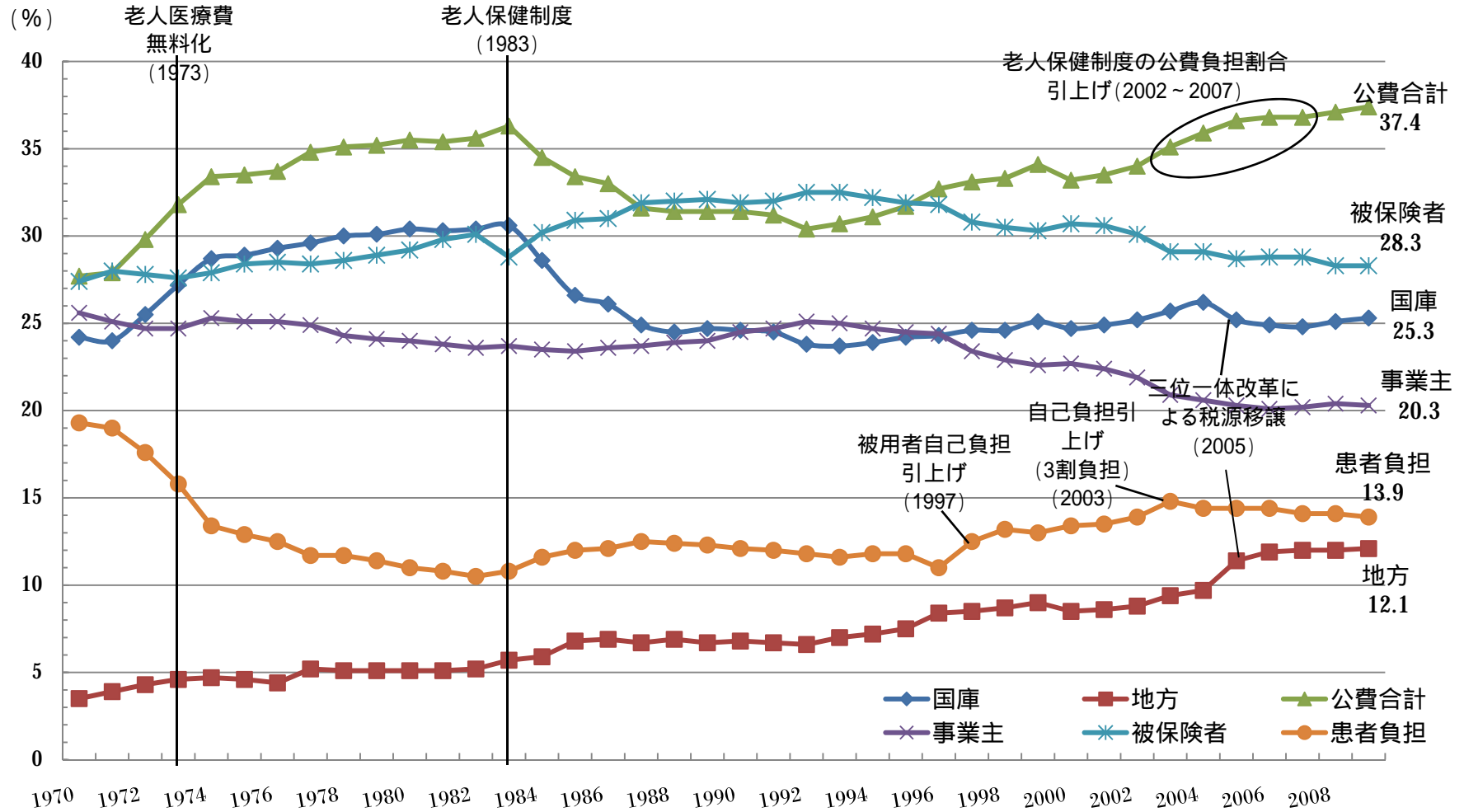
出典：厚生労働省「国民医療費」

図表 69 国民医療費の財源の構成割合：2004年と2009年の比較



出典：厚生労働省「国民医療費」

図表 70 国民医療費の財源の構成割合の推移



出典：厚生労働省「国民医療費」及び公表資料を基に作成。

イ.国民医療費の財源(収入)構成

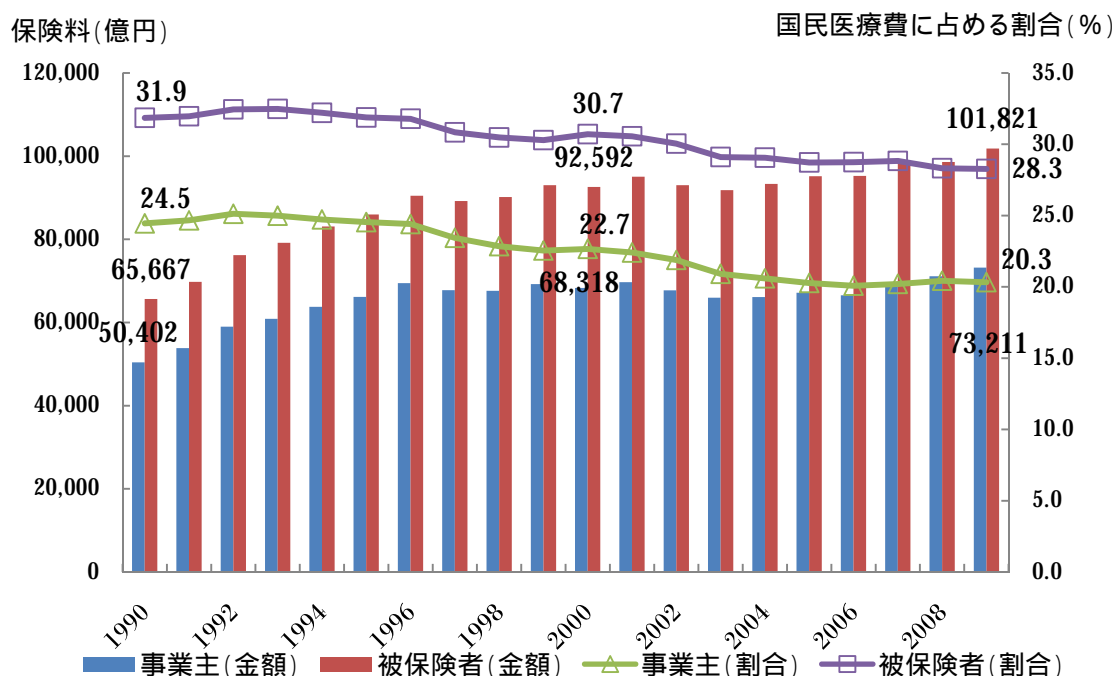
)保険料財源

国民医療費統計でみると、保険料収入は、2009 年で事業主負担の保険料が 7 兆 3,211 億円（国民医療費に占める割合：20.3%）、被保険者負担の保険料が 10 兆 1,821 億円（国民医療費に占める割合：28.3%）となっている。

国民医療費全体でみると被保険者負担の保険料の額が事業主負担の保険料の額を上回っているが、これは、被保険者負担の保険料には、被用者負担の保険料に加え、国民健康保険や後期高齢者医療制度の被保険者の保険料も含まれていることによるものである。

被用者保険だけでみると、保険料の負担は労使折半が原則であり、また、健康保険組合については、規約で定めることにより事業主の負担割合を増加することができる（健康保険法第 162 条）こととされ、2009 年度の負担料率は、事業主が 41.1%、被用者が 33.4%となっており²⁰（厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」（平成 23 年 11 月））、事業主の負担割合が被用者の負担割合を上回っている。

図表 71 国民医療費における事業主・被保険者の
保険料負担額及び国民医療費に占める割合



出典：厚生労働省「国民医療費」より作成。

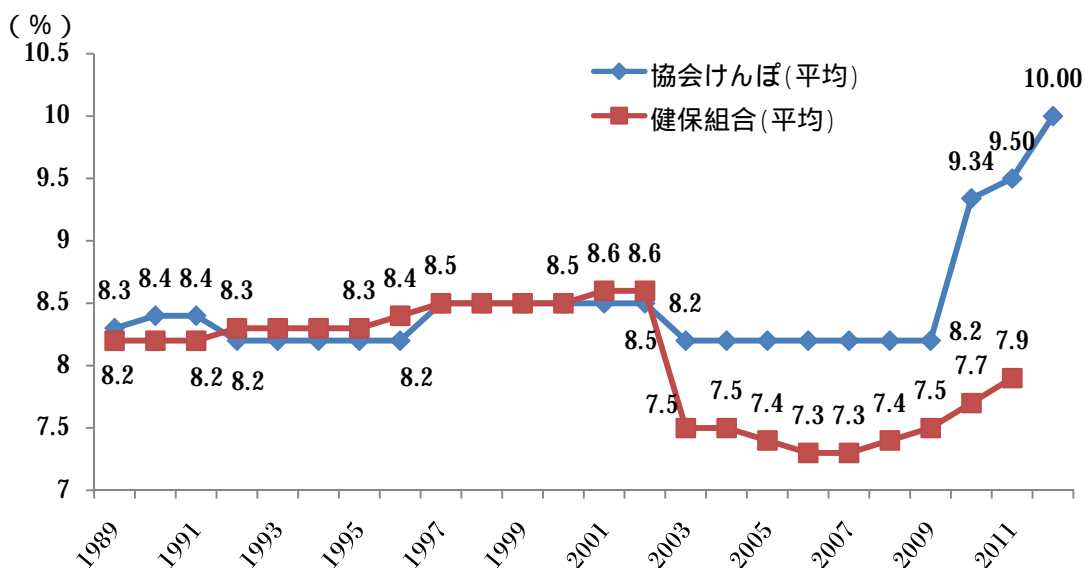
²⁰ 数値は各保険者の保険料率を単純平均したもの。

被用者保険の保険料率の推移をみると(図表 72) 協会けんぽの保険料率は、1990 年代から 2000 年代は 8%台半ばで推移してきたが、2010 年度に大幅に上昇し、2011 年度の保険料率は全国平均で 9.5%となっており、2012 年度は 10%に達している。健保組合の保険料率は、2003 年度に導入された保険料率賦課対象を賞与にも拡大する総報酬制が導入された後でみると、2006～2007 年度の 7.3%を底に近年上昇し、2011 年度では 7.9%となっている。このように、協会けんぽ、健保組合ともに近年では保険料率が上昇傾向にある。

国民健康保険の被保険者 1 人当たり保険料(税)現年分の推移をみると(図表 73) 1990 年代からほぼ一貫して増加傾向にあり、2008 年度の調定額は 94,638 円で、1992 年度と比較して 25,220 円(36%増)増加している。

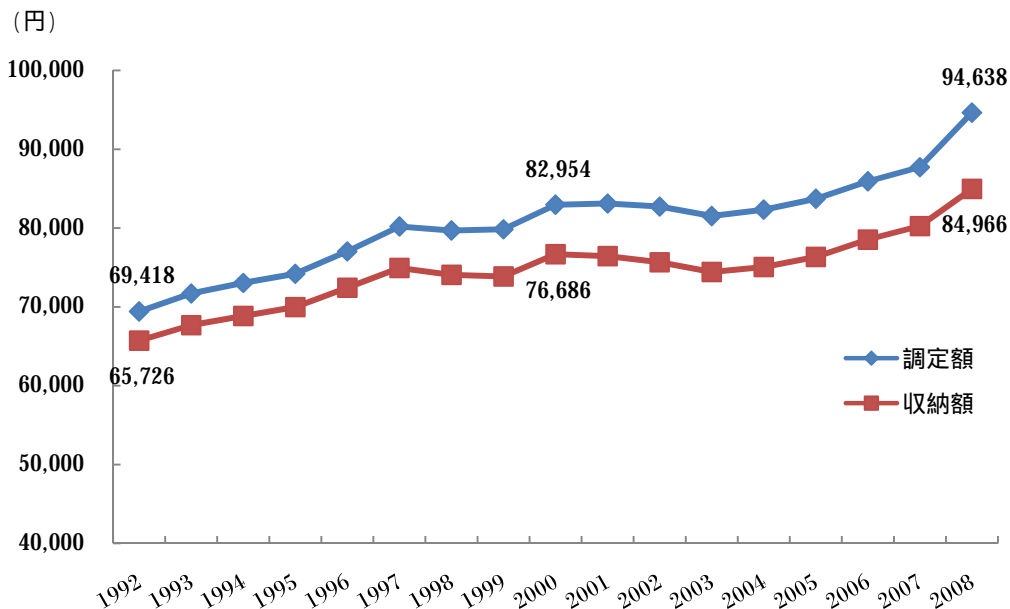
このように、被保険者の保険料負担は、被用者保険、国民健康保険いずれにおいても近年上昇傾向にある。

図表 72 協会けんぽ及び健保組合の保険料率の推移



出典：健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、「組合決算概況報告」、「平成 22 年度健保組合決算見込の概要」及び「平成 23 年度健康保険組合の予算早期集計について」による。

図表 73 国民健康保険の被保険者 1 人当たり保険料(税) 現年分の推移



出典：国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」

税財源

医療保険に関しては、保険者の財政力の均衡を図るために国、都道府県、市町村より公費の負担が行われている。各制度別の負担措置の概要は以下のとおりである。

図表 74 医療保険制度別公費負担の内容

保険制度	負担内容
国民健康保険	市町村国保については給付費の40%、財政調整交付金が給付費の10%。国保組合については、給付費の32%(平成9年9月以降の加入者については13%)及び上乗せ15%を限度。
協会けんぽ	健康保険法により、国庫補助率は主要給付費の16.4%から20%までの範囲内で政令で定める割合とされており、附則の規定により当分の間13%とされていたが、平成22年国民健康保険法等の一部改正法により、平成22年度から24年度までの間は16.4%とすることとされている。
組合健保	財政窮迫組合(保険料率が協会けんぽを上回る組合)に対する定額補助が行われている
後期高齢者医療制度	給付費等の約50%() (国:県:市町村=4:1:1)。現役並み所得者に係る医療費は公費負担の対象外。

現役並み所得者に係る医療費は公費負担の対象外であるため、実質的な公費負担比率は46%(平成20年度)。

出典：厚生労働省「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」(平成18年1月31日)及び第51回社会保障審議会医療保険部会(平成23年12月5日)参考資料2

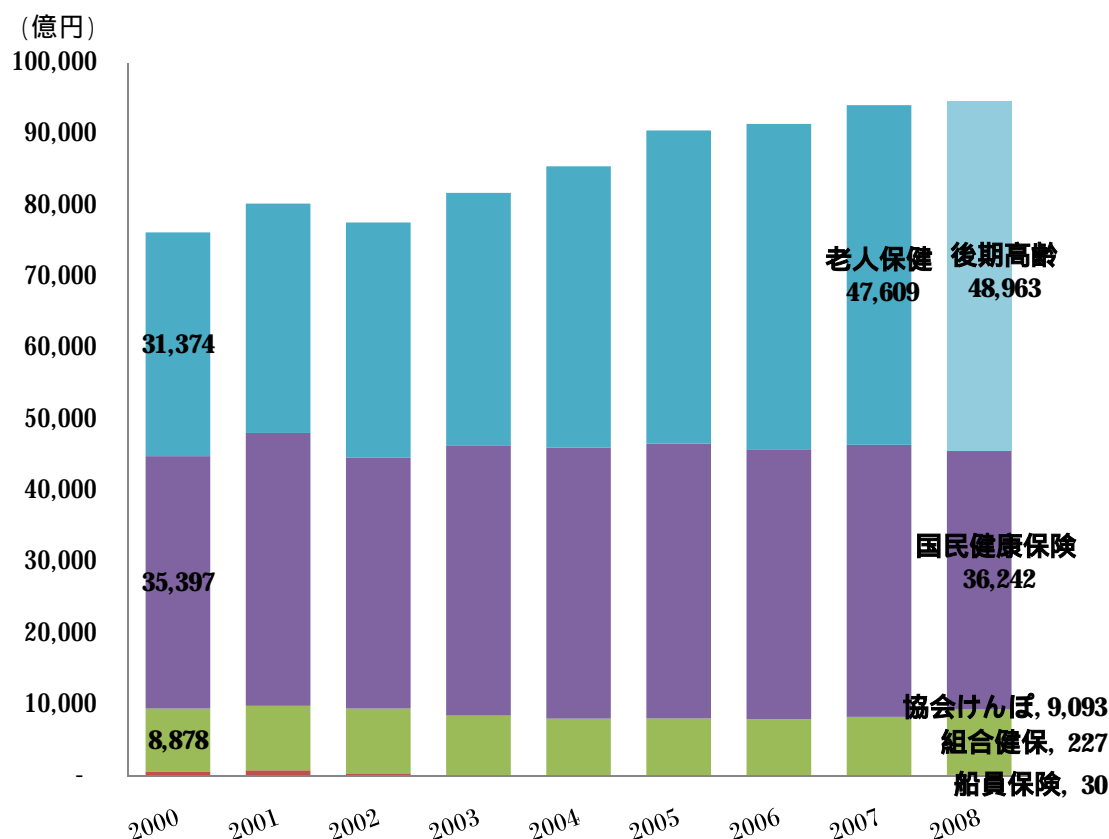
2008年度の公費負担額をみると、医療保険に係る公費負担額は9兆4,555億円にのぼり、うち、後期高齢者医療制度に係る負担が4兆8,963億円(51.8%)、国民健康保険に係る負担が3兆6,242億円(38.3%)、協会けんぽに係る負担が9,093億円(9.6%)となっており、後期高齢者医療制度に係る負担が過半を占めている。

また、負担額を2000年度と2008年度で比較すると、国民健康保険が2.4%増加、協会けんぽが2.4%増加しているのに対し、高齢者医療制度(2000年度：老人保健制度、2008年度：後期高齢者医療制度)は56.1%増となっており、大幅に増加している。これは、2002年度に老人保健制度の公費負担割合の引上げ(5年かけて3割から5割に引上げ)が行われたことに加え、給付費が増加していることによるものである。

後期高齢者医療制度においては、給付費の一定割合を公費で負担する仕組みとなっていることから、給付の増加に伴い自動的に公費負担額も増加することとなる。75歳以上人口は2008年時点で1,322万人となっているが、2020年には

1,879万人、2030年には2,278万人にまで増加することが見込まれており、それに伴い公費負担額の上昇も見込まれる状況にある。

図表 75 医療保険に係る公費負担額の推移



- 1 老人保健は、国、都道府県、市町村の負担額の合計である。
- 2 後期高齢者医療制度は、「収入」における「国庫支出金」、「都道府県支出金」、「市町村負担金」の合計である。
- 3 国民健康保険は、「収入」における「国庫支出金」(事務費負担金等を含む)から介護分を除いた額である。
- 4 協会けんぽ(政府管掌健康保険)は、「収入」における「国庫補助」のうち「医療分」の額である。
- 5 組合健保は、「収入」における「国庫支出金(事務費負担金等を含む)の額である。
- 6 船員保険は、「収入」における「国庫負担金」のうち「疾病給付」の額である。

出典：国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計年報」、厚生労働省「国民健康保険事業年報」、「後期高齢者医療事業報告」、「老人医療事業報告」、全国健康保険協会管掌健康保険「事業年報」、健康保険組合連合会「組合決算概況報告」を基に作成。

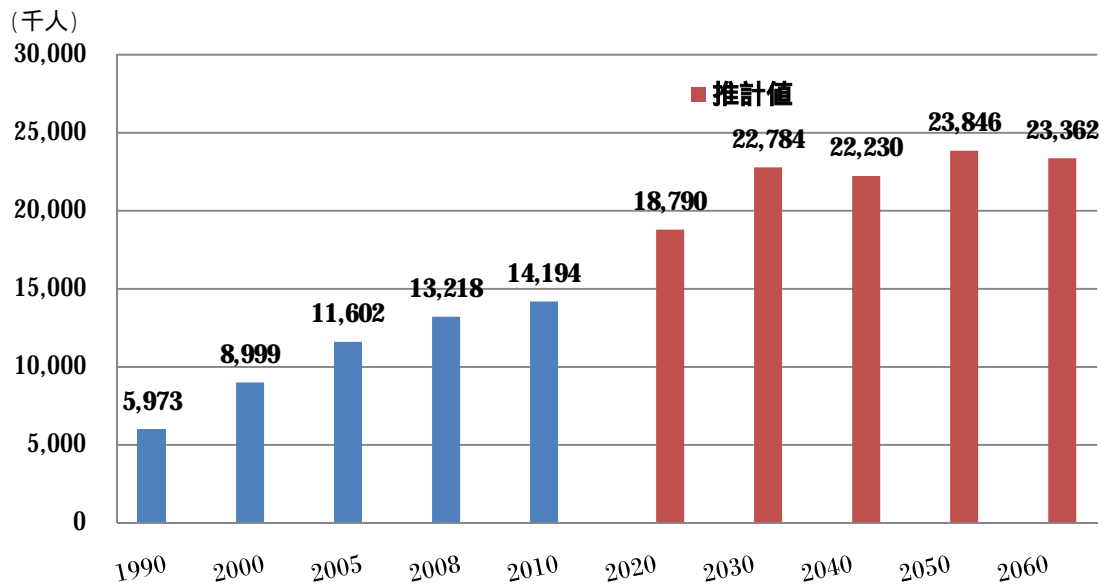
図表 76 医療保険に係る公費負担額(2008 年度)

(億円)

船員保険		30	(0.0)
組合健保		227	(0.2)
協会けんぽ		9,093	(9.6)
国民健康保険	国	31,023	(32.8)
	都道府県	5,219	(5.5)
	計	36,242	(38.3)
後期高齢者医療制度	国	31,547	(33.4)
	都道府県	9,050	(9.6)
	市町村	8,366	(8.8)
	計	48,963	(51.8)
公費合計		94,555	(100.0)

出典：厚生労働省「国民健康保険事業年報」、「後期高齢者医療事業報告」、「老人医療事業報告」、
 全国健康保険協会管掌健康保険「事業年報」、健康保険組合連合会「組合決算概況報告」を
 基に作成。

図表 77 75 歳以上人口の推移及び推計値



出典：1990、2000、2005 年：総務省統計局「国勢調査」
 2008 年- 総務省統計局「人口推計」
 2010 年- 総務省統計局「平成 22 年国勢調査による基準人口」
 2020 年以降- 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成 24 年 1 月推計)」
 出生中位(死亡中位)推計

ウ)自己負担

我が国においては、入院・外来にかかわらず医療費の一部を患者が自己負担する仕組みとなっている。患者自己負担割合は、原則として3割となっているが、年齢により異なっており、就学前児童については2割、小学生から69歳の者については3割、70歳以上74歳未満の者については2割（平成20年4月1日から2割に引き上げられる予定となっていたが、導入が見送られ、1割のまま据え置かれている）、75歳以上については1割となっている。

図表 78 患者自己負担割合

区分	負担割合
0歳～就学前児童	2割
小学生～69歳	3割
70歳以上74歳未満	2割(平成20年4月1日から2割に引き上げられる予定となっていたが、1割のまま据え置かれている) 現役並み所得者は3割
75歳以上	1割 現役並み所得者は3割

患者自己負担割合は、累次の制度改正に伴い引上げが行われている(図表 80)。被用者本人については、定額の自己負担額が徐々に引き上げられた後、1984年には定額から定率の1割負担に変更され、1997年には1割から2割に、2003年には2割から3割に引き上げられた。

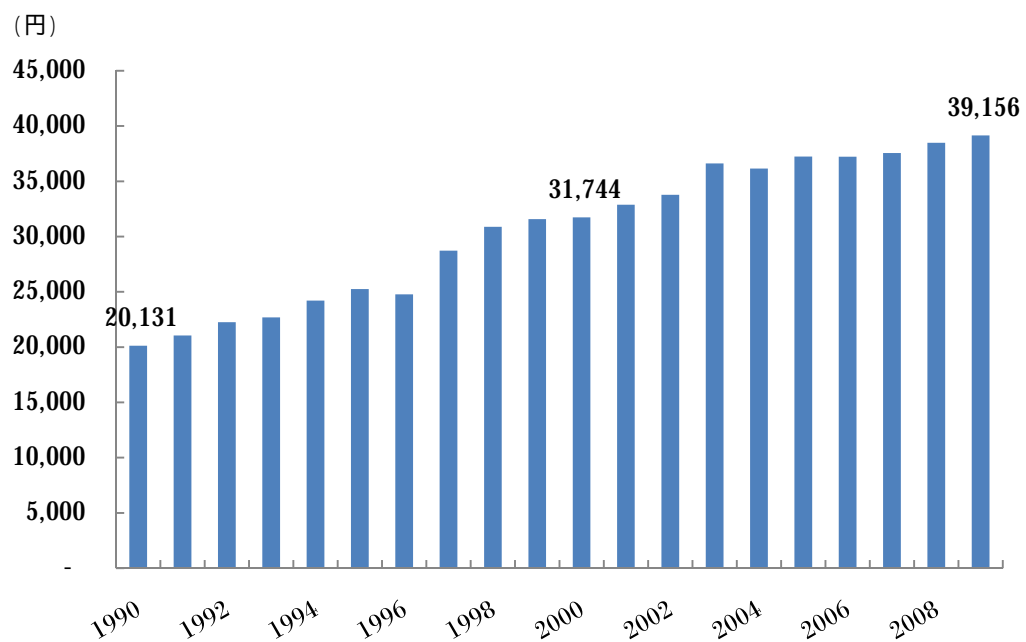
被用者家族の自己負担については、1973年に入院に係る負担割合が5割から3割に、1980年に3割から2割に引き下げられた後、2002年に3割に引き上げられた。また、外来に係る負担割合は1973年以降3割となっている。

老人の自己負担については、老人医療費支給制度により無料化された後、老人医療保険制度の導入に伴い定額の一部負担が設けられ、2001年1月からは定率の1割負担に変更され、2002年からは現役並み所得者は2割負担、2006年からは3割負担となっている。

人口1人当たりの患者負担額をみると(図表 79)、ほぼ一貫して増加傾向にあり、2009年の1人当たり患者負担額は39,156円で、2000年と比較して7,412円(23%)増加している。

このように、患者自己負担割合については累次の制度改正に伴い上昇を続けてきている。2002年の健康保険法改正の際には、将来にわたり7割給付を維持するものとする趣旨の規定が設けられており、我が国においては、法制度上、自己負担の水準は、既に引上げ可能な水準にまで引き上げられたものとする考え方がとられているといえる。

図表 79 人口1人当たり患者負担額の推移



出典：厚生労働省「国民医療費」を基に作成。

図表 80 患者自己負担の推移

～1972 (昭和47年) 12月		1973 (昭和48年) 1月～		1983 (昭和58年) 2月～		1997 (平成9年) 9月～		2001 (平成13年) 1月～		2002 (平成14年) 10月～		2003 (平成15年) 4月～		2006 (平成18年) 10月～		2008 (平成20年) 4月～			
老人医療費支給制度前		老人医療費支給制度(老人福祉法)		老人保健制度														75歳以上	後期高齢者医療制度
国保	3割	老人	なし	入院 300 円/日	1000 円/日	定率 1 割負担 (月額上限付き) * 診療所は定額制を選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設		定率 1 割負担 (現役並み所得者 2 割)		定率 1 割負担 (現役並み所得者 3 割)		定率 1 割負担 (現役並み所得者 3 割)		1 割負担 (現役並み所得者 3 割)					
被用者本人	定額負担			国保	3割 高額療養費創設(S48～)	入院 3割 外来 3割+薬剤一部負担		入院 2割 外来 2割+薬剤一部負担		3割 薬剤一部負担の廃止		3割		70～74歳		2割負担(1) (現役並み所得者 3割)			
被用者家族	5割	被用者本人	定額 1割(S59～) 高額療養費創設	入院 2割 外来 2割+薬剤一部負担		入院 2割 外来 3割+薬剤一部負担						70歳未満		3割(2)					
		被用者家族	3割(S48～) 高額療養費創設(S48～) 入院 2割(S56～) 外来 3割																

1 70～74歳の者に係る患者負担の1割から2割への引上げについては導入が見送られている。

2 就学前児童に係る患者自己負担割合は、2008年4月より2割に軽減されている。(2002年10月から3歳未満の乳幼児に係る負担は2割に軽減されており、2002年から適用対象を就学前児童に拡大)

出典：厚生労働白書(平成19年版)

図表 81 医療保険における自己負担・公費負担等に関する制度改正の経緯

年	主な社会情勢	医療保険制度に関する主な出来事			
		老人	国保	被用者本人	被用者家族
1961(昭和36)年		国民皆年金・皆保険の達成			
			国保の給付率は50%が93.5%		
1963(昭和38)年			国民健康法改正 (世帯主の自己負担3割)		
1968(昭和43)年			国民健康法改正 (世帯員の自己負担3割)		
1973(昭和48)年	第1次オイルショック	老人医療費無料化(老人医療費支給制度実施、公費負担割合は国:都道府県:市町村=4:1:1)	高額療養費制度の創設	高額療養費制度の創設	入院の家族の自己負担率を5割から3割に引下げ、外来は3割 高額療養費制度の創設
1979(昭和54)年	第2次オイルショック				
1981(昭和56)年					入院の家族の自己負担率を2割に引下げ
1983(昭和58)年		老人保健法施行 (対象者は70歳以上の者、給付財源の3割を公費で負担 ²¹ 、一部負担導入:入院300円/日、外来400円/月)			

²¹ 公費負担割合は老人医療費支給制度と同様に国:都道府県:市町村=4:1:1。

年	主な社会情勢	医療保険制度に関する主な出来事			
		老人	国保	被用者本人	被用者家族
1984(昭和59)年	退職者医療制度創設			健康保険法改正(被用者保本人に1割の自己負担を導入)	
1986(昭和61)年		老人保健法改正(拠出金算定における加入者按分率が100%に)			
1997(平成9)年	介護保険法成立			健康保険法等改正(被用者本人の自己負担が2割に)	
2000(平成12)年	介護保険法施行	老人保健法改正(老人患者負担(月額上限付きの定率1割)の導入)			
2002(平成14)年		老人保健制度の公費負担割合の引上げ(3割5年かけて5割に引上げ)、対象年齢の引上げ(70歳5年かけて75歳に引上げ)開始			
		診療報酬本体1.3%、薬価等1.4%の引下げ			
2003(平成15)年				健康保険法等改正(被用者本人の自己負担が3割に引上げ)	健康保険法等改正(入院の家族の自己負担率を2割から3割に引上げ)
		制度間を通じた3割負担の統一			
2008(平成20)年		後期高齢者医療制度導入			

出典:「厚生労働白書」(平成19年版、平成23年版)を基に作成。

負担構造の比較のまとめ

各国の医療費負担構造の整理を踏まえ、各国の負担構造について、「保険料」、「公費負担」、「自己負担」、「負担構造全体」別に比較を行う。

ア.保険料

保険料率をみると、ドイツが15.5%、フランスが13.85%、日本(協会けんぽ)が9.5%となっている。ただし、フランスについては一般社会拠出金が被用者保険料に代替化する形で導入されており、被用者は労働所得に対して課される一般社会拠出金を別途負担している。これにより、一般社会拠出金導入前の被用者保険料相当分が、一般社会拠出金により代替されている。

近年の保険料率をみると、ドイツは2009年に全国統一化されて以降は固定化されており、フランスについても近年は13.85%のままで推移している一方、我が国では近年保険料率が上昇傾向にある。

また、労使の保険料負担の関係では、我が国よりも保険料率が高いドイツにおいては、0.9%分は被用者が単独で負担することとされており、労使折半の原則が一部で崩れているほか、赤字の疾病金庫においては被用者に付加保険料を賦課することとされており、企業の競争力確保といった観点から、事業主負担の上昇に一定の歯止めをかけようとする傾向があることがうかがえる。

イ.公費負担

各国とも、医療保険に対し、相当規模の公費負担が行われている。ドイツにおいては医療保険になじまないものに対する補助として公費が充当されており、フランスにおいては被用者保険料の代替として、一般社会拠出金が導入されているほか、財政基盤の安定化を目的に「租税配当金」として目的税が導入されている。我が国においては、保険者の財政力の均衡を図ること等を目的として公費負担が行われている。

公費負担の財源については、ドイツと日本においては医療保険のための目的税は導入されていないが²²、フランスにおいては財政基盤の安定化を目的に様々な目的税が導入されており、保険財政の安定化に資するために、税財源の裾野を広げる動きがある点が着目される。また、ドイツにおいては、目的税としての位置づけはされていないものの、連邦補助の拡大のための財源の確保のためにたばこ税が引き上げられており、公費負担の財源として、フランスではアル

²² なお、ドイツにおいては年金において、財源の一部として環境税が充当されている(小柳治宣「ドイツ年金制度の変容」『日本大学経済学部経済科学研究所紀要』(第36号、2006年)等)。

コール・たばこ、ドイツではたばこのように、疾病の潜在的発生原因に着目している点が共通しているといえる。

ウ.自己負担

自己負担については、各国とも負担の在り方が大きく異なる。ドイツにおいては医療サービスや医療財の提供に対しては定額を自己負担する仕組みとなっており、負担額はフランス、日本と比較して少額にとどまっている。フランスにおいては、外来においては償還制がとられており、窓口において一旦全額を支払う必要がある点、また、自己負担の補助を行う補足制度がある点がドイツ、日本と大きく異なる。我が国においては窓口において、現役世代は3割、70～74歳の者は2割（現状は1割に据え置き、現役並み所得者は3割）、75歳以上の者は1割（現役並み所得者は3割）の自己負担を支払うこととなっている。

近年の動きをみると、ドイツの自己負担額は、フランスや日本に比べ少額ではあるものの負担額を増加する方向にシフトしつつある。フランスにおいては、医療・医療財の財源主体別構成割合の推移をみると、民間部門へのコストシフトの傾向がみられる。我が国においては、累次の制度改革を通じ自己負担割合の引上げが行われてきている。

年齢別の自己負担割合をみると、ドイツ、フランスにおいては高齢者とそれ以外の年齢の者の間で負担割合に差がないのに対し、我が国では現役世代が3割、70～74歳は2割（現状は1割に据え置き、現役並み所得者は3割）、75歳以上は1割（現役並み所得者は3割）となっており、高齢者とそれ以外の年齢の者の間で負担割合に差がある。

エ.負担構造全体

3カ国の負担構造全体については、大別すると、基本的に保険料のみで財源が構成されるドイツと、保険料の他に公費負担が重要な役割を果たしているフランス及び日本に分けることができる。ただし、ドイツにおいても近年連邦補助が導入されており、2010年には公的医療保険の財源の8.8%を占め、連邦補助が大きな役割を果たしつつある。また、フランスにおいては「その他の税」の割合が上昇しており、日本においても公費の割合が上昇しており、3カ国とも負担構造における公費の役割が上昇している点が共通している。

図表 82 3カ国の負担構造の比較

項目		ドイツ	フランス	日本
保険料	保険料負担割合	公的医療保険の財源に占める保険料()の割合：91.2% (2010年)(その他収入含む。その他収入の割合は現段階では公表されていないが、例年2%程度である)%程度である)	医療保険 (CNAM-maladie) の財源に占める保険料の割合：42.9% (2010年)	国民医療費の財源に占める保険料の割合：48.6% (2009年)
	保険料率	15.5% 被用者：8.2% 雇用者：7.3% 2009年に全国統一化されて以降、15.5%で固定されている。	13.85% 被用者：0.75% () 雇用者：13.10% 被用者分は0.75%だが、被用者には労働所得に対する一般社会拠出金が課されており、5.29%分が医療保険に充当される。 近年は13.85%で推移している。	協会けんぽ：9.5% (2011年度) 労使折半 組合健保：7.9% (2011年度) 労使折半が基本 協会けんぽ、組合健保の保険料率及び国保の保険料は近年、上昇傾向にある。
公費負担	公費負担割合	公的医療保険の収入に占める連邦補助の割合：8.8% (2010年)	医療保険 (CNAM-maladie) の財源に占める税の割合：39.9% (2010年) うち、一般社会拠出金 30.3% その他の税 9.6%	国民医療費の財源に占める公費負担の割合：37.5% (2009年)
	医療保険に対する公費負担制度	医療保険になじまないもの(母性援助や子供の病気時の傷病手当金等)に対する連邦補助。	被用者保険料の代替として、一般社会拠出金が導入されているほか、財政基盤の安定化を目的に「租税配当金」として目的税を導入。	保険者の財政力の均衡を図るために、公費負担が行われている。 国民健康保険：市町村国保 給付費の40%及び財政調整交付金が給付費の10%、国保組合は給付費の32%及び上乗せ15%限度。 協会けんぽ：給付費等の16.4% 組合健保：財政窮迫組合に対する定額補助 後期高齢者医療制度：給付費等の約50%

項目		ドイツ	フランス	日本
	公費負担額	155 億€ (2010 年)	674 億€ (2010 年) 一般社会拠出金： 512 億€ その他の税 (目的税)： 162 億€	9 兆 4,555 億円 (2008 年) 国民健康保険： 3 兆 6,242 億円 後期高齢者医療制度： 4 兆 8,963 億円 協会けんぽ：9,093 億円
	公費負担の税源	医療支出の財源としての目的税は導入されていない。 連邦補助の拡大に伴い、たばこ税が増税された (ただし、たばこ税が目的税として位置づけられているわけではない。)	一般社会拠出金 目的税 (医薬品調合企業拠出金、 専門薬品開発企業が負担する拠出金、アルコール飲料保険料、アルコール入炭酸飲料等に係る徴収金、アルコール消費税・ビール特別消費税、たばこ消費税、自動車保険保険料に係る保険料)	医療支出の財源としての目的税は導入されていない。
自己負担 (家計負担)	財源に占める自己負担の割合	公的医療保険収入及び自己負担の合計に対する自己負担の比率：2.8% (2010 年)	医療・医療財の財源主体別構成割合における家計負担を含めた「民間部門」の割合：22.9% (「家計」：9.4%、「共済組合」：7.5%、「労使共済制度」：2.5%、「民間保険」：3.6%)	国民医療費における自己負担額：13.9% (2009 年)
	自己負担額 / 割合	入院：日額 10€ (28 日限度) 外来：四半期毎に最初の診療時に 10€ 薬剤：交付価格の 10% (下限 5€, 上限 10€) など	外来：30% 入院：20% 薬剤：35% (胃薬等は 65%) 外来は償還制であり、一旦窓口で全額を支払う必要がある。	3 割 義務教育就学前 2 割 70~74 歳 2 割 (現状は 1 割に据え置き、現役並み所得者は 3 割) 75 歳以上 1 割 (現役並み所得者は 3 割)
	自己負担の動向	自己負担額は徐々に増加しつつある。	医療・医療財の財源主体別構成割合の推移をみると、民間部門へのコストシフトの傾向がみられる。	自己負担割合は徐々に引上げられてきている。ただし、将来にわたり 7 割給付を維持することとされている (2002 年健康保険法改正時の附則)。
負担構造全体		< 公的医療保険の財源構成 > (2008 年) 保険料：95.9% その他収入：1.6% 連邦補助：2.5%	< 医療保険の財源構成 > (2010 年) 保険料：42.9% 税：39.9% (一般社会拠出金 (CSG) 30.3% 含む) その他：16.8%	< 国民医療費の財源構成 > (2009 年) 保険料：48.6% 公費：37.5% 患者負担：13.9%

項 目	ドイツ	フランス	日本
	近年、連邦補助が大きな役割を果たしつつある。(2003年:0% 2010年:8.8%(見込み))	近年、「その他の税」の割合が上昇している。(2000年:3.8% 2010年:9.6%)	近年、公費の割合が上昇している。(2004年:35.9% 2009年:37.5%)

2) 給付構造の比較

(1) ドイツの給付構造

2010年の公的医療保険の給付支出の総額は1,617億€で、分野別内訳は、「入院治療」が581億€(35.9%)、「医科外来」が271億€(16.8%)、「歯科外来」が114億€(7.1%)、「薬剤」が302億€(18.7%)、「治療具及び補助具」が106億€(6.5%)、「傷病手当金」が78億€(4.8%)、「その他」が165億€(10.2%)となっている。

支出構成比を2000年と2010年で比較すると(図表83)、「入院治療」は0.2ポイント増とほぼ変わらず、「医科外来」が1.0、「歯科外来」が2.0ポイントそれぞれ減少する一方、薬剤が3.0ポイント増加している。

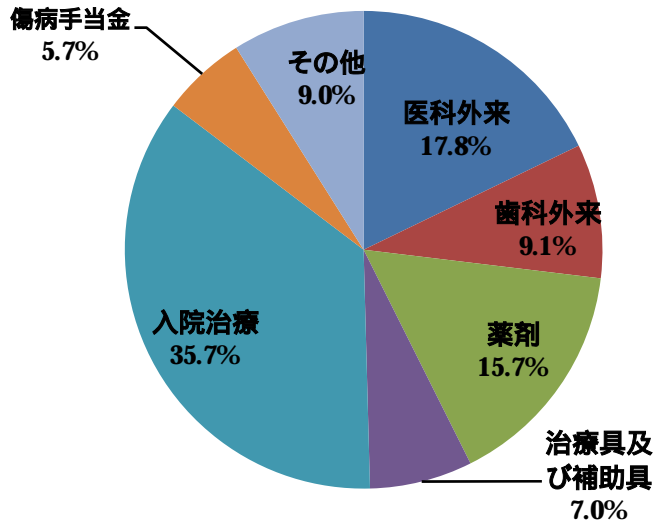
入院治療と医科外来の関係をみると、入院治療が581億€に対し、医科外来は271億€で、入院治療が医科外来の2倍以上の規模となっており、入院の比重が大きい。なお、ドイツでは病院と診療所の機能分担が明確であり、入院治療は病院、外来診療は一般診療所において行われるのが基本となっている²³。

図表 83 公的医療保険の支出構成の推移

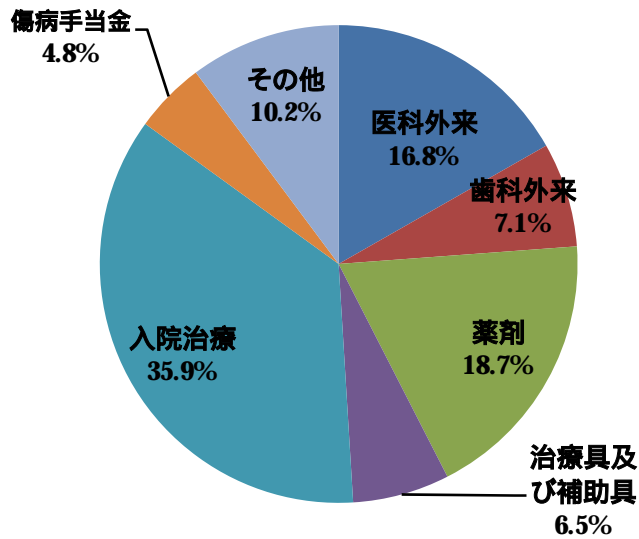
	2000年		2010年	
	(10億€)	(%)	(10億€)	(%)
入院治療	44.2	35.7	58.1	35.9
医科外来	22.0	17.8	27.1	16.8
歯科外来	11.2	9.1	11.4	7.1
薬剤	19.4	15.7	30.2	18.7
治療具及び補助具	8.6	7.0	10.6	6.5
傷病手当金	7.1	5.7	7.8	4.8
その他	11.1	9.0	16.5	10.2
計	123.5	100.0	161.7	100.0

²³ 供給不足地域においては病院が外来診療を行うなどの例外はある。

2000 年



2010 年



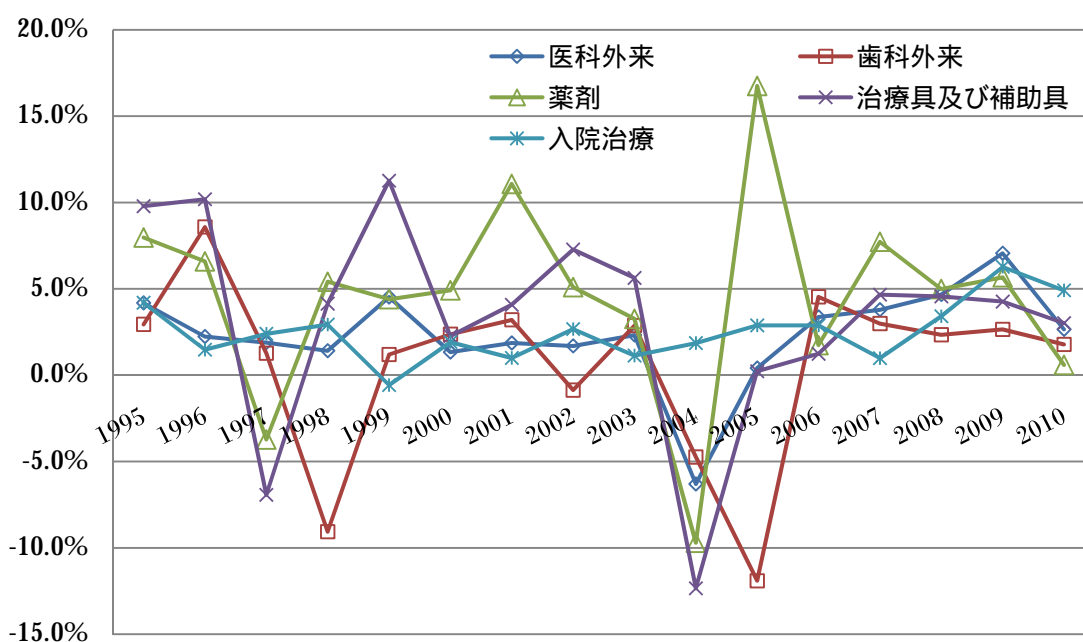
出典：連邦保健報告機関（Gesundheitsberichterstattung des Bundes）ホームページ「公的医療保険の収支（Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen）」
http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/4/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_28/D.747/34420

支出額の対前年伸び率の推移をみると（図表 84）、患者負担の引上げ等の大規模な改正の行われた 1997 年（第二次医療保険再編法施行）及び 2004 年（公的医療保険近代化法施行）には他の年と比べ各項目とも伸び率が大きく下落していることがわかる。

分野別に伸び率の推移をみると、1995 年から 2009 年間の伸び率の単純平均は、「入院治療」が 2.5%、「医科外来」が 2.3%、「歯科外来」が 0.6%、「薬剤」が 4.6%、「治療費及び補助具」が 3.3%となっており、「薬剤」が他の支出項目に比べ高い伸び率を示している。

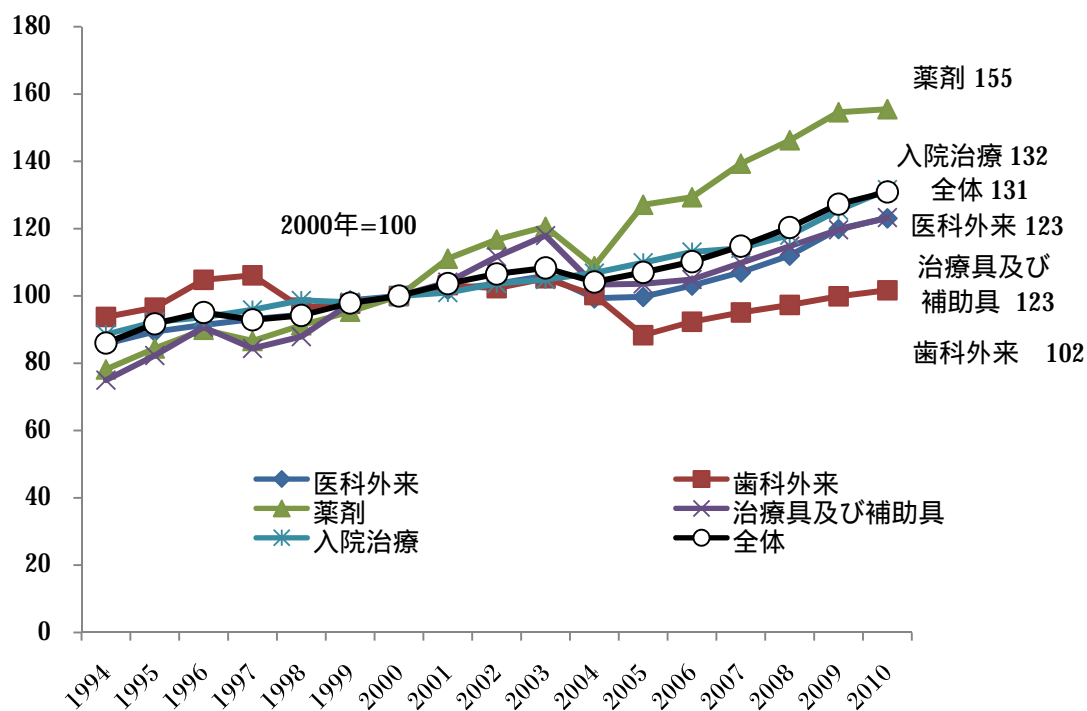
支出額を、2000 年を基準（2000 年 = 100）とした指数でみると（図表 85）、2010 年の指数は、全体で 131 と 30%増加している。分野別では「入院治療」が 132 で全体の伸びと同程度、「医科外来」が 123、「歯科外来」が 102、「治療具及び補助具」が 123 で全体よりも低い伸びとなっている一方、「薬剤」が 155 と全体を上回る高い伸びを示している。

図表 84 公的医療保険における分野別支出の対前年伸び率の推移



出典：連邦保健報告機関（Gesundheitsberichterstattung des Bundes）ホームページ「公的医療保険の収支（Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen）」
http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/4/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_28/D.747/34420 を基に作成。

図表 85 公的医療保険における分野別支出の推移(指数 2000年 = 100)



出典：図表 84 に同じ。

< 薬剤支出の適正化 >

【参照価格制度】

ドイツにおける薬剤支出適正化策の一つとしては、医療改革法（GRG）に基づき 1989 年 1 月より導入された参照価格制度がある。参照価格制度では、医薬品を同じ成分または効能ごとにグループ化し、グループごとに参照価格を設定し、参照価格までは保険により償還されるが、参照価格を超える部分の費用は患者が一部負担とは別に超過負担を支払うというものである。これにより値段の高い先発薬を利用すると患者負担額が高まることから、患者には値段の安い後発医薬品を利用するインセンティブが働くこととなる。

このような制度を背景に、ドイツにおける処方箋に占める後発医薬品の比率は、1999 年では処方箋件数で 47.1%、売上高で 31.4%だったが、2009 年には処方箋件数で 70.1%、売上高で 35.9%に達している²⁴。

参照価格の設定状況は図表 86 のとおりで、公的医療保険中央連合会によれば、参照価格の設定により、2009 年では 43 億€の薬剤費が縮減されている。

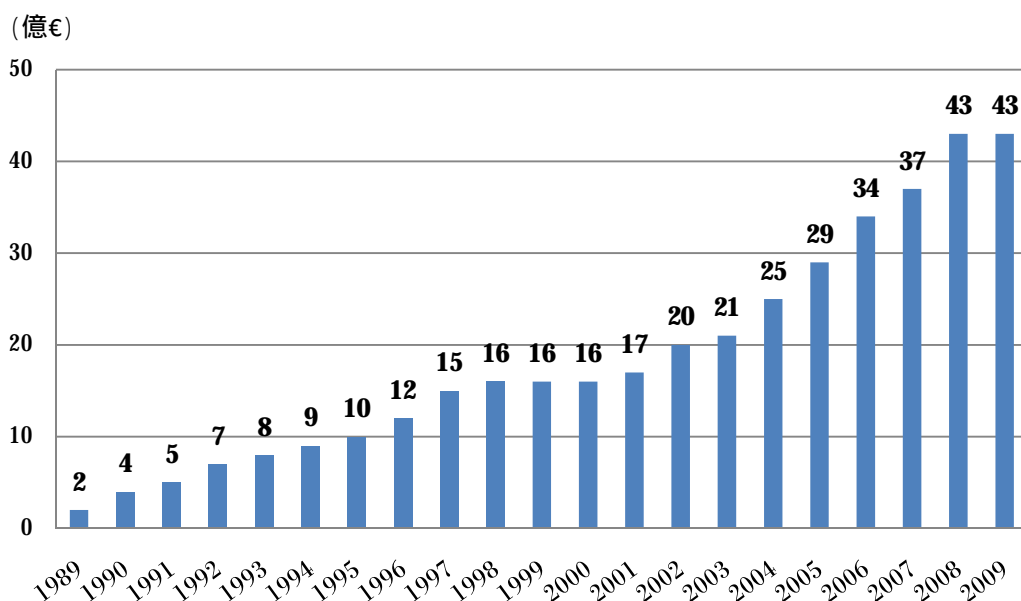
図表 86 参照価格の設定状況(2010 年 1 月 1 日現在)

	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階
参照価格グループの件数	315 件	64 件	62 件
参照価格の対象となる有効成分または配合剤の件数	195 件	203 件	31 件
参照価格の対象となる包装の件数	14,557 件	11,787 件	4,424 件
疾病金庫による償還の対象となる売上高(2009 年)	42 億€	50 億€	17 億€
疾病金庫による償還の対象となる処方箋件数(2009 年)	2 億 1,750 万件	1 億 6,970 万件	5,690 万件
参照価格の設定に伴う薬剤費の抑制(2009 年)	17 億€	20 億€	7 億€

出典：田中謙一「ドイツにおけるジェネリック医薬品の供給」(健保連海外医療保障 No.89)
元出所は公的医療保険中央連合会「Fakten und Zahlen Thema : Arzneimittelfestbeträge」
http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/PM_2010-03-05_Anlage_Faktenpapier_Festbetr%C3%A4ge_mit_Tabelle_12302.pdf

²⁴ 公的医療保険中央連合会「Fakten und Zahlen Thema : Arzneimittelfestbeträge」による。

図表 87 参照価格の設定による薬剤費縮減額の推移



出典：公的医療保険中央連合会「Fakten und Zahlen Thema : Arzneimittelfestbeträge」
http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/PM_2010-03-05_Anlage_Faktenpapier_Festbetr%C3%A4ge_mit_Tabelle_12302.pdf

【有用性評価²⁵】

2011年1月、医薬品市場新秩序法（AMNOG）の施行により、参照価格のない新薬による支出増加を抑制するための対策が講じられている。製薬企業は、2011年以降、新薬について、既存の医薬品と比較した有用性を証明する資料を提出する。共同連邦委員会は新薬が付加的な有用性を有するか否か、どのような有用性を有しているか、どのような条件のもとに処方が許容されるかを決定する。この決定に基づき、公的医療保険中央連合会と製薬企業との交渉により、償還額が決定される。付加的な有用性が証明されない場合は参照価格での償還となる。また、両者の間での価格交渉が成立しなかった場合は、両者は医療制度品質・経済性研究所（IQWiG）に対し、費用対効果評価を申請することができる。

²⁵ 本記述は、財団法人医療保険業務研究協会委託事業/みずほ情報総研(株)「諸外国の審査支払機関等に関する調査研究 ドイツ報告書」(2011年9月)に収載されている連邦保健省提供資料「公的医療保険医薬品市場の改革」に基づく。

< 家庭医制度 >

ドイツでは病院と保険医の機能分化が進んでおり、医療機関同士の機能連携が重要となるが、その際、家庭医が重要な役割を担っている。

家庭医は、患者の家庭環境を踏まえた総合的継続的な医学的ケア、診断・治療・看護の調整、治療データ、診断所見等の収集、評価及び保存等の任務を担うこととされており（社会法典第5編第73条第1項）、患者情報の収集・管理や診療行程の管理の機能を担っている。被用者は家庭医の下で初診を受ける義務はないが、多くの患者はまず家庭医を受診する行動をとることが多い²⁶。

また、外来診療における診療料の導入（2004年1月）に合わせ、家庭医中心診療も導入されている。家庭医中心診療への参加者（参加は任意）が眼科及び産婦人科以外の専門医を外来受診する場合は、その家庭医の紹介状を持って受診することが義務付けられる。そして、参加者は年に20€を負担すると、四半期ごとに最初の受診時に支払う診療料10€の支払いが免除される。

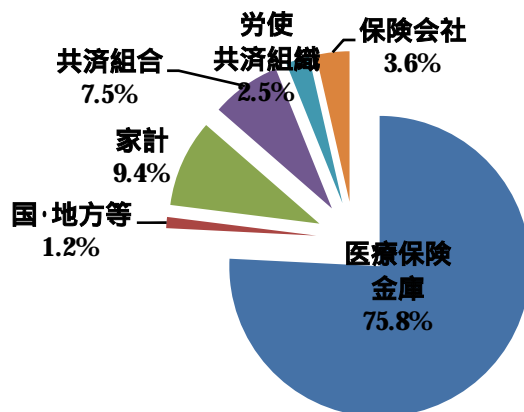
²⁶ 田中伸至「ドイツ医療供給体制の法的構造 - 機能分化・適正配置・機能連携 - 」『健保連海外医療保障No.82』

(2) フランスの給付構造

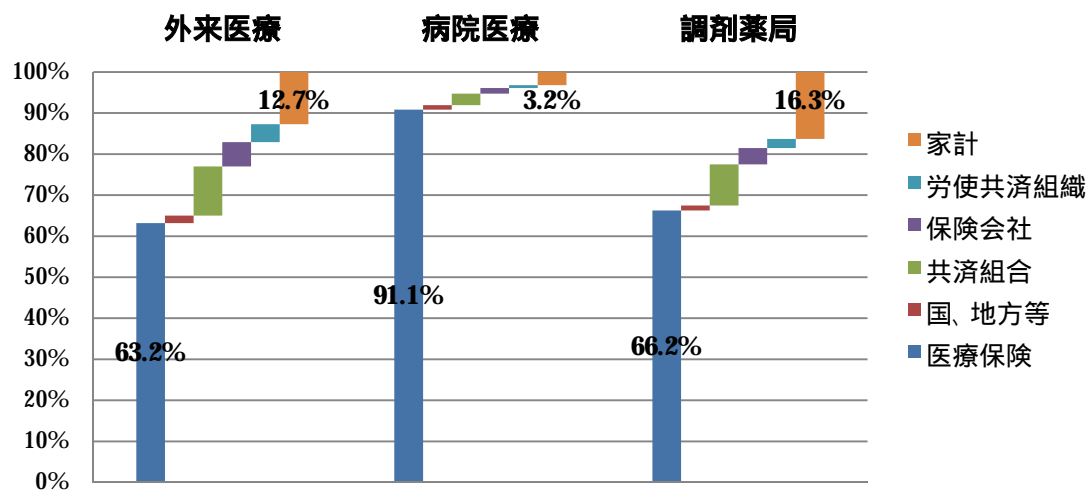
医療・医療財の財源主体別の構成割合のうち、「医療保険金庫」の負担割合は約76%となっている(図表88)。一方、実際の医療サービスに対する給付率(償還率)をみると(図表90)、外来では医師の診察:7割給付、看護師等の医療補助者による行為:6割給付に対して、入院:8割給付と、外来と入院では給付率が異なる。また、薬剤では、15%、30%、65%、100%の4区分あり、軽度、高度、代替性のないもの等、薬剤の性質によって給付率がかなり異なっていることがわかる。

医療行為・サービスごとに給付率が異なる状況を、支出項目別/財源主体別構成割合からみたものが図表89である。これをみると、医療保険金庫の負担割合は、外来医療:63%、調剤薬局:66%、病院医療:91%と、病院医療で9割をカバーしている。

図表 88 医療・医療財の財源主体別構成割合:2010年



図表 89 支出項目別・財源主体別構成割合:2010年



出典：Comptes nationaux de la santé 2010.

図表 90 給付率 (2011 年 5 月 ~)

		一般	高齢者連帯 手当受給者等
診療報酬	医師、歯科医師、助産師の報酬	70%	80%
	医療補助者(看護師、運動療法士、言語療法士、機能矯正士、足治療専門医)の報酬	60%	80%
検査費用	B 分類の行為(生物学的行為)	60%	80%
	P 分類の行為(病理細胞・解剖検査)	70%	80%
	医師、歯科医師、助産師による検体採取	70%	80%
	医療補助者等による検体採取	60%	80%
	HIV 及び C 型肝炎の抗体検査	100%	100%
薬剤	白ラベルの薬剤	65%	65%
	青ラベルの薬剤	30%	30%
	オレンジラベルの薬剤	15%	15%
	代替性がなく、特に高価な薬剤	100%	100%
	薬剤師調剤による薬剤 (PMR)	65%	65%
	薬剤師調剤による 30%償還薬剤 (PM4)	30%	30%
	ホメオパシーの調剤等	30%	30%
その他の医療費	眼鏡・コンタクトレンズ	60%	80%
	補聴器	60%	80%
	包帯、付随品、小型機器	60%	80%
	整形外科	60%	80%
	大型機器(補装具、義肢、車椅子)	100%	100%
	人体による生成物(血液、母乳、精液)	100%	100%
	移送費	65%	100%
温泉療法	診療報酬(包括的医療指導、補足的医療行為)	70%	80%
	水治療	65%	80%
	宿泊費用・移送費用	65%	80%
	入院による温泉療法	80%	100%
入院	入院費用	80%	80%
	他の病院への転院	100%	100%

1. 高齢者連帯手当 (ASPA) 及び老齢連帯基金 (FSV) の補足手当受給者となる低所得高齢者
 2. 入院費用には滞在費、手術室費、医師・医療補助者への報酬及び検査費用が含まれる。
- 出典：江口隆裕「フランス医療保障の制度体系と給付の実態 基礎制度と補足制度の関係を中心に」(筑波ロー・ジャーナル 10 号, 2011.10)p14、ameli-fr-Relevé et taux de remboursement

一般制度・医療保険（CNAM-maladie）における2010年の給付費総額は1,409億€で、内訳は、医療給付（傷病手当金を含む）：1,296億€、出産給付：68億€、障害給付：43億€となっており、医療給付と出産給付で全体の約96%を占める。

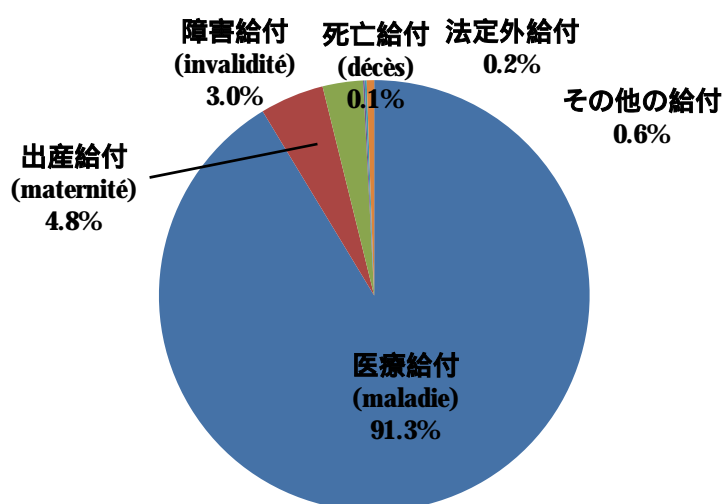
参考までに、全体の約9割を占める「医療給付」の内訳をみると、医療施設（病院）：43.7%、薬剤（外来）：12.7%、開業医師・歯科医師報酬（外来）：12.5%、社会施設：10.7%、傷病手当金：6.6%、コメディカル報酬（外来）：5.1%、その他：4.8%、薬剤以外の医療財（外来）：3.9%となっている。

図表 91 医療保険・疾病部門(CNAM-maladie)：社会給付費 (prestations sociales) の推移

金額:100万€	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
法定給付 (prestations légales)	121,048	126,471	129,399	136,529	140,852
医療給付 (maladie)	116,620	115,932	118,821	125,315	129,561
出産給付 (maternité)		5,984	5,982	6,596	6,835
障害給付 (invalidité)	4,269	4,398	4,435	4,458	4,292
死亡給付 (décès)	160	158	161	161	164
法定外給付 (prestations extalégales)	427	380	215	254	221
その他の給付	656	708	716	896	796
合計	122,130	127,559	130,330	137,680	141,868

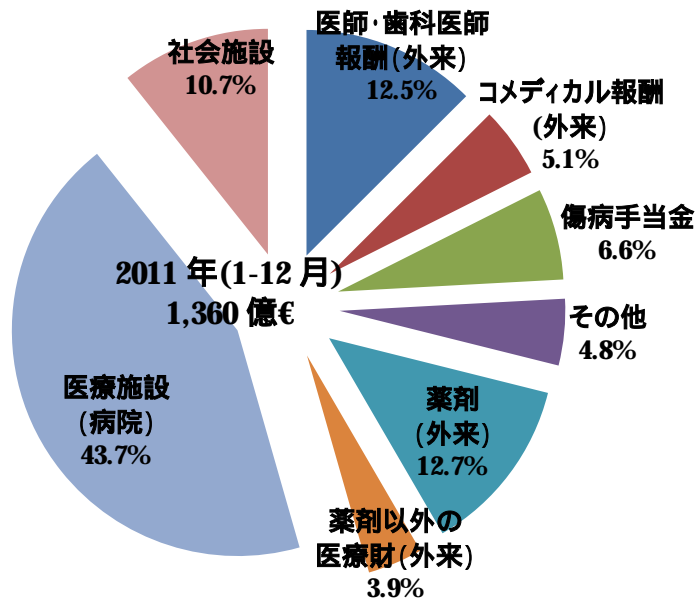
出典：Commission des comptes de la Sécurité sociale(2007,2008,2009,2010,2011)：Les comptes du régime général-Tableau, CNAM-maladie 「charges」を基に作成。

図表 92 疾病部門社会給付費の構成割合：2010年



(参考)

図表 93 医療給付費 1,360 億€の支出項目別割合:2011 年(1-12 月分)



出典 : ameli-fr -Communiqué sur les dépenses de santé - 31 janvier 2012

< 医療・医療財の分野別支出割合の推移 >

2010年の医療・医療財総額：1,750億€の主な分野別支出項目をみると、病院医療：812億€、外来医療：440億€、薬剤：344億€となっており、構成割合では、病院医療：46%、外来医療：25%、薬剤支出：20%と、「病院医療」が半数近くを占めている。

しかし「病院医療」の支出割合は、1980年では50%を超えていたが、その後、徐々に減少してきたことがわかる。一方で、80年代後半から「外来医療」の割合が増加、90年代以降、「薬剤」の割合も増加していることがわかる。

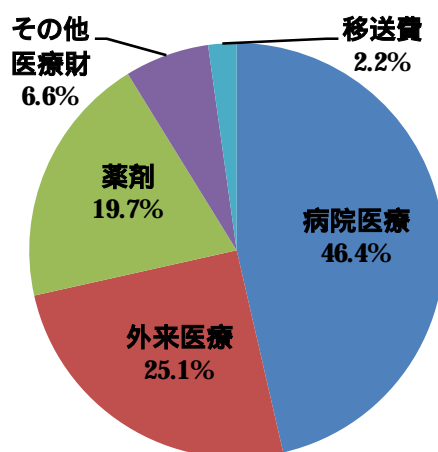
また、近年もっとも割合が増えているのは、「その他の医療財」で、1990年では3%であったのが、2000年に5%、2010年には6%となっている。

図表 94 医療・医療財の分野別支出額の推移(2005年ベース)

金額:100万€	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
病院医療	68,487	71,051	73,644	76,208	79,116	81,204
外来医療	37,372	38,822	40,739	42,066	43,191	43,953
薬剤	30,688	31,491	32,696	33,393	34,075	34,449
その他医療財	8,753	9,332	10,042	10,667	10,978	11,578
移送費	2,816	3,053	3,231	3,377	3,595	3,784
合計	148,116	153,748	160,352	165,710	170,956	174,968

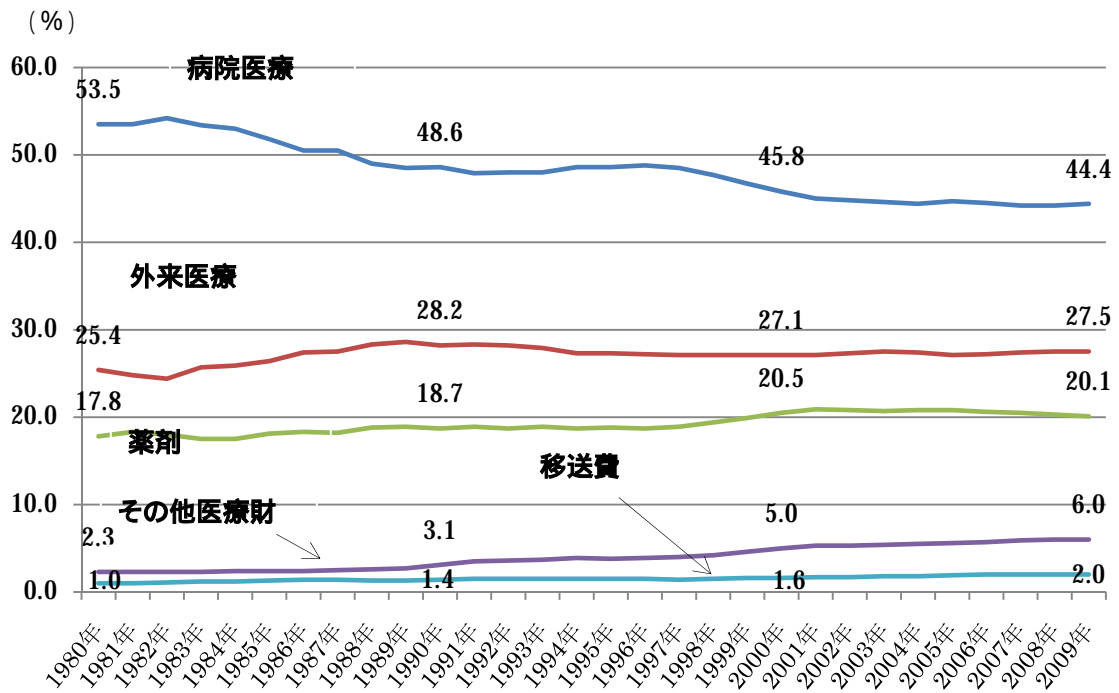
出典：Comptes nationaux de la santé 2010.

図表 95 医療・医療財の支出分野別構成割合:2010年

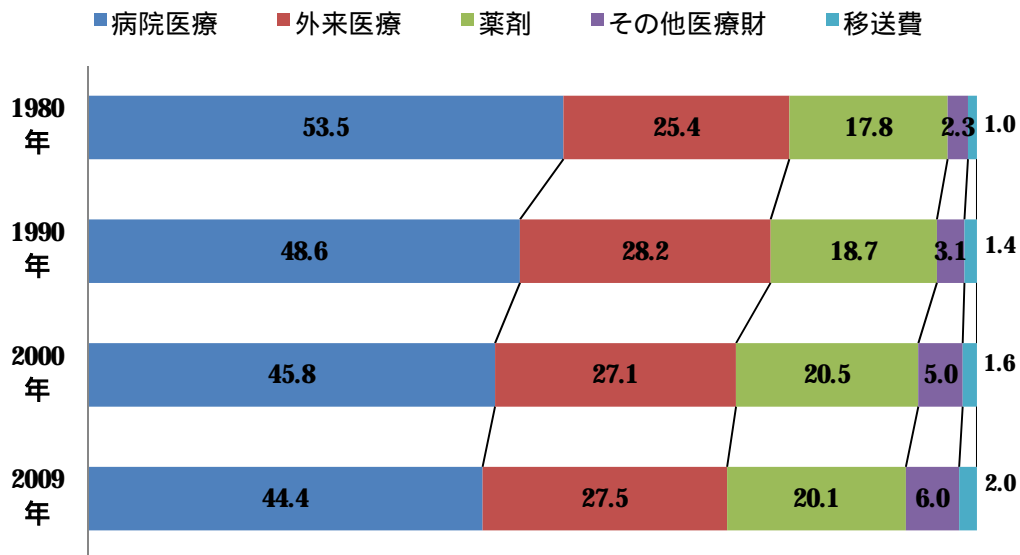


出典：Comptes nationaux de la santé 2010.

図表 96 医療・医療財の分野別支出割合の推移



出典：www.ecosanté.fr Données : Drees, Comptes Santé



出典：www.ecosanté.fr Données : Drees, Comptes Santé

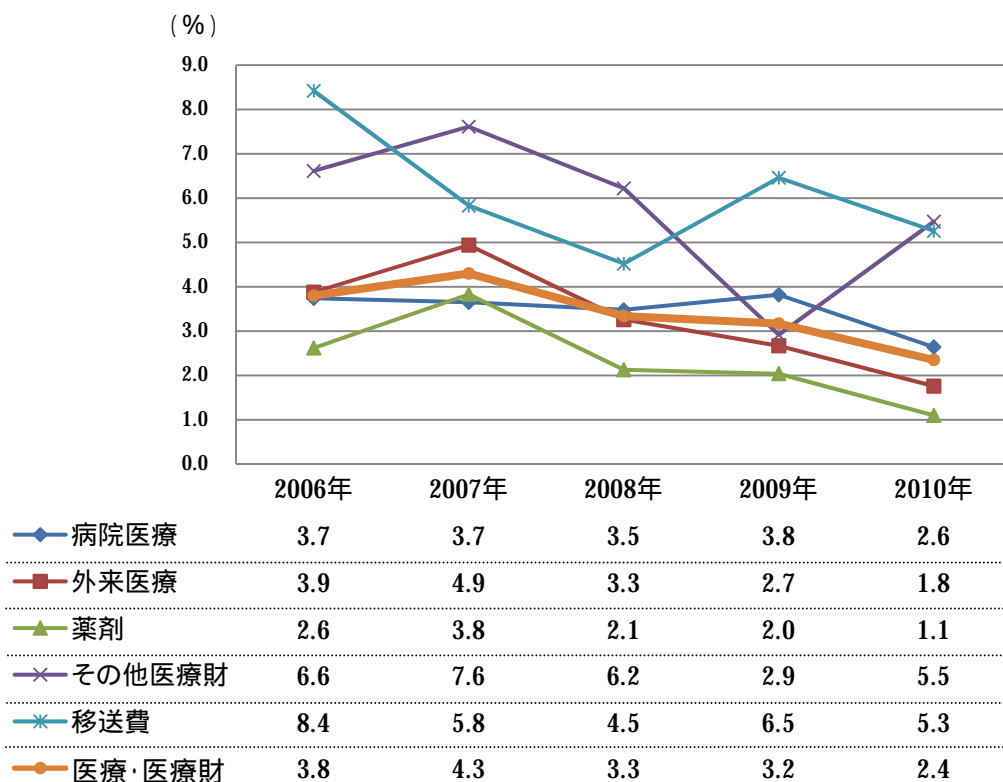
< 分野別支出額の対前年伸び率の推移 >

最近5年間(2006~2010年)の対前年伸び率の推移では、「その他医療財」と「移送費」を除く、主要3項目については2008年以降、医療・医療財と同調する形で減少傾向にある。

しかし、ジュペ・プランが行われた1996年を起点にその推移をみると、90年代後半から2000年初めにかけて非常に高い伸びを示していたことがわかる。これは1999年から皆保険・皆保障政策が採られ、低所得者等の医療扶助受給者や無保険者を医療保険制度の適用者とする「普遍的医療給付」(CMU: Couverture Maladie Universelle)が導入されたことによる影響と考えられる。

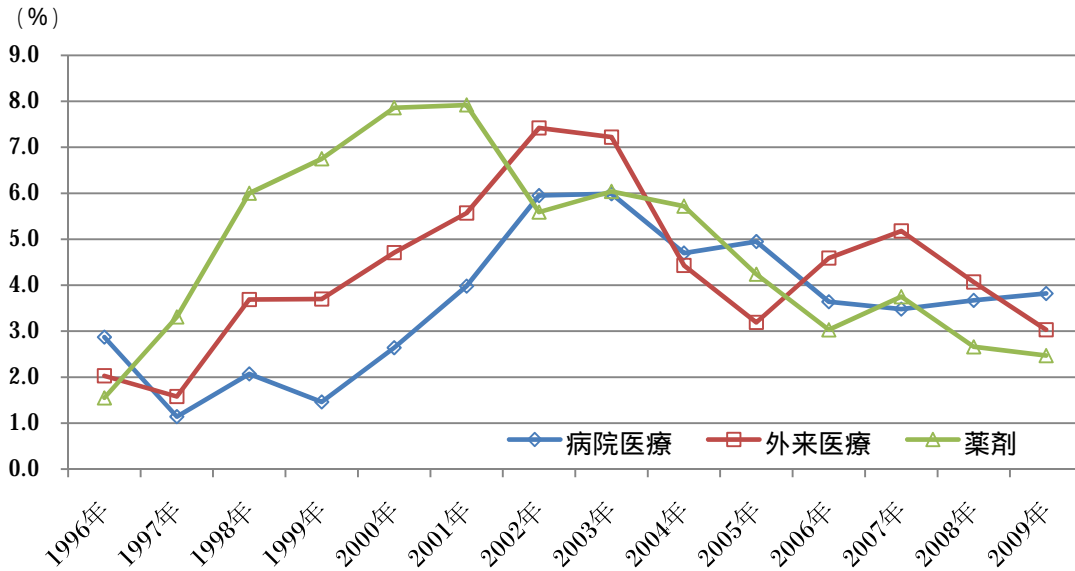
また、変化指数(2000年=100)の推移では、「薬剤」が2005年:95、2009年:85となっており、他の分野とは異なり、薬剤支出の減少が顕著な形で表れている。

図表 97 分野別支出額の対前年伸び率の推移(2006-2010年)



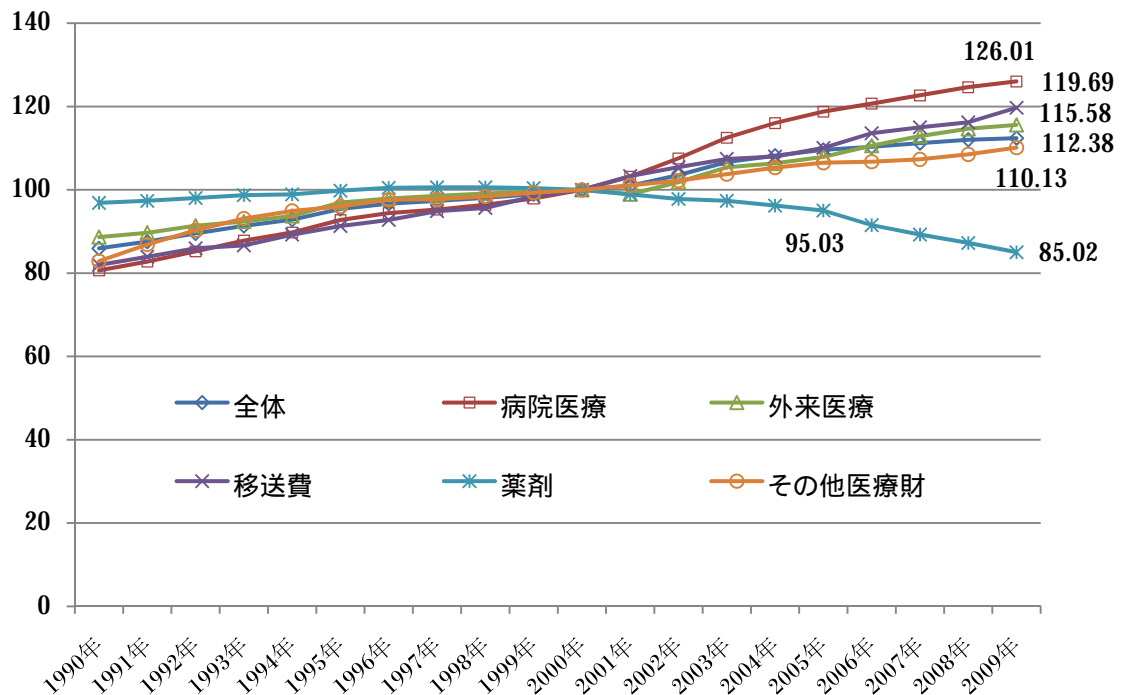
出典: Comptes nationaux de la santé 2010.

図表 98 主要3項目の対前年伸び率の推移(2000年ベース)



出典 : www.ecosanté.fr Données : Drees, Comptes Santé

図表 99 医療・医療財の分野別支出額の推移(指数 2000年 = 100)



出典 : <http://www.ecosanté.fr> Données : Drees, Comptes Santé

< 薬剤支出の適正化 >

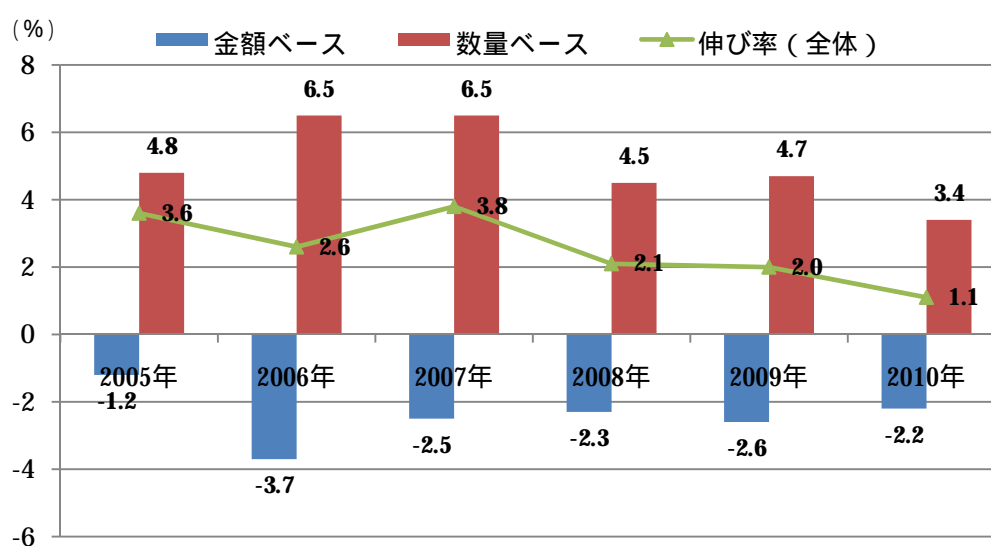
薬剤支出の対前年伸び率の推移を数量・金額ベースでみると、2010年では数量：3.4%、金額：-2.2%となっており、金額ベースでは2005以降、一貫してマイナスとなっており、数量ベースでも2008年以降伸びが鈍化している。

近年の薬剤支出の減少傾向の要因には、後発医薬品の使用促進(1999年～)、「参照価格制」(TFR：Tarif Forfaitaire de Responsabilité)の導入(2003年)薬価の引下げ、「医薬品計画」(2005-2007年)など、一連の薬剤支出抑制策が功を奏しているものと考えられる。また、2008年には更なる適正化措置が講じられており、これらによって2008年以降の伸び率の減少に寄与していることが考えられる。

《薬剤支出適正化のための措置》(2008年～)

- 薬剤給付の保険免責：薬剤1箱につき0.5€
- 「後発医薬品集」掲載の薬価引下げ及び参照価格の引下げ
- 医療上の有用性(SMR)が不十分と評価された薬剤450品目の償還率の35%から15%への引下げ(2010年1月1日)
- 3カ月包装医薬品の負担引上げ
- 目標設定価格の引下げ
- 抗高血圧薬、抗潰瘍薬、スタチン、抗うつ薬に対する医学的費用抑制
- 後発医薬品数の増加

図表 100 薬剤支出の対前年伸び率の推移

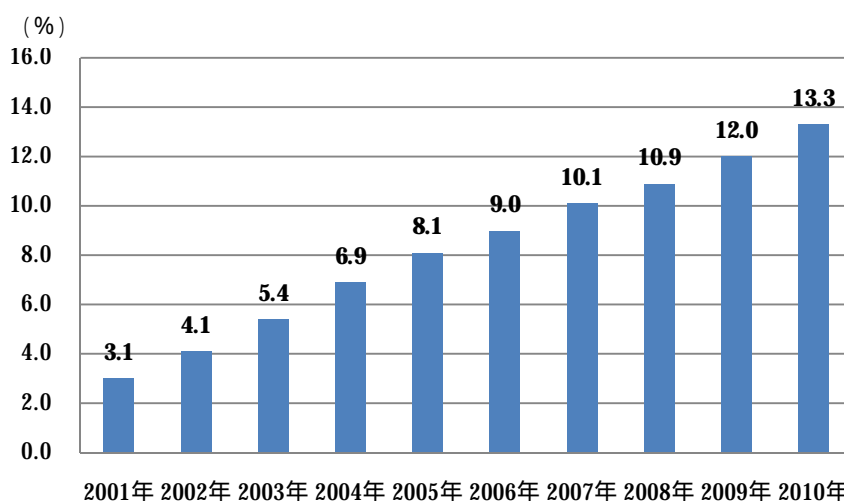


出典：Comptes nationaux de la santé 2010, p211

特に後発医薬品の使用促進は、薬剤師への代替調剤権の付与（1999年）、一般医の処方数のうち25.0を後発医薬品または一般名記載とする医療協約の締結（2002年）、後発医薬品の平均価格を参照基準とする「参照価格制」（2003年）の導入等、後発医薬品の使用促進を主眼とした、いくつかの措置との組み合わせによって薬剤支出抑制に寄与してきたと考えられる。

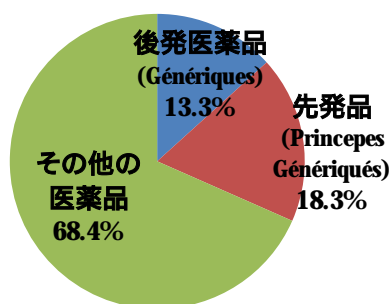
償還医薬品市場における金額シェアの推移をみると、2001年ではわずかに3.1%であったが、2005年に8.1%、2010年には13.3%となっている。医療保険全国金庫（CNAM）によれば²⁷、後発医薬品の使用促進による節減効果は医療保険制度全体で、2007年：約7.3億€、2008年：約9.1億€、2009年：約10億€と推計している。

図表 101 償還医薬品市場における後発医薬品の金額シェアの推移



出典：Dress :Les dépenses de médicaments remboursables en ville en 2003,2006,2008, Études et Résultats - No.240, No.508, No.729, Les ventes médicaments remboursables en 2005 Études et Résultats - No.580, Comptes nationaux de la santé 2009,2010

償還医薬品市場に占める金額シェア(2010年)



出典：Comptes nationaux de la santé 2010, p213

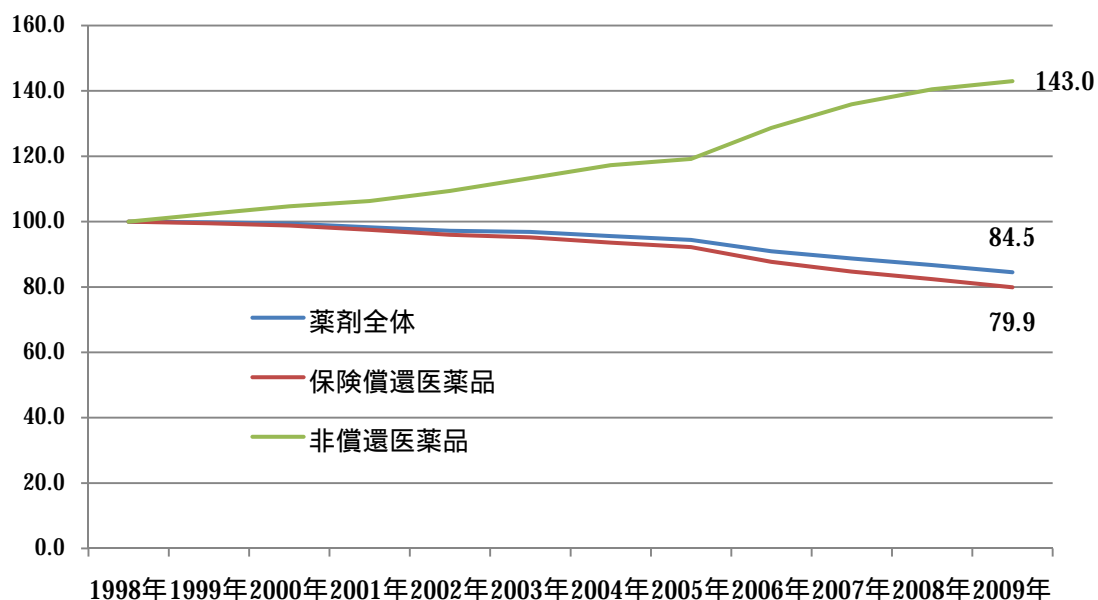
²⁷ Ameli.fr-communiqué et dossiers de presse- "Médicament génériques :plus d'1milliard d'euros d'économie en 2009,, (information presse 15 décembre 2009), "Médicaments génériques :un taux à 82%,, (point d'information 28 avril 2009)より。

保険償還・非償還別の医薬品価格の変化指数（1998年＝100）をみると、2009年の薬剤全体：84.5に対して、保険償還医薬品：79.9、非償還医薬品：143.0と、近年の医薬品価格の低下には償還医薬品価格が寄与していることが観察される。

また、償還医薬品支出の対前年伸び率の推移では、2004-2005年、2007年に伸び率の増加がみられるものの、全体として減少傾向にあることがわかる。直近の2009年は2.1%であるが、伸び率の構成をみると、マイナスに寄与している内容として、価格による影響分：-2.2%、後発医薬品による影響分：-0.9%、

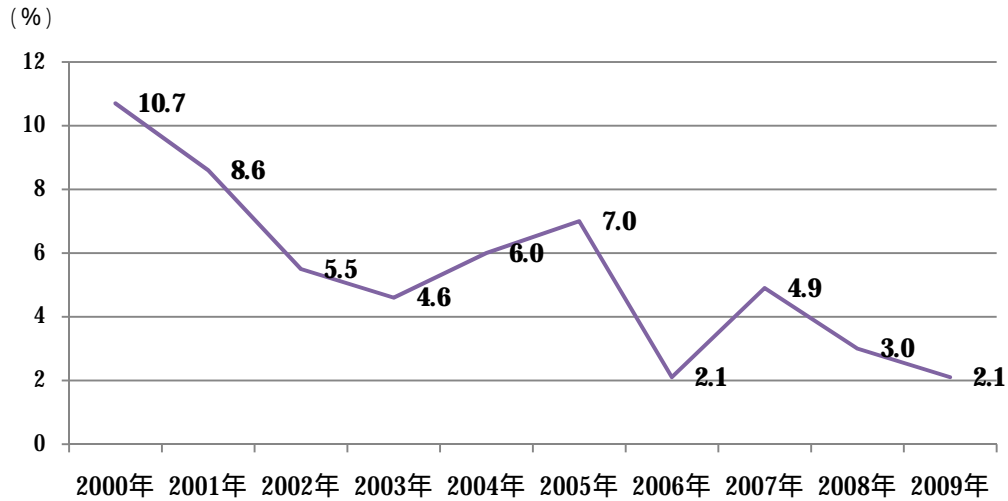
医薬品の3カ月包装化による影響分：-0.3% - となっており、価格引下げと後発医薬品による影響分が全体の伸び率の抑制に効果をもたらしているものと考えられる。

図表 102 償還・非償還別にみた医薬品価格の変化指数(1998=100)



出典：Comptes nationaux de la santé 2009-Tableaux :Graphique 2 - Evolution des prix des médicaments(Sources :Insee).

図表 103 償還医薬品支出伸び率の推移

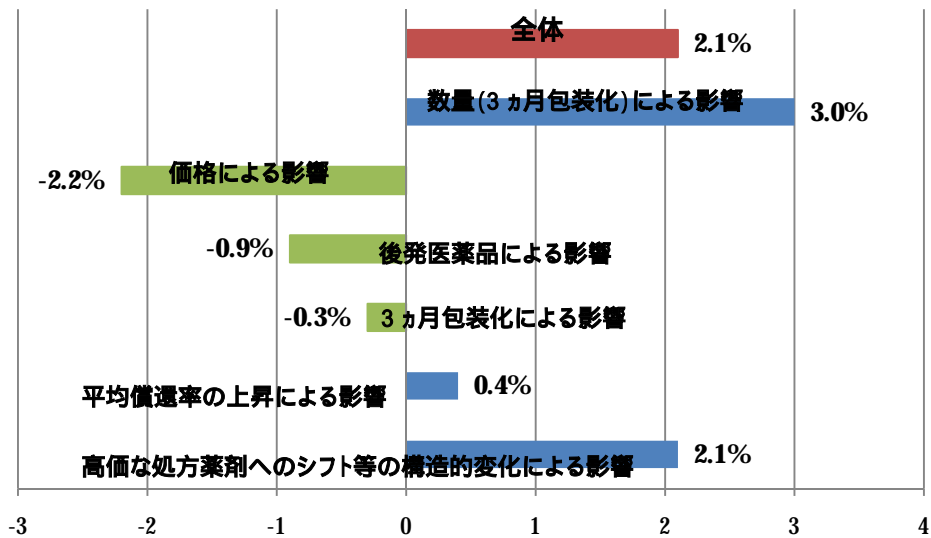


出典：ameli.fr-l'assurance maladie en ligne : Points de repère Décembre 2010 No.34

"Médicaments remboursables délivrés en officine : principales évolutions en 2009,, p3- figure 1

注：償還医薬品支出の内容は、共済補足組織 (SLM) 及び海外県を除く一般制度分である。

図表 104 償還医薬品支出(2009年)伸び率の内訳



出典：ameli.fr-l'assurance maladie en ligne : Points de repère Décembre 2010 No.34

"Médicaments remboursables délivrés en officine : principales évolutions en 2009,, p3- figure 2

< かかりつけ医制度と適切な治療行程を守らない場合の患者負担 >

フランスでは2005年から「かかりつけ医」(médecin traitant)制度が導入されている。16歳以上の被保険者・被扶養者は、一般医・専門医、開業医・勤務医の区別や地理的条件を問わず、かかりつけ医として指定することができる。かかりつけ医の変更はいつでも行うことができるが、複数の医師を指定することはできない。

かかりつけ医は、初期診療の提供のほか、ゲートキーパーの役割(患者を専門医に紹介する役割)、救急の場合の患者の状況の判断、長期疾患患者の治験実施計画の作成、患者の医療情報の管理などの役割を担う。

同制度の目的は、かかりつけ医の指示による「適切な治療行程」(le parcours de soins)のもとで患者の受診行動の合理化を図ることにあり、そのため、かかりつけ医を介さずに他の医師にかかった場合には、通常の場合と比べ、給付率が下がる仕組みとなっている。

たとえば一般医の「かかりつけ医」に受診した場合、診察料23€のうち、給付率7割の16.1€から受診時定額負担1€を差し引いた15.1€が給付額となるが、「かかりつけ医」を通さずに他の一般医に受診した場合には3割給付となり、受診時定額負担1€を差し引いた5.9€が給付額となる。

医師²⁸の診察料に対する給付額

		料金	給付基礎	給付率	定額負担	給付額
一般医						
セクター1	かかりつけ医	23€	23€	70%	1€	15.1€
	かかりつけ医を通さない場合			30%		5.9€
セクター2		自由料金	23€	70%		15.1€
専門医						
セクター1	かかりつけ医	25€	25€	70%	1€	16.5€
	かかりつけ医を通さない場合			30%		6.5€
セクター2		自由料金	23€	70%		15.1€
精神・神経科医						
セクター1		37€	37€	70%	1€	24.9€
セクター2		自由料金	34.3€	70%		23.01€

出典：江口隆裕「フランス医療保障の制度体系と給付の実態 基礎制度と補足制度の関係を中心に」(筑波ロー・ジャーナル10号, 2011.10) p15、ameli.fr - l'assurance maladie en ligne : Les consultations en métropole より作成。

²⁸フランスの医師は、医療保険金庫と医師間が締結する医療協約に基づき診療を行う「協約医」と、協約外の「非協約医」が存在し、「協約医」には、医療協約に基づく診療報酬のみを請求できる「セクター1」と、自由に料金を請求できる「セクター2」が存在する。

< 一般制度・医療保険 (CNAM) の収支の推移 >

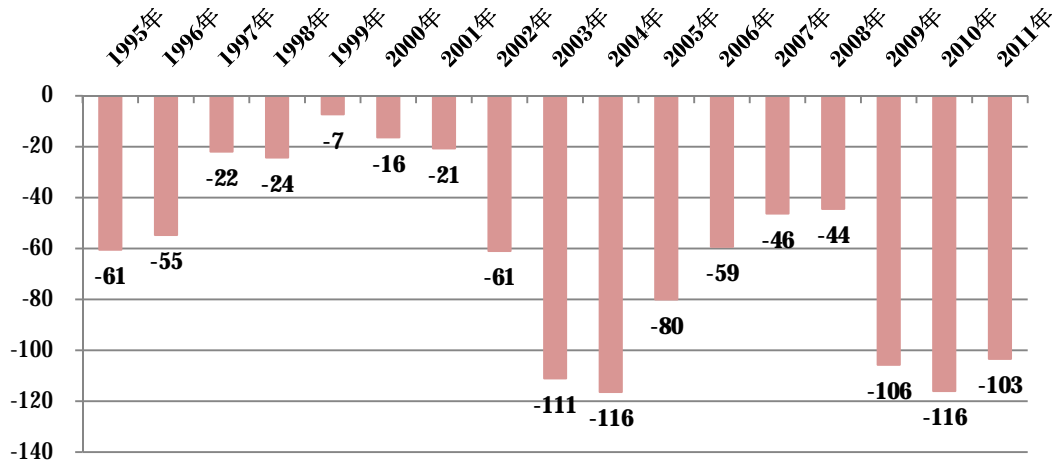
近年の一般制度・医療保険の収支の推移をみると、依然、赤字が続いており、赤字基調のもと3-4年周期で改善・悪化を繰り返している状況にある。

主として財源政策に力点を置いた、ジュペ・プラン (Juppé plan) の改革によって1997年-2001年間の赤字幅は大きく改善するが、2002年-2004年間に再び大きな赤字となっている。

この状況を大きく改善させたのが、かかりつけ医制度の導入や後発医薬品の使用促進による薬剤支出抑制策を打ち出した、2004年のブラジー・プラン (Blazy plan) である。ブラジー・プラン以降、社会保障財政法では図表64「2005年～2009年実施の医療支出抑制措置」にあるように、自己負担の引上げや保険免責の導入、薬価の引下げ等、会計的費用抑制に力点を置いた政策が展開されているものと判断される。

こうしたなか、「全国医療支出目標」(ONDAM: Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) による目標数値と実績値の推移をみると、導入当初の97年を除き、全体での実績値が目標数値を下回ることはないものの、「病院」部門、「開業医」部門別では、特に目標数値と実績値とのかい離が大きかった「開業医」部門のかい離幅が近年、縮小していることがわかる。

図表 105 一般制度・疾病部門(CNAM-maladie) 収支の推移

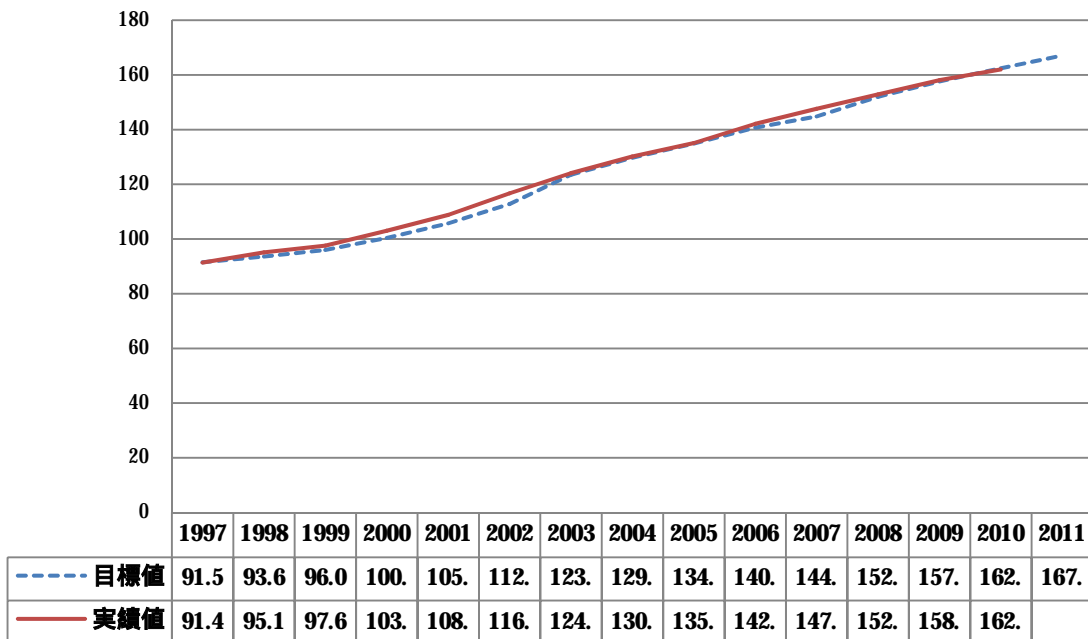


(金額：億€)

出典：www.ecosanté.fr Données : Drees, Comptes Santé. 2011 年は見込み。

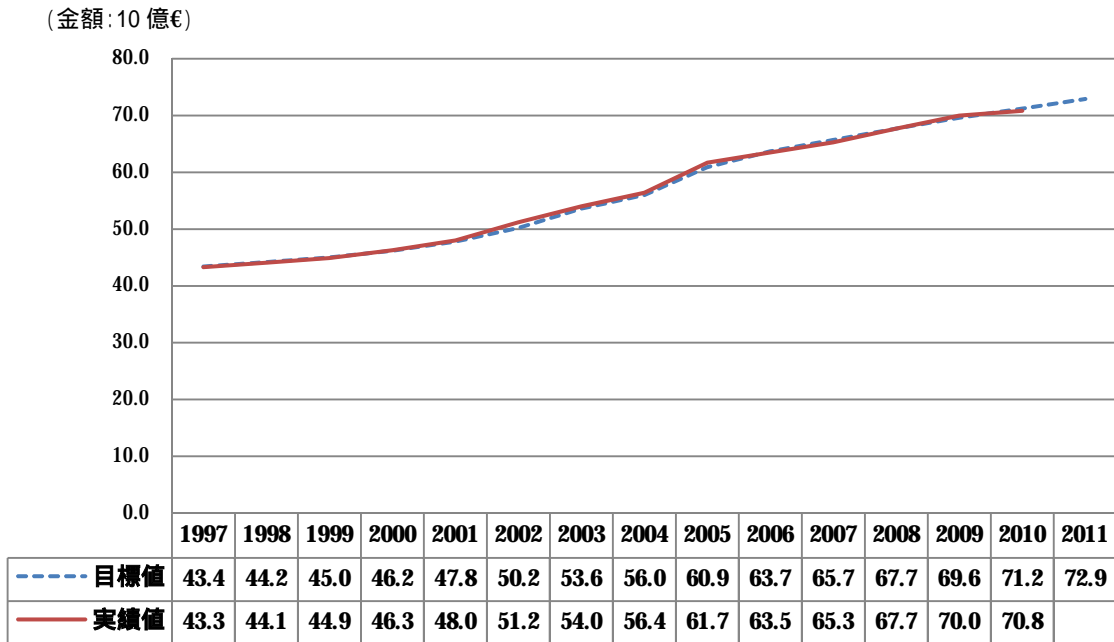
図表 106 全国医療支出目標と実績値の推移

(金額：10 億€)



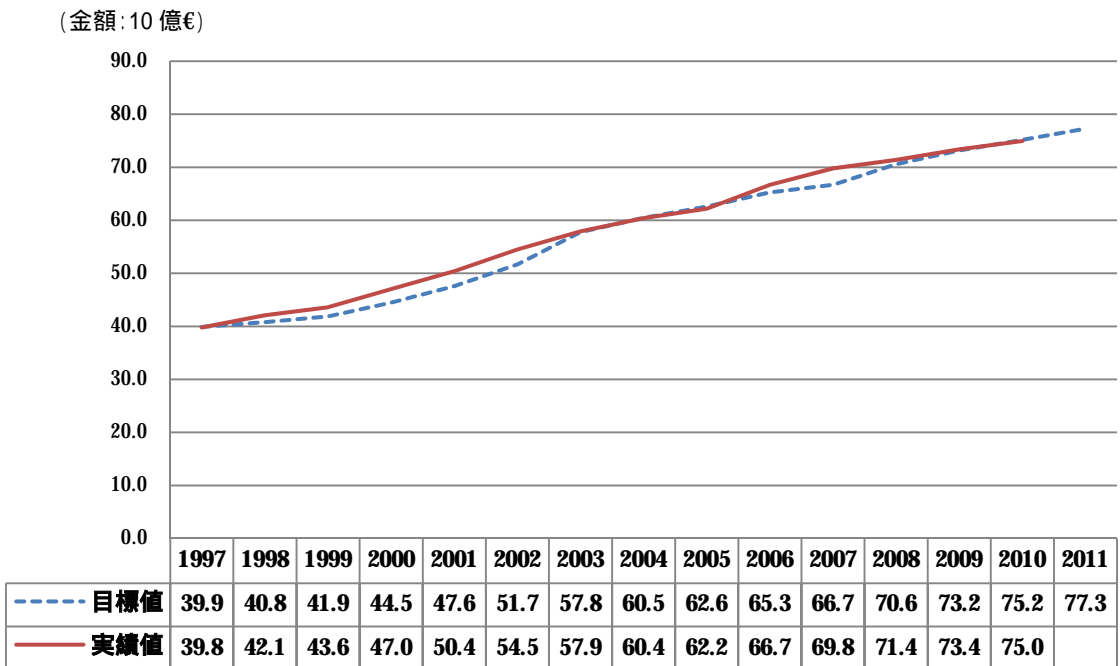
出典：www.ecosanté.fr Données : Drees, Comptes Santé.

図表 107 「医療施設」部門：全国医療支出目標と実績値の推移



出典：www.ecosanté.fr Données : Drees, Comptes Santé.

図表 108 「開業医」部門：全国医療支出目標と実績値の推移



出典：www.ecosanté.fr Données : Drees, Comptes Santé.

(3) 我が国の給付構造

2009年の国民医療費は36兆67億円で、分野別支出内訳は、「入院医療費」が13兆2,602億円(36.8%)、「入院外医療費」が13兆4,823億円(37.4%)、「歯科診療医療費」が2兆5,587億円(7.1%)、「薬局調剤医療費」が5兆8,228億円(16.2%)、「その他(入院時食事・生活医療費及び訪問看護医療費)」が8,826億円(2.5%)となっている²⁹。

支出構成比を2000年と2009年で比較すると(図表109)、「入院医療費」が0.7ポイント、「入院外医療費」4.1ポイント、「歯科診療医療費」が0.6ポイント低下しているのに対し、「薬局調剤医療費」は7.0ポイント上昇しており、「薬局調剤医療費」の比重の増加が顕著である。

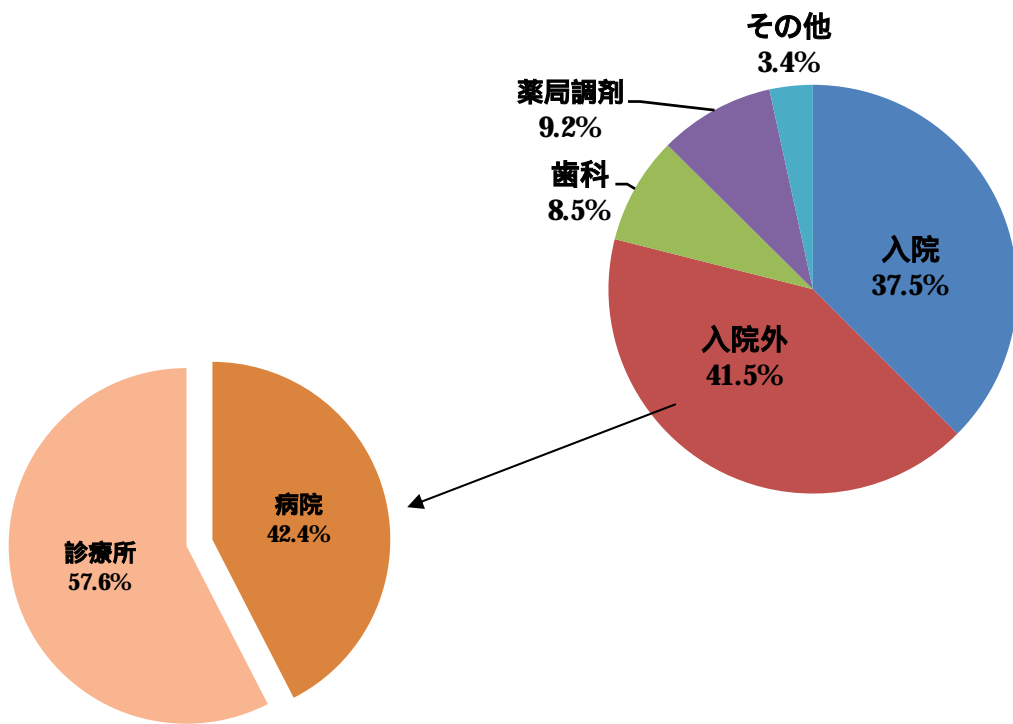
また、「入院医療費」と「入院外医療費」の関係をみると、2000年では、「入院医療費」が37.5%、「入院外医療費」が41.5%となっており、「入院外医療費」が上回っていたが、2009年では「入院医療費」が36.8%、「入院外医療費」が37.4%と、両者の差が縮まっている。「入院外医療費」の内訳をみると、2009年では「病院」が39.3%、「一般診療所」が60.7%となっており、「病院」が約4割を占める。

図表 109 国民医療費における医療支出の構成の推移

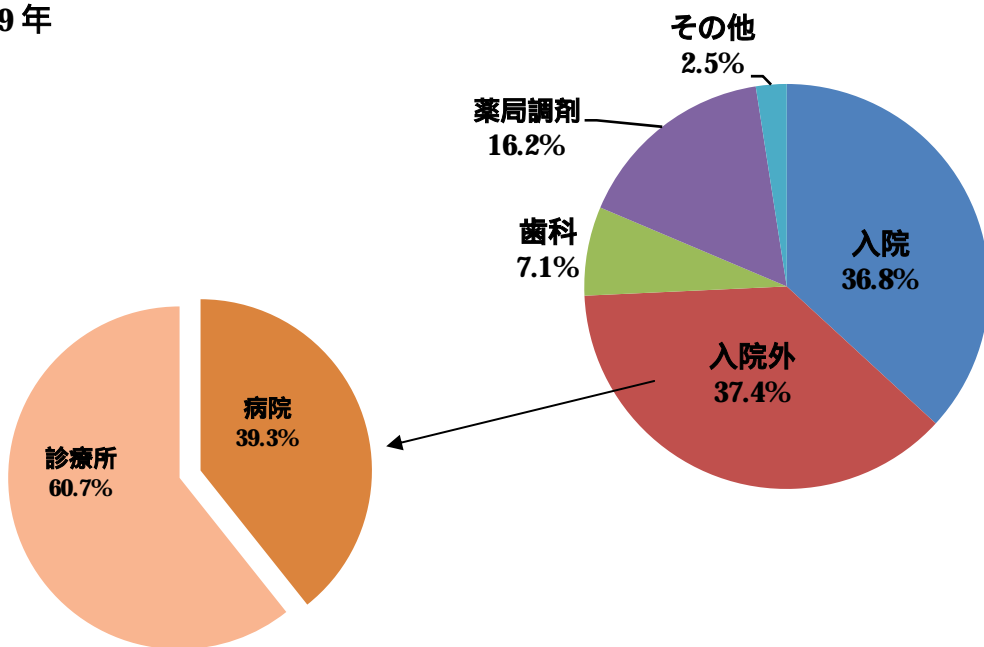
	2000年		2009年	
	(億円)	(%)	(億円)	(%)
入院	113,019	37.5	132,602	36.8
入院外	124,941	41.5	134,823	37.4
歯科	25,569	8.5	25,587	7.1
薬局調剤	27,605	9.2	58,228	16.2
その他	10,285	3.4	8,826	2.5
計	301,418	100.0	360,067	100.0

²⁹ 各項目の説明は以下のとおり(厚生労働省「平成21年度国民医療費の概況」)。
 一般診療医療費：医科診療にかかる診療費、健康保険等給付対象となる柔道整復師・はり師等による治療費、移送費、補装具等
 歯科診療医療費：歯科診療にかかる診療費
 薬局調剤医療費：医師の発行する処方箋により保険薬局を通じて支給される薬剤等の額(調剤基本料等技術料と薬剤料の合計)
 入院時食事・生活医療費：2005年度まで「入院時食事医療費」(入院時食事療養費及び標準負担額の合計額)、2006年度から入院時食事療養費、食事療養標準負担額、入院時生活療養費及び生活療養標準負担額の合計額
 訪問看護医療費：訪問看護療養費、老人訪問看護療養費及びそれぞれの基本利用料の合計額

2000年



2009年



出典：厚生労働省「国民医療費」

支出額の対前年伸び率の推移をみると（図表 110）1991 年から 2009 年間の伸び率の単純平均は、「入院医療費」が約 2%、「入院外医療費」が約 2%、「歯科診療医療費」が 1%、「薬局調剤医療費」が 14%となっており、薬局調剤医療費が特に高い伸び率を示している。なお、いずれの項目も、診療報酬本体で 1.3%、全体で 2.7%の引下げが行われた 2002 年、診療報酬本体で 1.36%、全体で 3.16%の引下げが行われた 2006 年について、他の年に比べ伸び率が低くなっている。

支出額を、2000 年を基準（2000 年 = 100）とした指数でみると（図表 111）2009 年の指数は、医療費全体が 119 と 19%増加しており、「入院医療費」が 117、「入院外医療費」が 108、「歯科診療医療費」が 100、「薬局調剤医療費」が 211 で、「入院外医療費」、「歯科診療医療費」が全体よりも小さい伸びとなっている一方、「薬局調剤医療費」が高い伸びを示している。

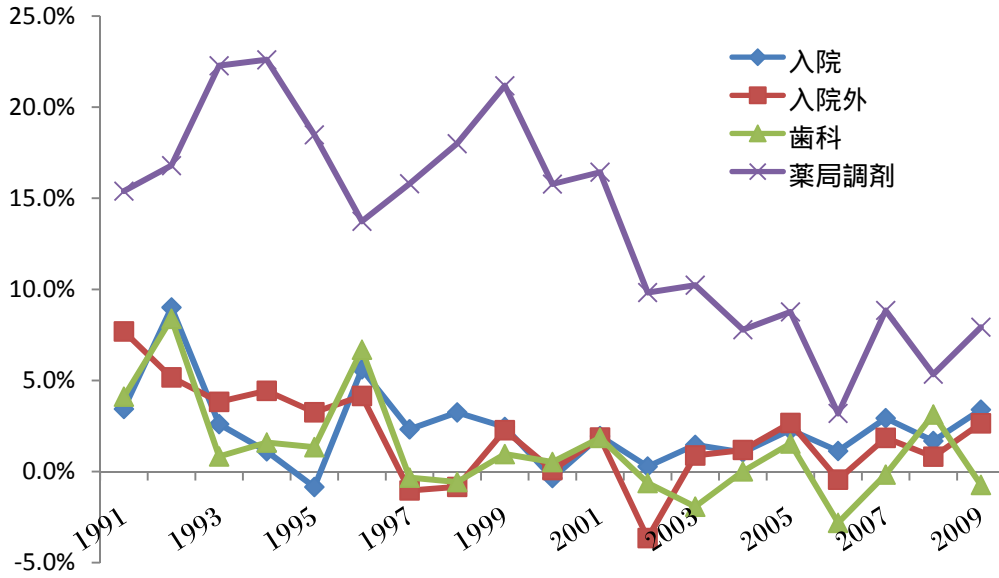
「薬局調剤医療費」が高い伸びを示している背景の一つには、医薬分業率の上昇がある。2000 年に 39.5%であった分業率は、2009 年には 21.2 ポイント増の 60.7%となっており（図表 112）調剤薬局を通して薬剤を受け取る比率が多くなったことが、薬局調剤医療費の伸びにつながっている。

これに加え、処方せん 1 枚当たり調剤医療費が伸びている（2005 年度：7,043 円、2009 年度：8,034 円（対 2005 年度比 14%増））ことが背景にある。内訳をみると、技術料が 2005 年度：1,905 円から 2009 年度：2,104 円（対 2005 年度比 10%増）に、薬剤料が 2005 年度：5,128 円から 2009 年度 6,011 円（対 2005 年度比 17%増）に上昇している。

薬剤料に関連して後発医薬品の利用状況をみると、2009 年の我が国の後発医薬品のシェアは、数量ベースで 20.2%、金額ベースで 7.6%となっている³⁰。なお、政府目標としては、2012（平成 24）年度までに、後発医薬品の数量シェアを 30%以上とすることが打ち出されている。

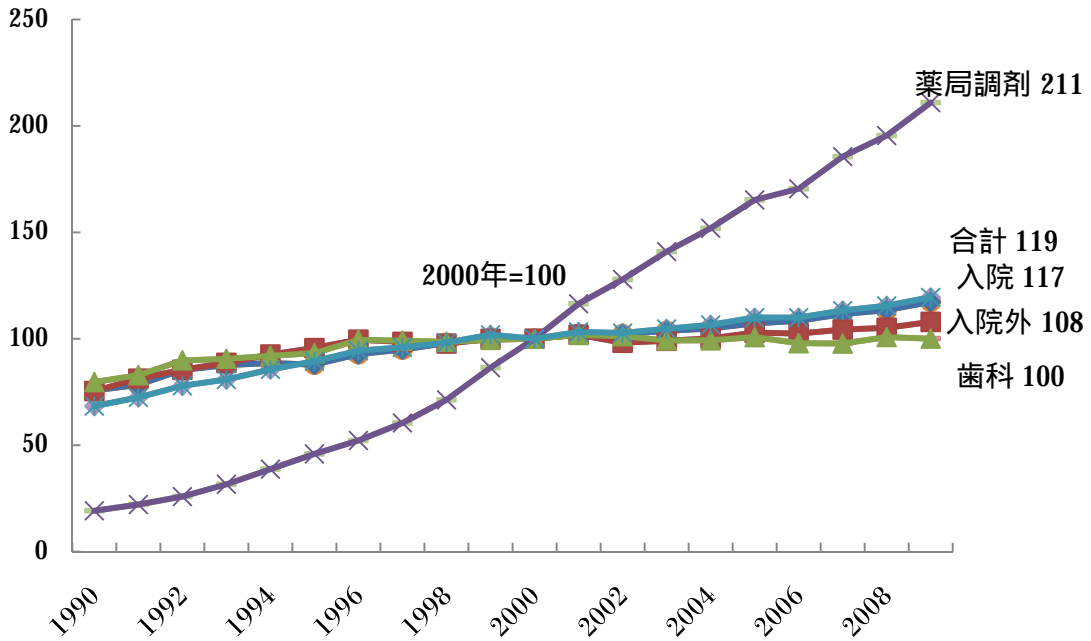
³⁰ 社会保障審議会医療保険部会（第45回、平成23年9月16日）資料「次期診療報酬改定の基本方針の検討について」による。

図表 110 国民医療費の診療種別支出の対前年伸び率の推移



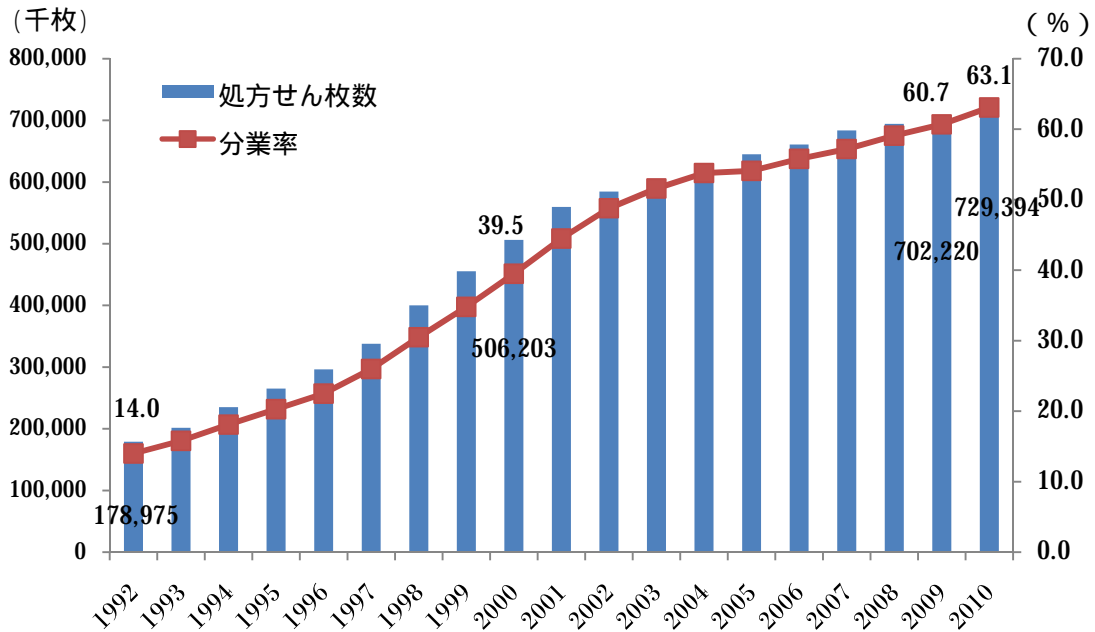
出典：厚生労働省「国民医療費」を基に作成。

図表 111 国民医療費の診療種別支出の推移 (指数 2000年 = 100)



出典：厚生労働省「国民医療費」を基に作成。

図表 112 医薬分業の推移

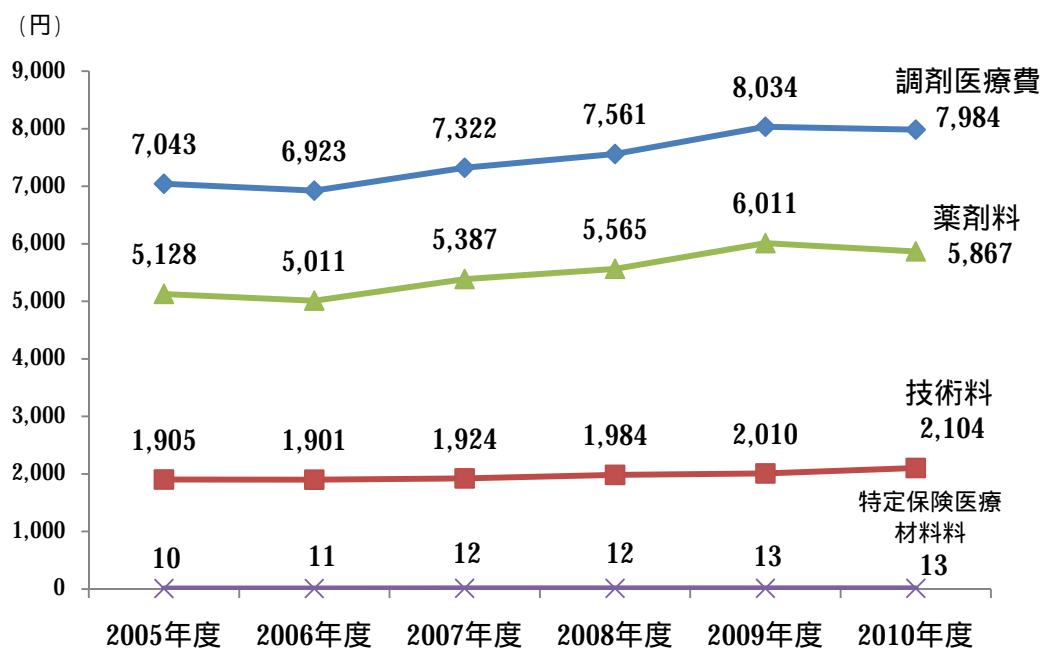


注 1 分業率=処方せん受取率=処方せん枚数（薬局での受付回数）/（医科診療（入院外）日数×医科投薬率+歯科診療日数×医科投薬率）

注 2 各投薬率は厚生労働省「社会医療診療行為別調査」を基に毎年日本薬剤師会で算出したもの。

出典：日本薬剤師会「医薬分業進捗状況（保険調剤の動向）」のデータを基に作成。

図表 113 処方せん1枚当たり調剤医療費の報酬別内訳の推移



単位：円

	2005年度 10～3月	2006年度 4～3月	2007年度 4～3月	2008年度 4～3月	2009年度 4～3月	2010年度 4～3月
調剤医療費	7,043	6,923	7,322	7,561	8,034	7,984
技術料	1,905	1,901	1,924	1,984	2,010	2,104
構成比(%)	(27.0%)	(27.5%)	(26.3%)	(26.2%)	(25.0%)	(26.4%)
薬剤料	5,128	5,011	5,387	5,565	6,011	5,867
構成比(%)	(72.8%)	(72.4%)	(73.6%)	(73.6%)	(74.8%)	(73.5%)
特定保険医療材料料	10	11	12	12	13	13
構成比(%)	(0.1%)	(0.2%)	(0.2%)	(0.2%)	(0.2%)	(0.2%)

出典：厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向（平成23年3月号）」

給付構造の比較のまとめ

ア.支出構造

支出構造を比較すると、入院医療はドイツ：35.9%（2010年）、フランス：46.4%（2010年）、日本：36.8%（2009年）、外来医療はドイツ：23.9%（医科+歯科）、フランス：25.1%、日本：44.5%（入院外+歯科）、薬局（薬剤）はドイツ：18.7%、フランス：19.7%、日本：16.2%となっており、我が国は、他の2カ国と比較すると、外来医療費の比重が大きく、薬局医療費の比重がやや小さいという特徴がある。

外来医療については、ドイツ、フランスにおいては病院は主に入院治療を担い、外来診療はほとんど行っていないのに対し、我が国においては病院においても外来医療が行われており、外来医療費の支出のうち、病院に対する支出が約4割を占めている。

イ.支出の伸び

2000年を100とした場合の支出額の水準を比較すると、ドイツでは、2010年で全体が131、入院治療：132、医科外来：123、歯科外来：102、薬剤：155となっており、全体に比べ薬剤の伸びが高くなっている。

フランスでは全体：112、病院医療：126、外来医療：116、移送費：120、薬剤：85、その他医療財：110となっている。

我が国では、2009年で全体が119に対し、入院医療費：117、入院外医療費：108、歯科診療医療費：100、薬局調剤医療費：211となっている。

全体的な医療費の伸びでは、我が国の医療費の伸びは、2000年を基準とした場合、ドイツ、フランスに比べ伸び率が高くなっている。

薬剤関連では、我が国では、薬局調剤医療費の伸びが2カ国に比べ特に高くなっている。この背景には、医薬分業が進み、調剤薬局を通じて医薬品を受け取る割合が増加したことが影響していることに留意が必要であるが、この他にも、処方せん1枚当たり調剤医療費が伸びている（2005年度：7,043円、2009年度：8,034円（対2005年度比14%増））ことが影響している。内訳をみると、技術料が2005年度：1,905円から2009年度：2,104円（対2005年度比10%増）に、薬剤料が2005年度：5,128円から2009年度6,011円（対2005年度比17%増）に上昇している。公的医療保険の支出に占める我が国の薬局調剤医療費の比率は16.2%で、他の2カ国（ドイツ：18.7%、フランス：19.7%）よりも比重は小さいものの、伸び率は2カ国に比べ高くなっていることから、今後の薬局調剤医療費の動向に着目する必要があると考えられる。

ウ.医療費適正化に向けた取り組み

)薬剤支出

薬剤支出の適正化に関しては、ドイツにおいては、保険医の処方に関する標準値審査、薬局における代替調剤ルール、参照価格制度、割引契約、医薬品の費用対効果評価などの措置がとられている。

フランスにおいては、後発医薬品の使用促進（1999年～）、「参照価格制」の導入（2003年）薬価の引下げなどの措置がとられている。

我が国においては、後発医薬品の使用促進について、「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」（平成19年10月）等の取り組みが行われている。

後発医薬品の使用状況については、データの出所等が異なるため単純には比較できないが、後発医薬品のシェアは、ドイツでは処方件数で70.1%、売上高で35.9%（2009年）、フランスでは金額ベース：13.3%（2010年）、我が国では数量ベース：20.2%、金額ベース：7.6%（2009年）となっており、2カ国に比べ我が国の後発医薬品の利用は低い水準にあると考えられる。

)かかりつけ医

ドイツにおいては、家庭医が、患者情報の収集・管理や診療行程の管理の機能を担っている。被保険者は家庭医の下で初診を受ける義務はないが、多くの患者はまず家庭医を受診する行動をとることが多い。

また、2004年1月より家庭医中心診療が導入されており、参加者（参加は任意）は、専門医を外来受診する場合は家庭医の紹介を受けることが義務付けられる。

フランスにおいては2005年より「かかりつけ医」制度が導入されている。かかりつけ医の指示による適切な治療行程のもとで患者の受診行動の合理化を図るため、かかりつけ医を介さずに他の医師にかかった場合には、通常と比べ、給付率が下がる仕組みとなっている。

我が国においては、かかりつけ医について、国民にわかりやすくその普及・定着を図ることが必要とされている（社会保障審議会医療部会「医療供給体制に関する意見」（平成17年12月8日））が、かかりつけ医の登録や受診を義務付ける制度はない。

図表 114 3カ国の給付構造の比較

項目	ドイツ	フランス	日本
医療給付	<p>現物給付（費用の全額） 患者負担 （04年「公的医療保険近代化法」）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・開業医等の受診時 10€（四半期毎の初受診時） ・入院時 1日当たり10€（年28日限度） ・薬剤 費用の10%（最低5～最高10€） ・補助具 費用の10%（最低5～最高10€） ・歯科補綴 費用の50%（定期健診受診の実績により10～15%のボーナス加給あり） <p>患者負担限度：年間実所得の2%（慢性疾患患者は同1%） 支給期間 制限なし</p>	<p>償還制（以下は「一般制度」の償還率）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外来診療 70%（特定の疾患は100%）及び1回につき1€を負担（上限50回まで） ・薬剤費 65%（特定の疾患は100%、大衆保健薬は35%） ・入院治療費 80%を現物給付 ・入院定額負担金 18€/日 <p>支給期間 制限なし</p>	<p>現物給付 患者負担</p> <ul style="list-style-type: none"> ・義務教育就学後から70歳未満 3割 ・義務教育就学前 2割 ・70歳以上75歳未満 2割（現役並み所得者は3割） ・長寿医療制度 1割（現役並み所得者は3割） <p>支給期間 制限なし</p>
支出構造	<p>入院治療：35.7% 35.9% 医科外来：17.8% 16.8% 歯科外来：9.1% 7.1% 薬剤：15.7% 18.7% （2000年 2010年）</p>	<p>病院医療：45.8% 46.4% 外科外来：27.1% 25.1% 薬剤：20.5% 19.7% （2000年 2010年）</p>	<p>入院：37.5% 36.8% 入院外：41.5% 37.4% 歯科：8.5% 7.1% 薬局調剤9.2%：16.2% （2000年 2009年）</p>
支出の伸び （2000年 =100）	<p>入院治療：132 医科外来：123 歯科外来：102 薬剤：155 全体：131 （2010年）</p>	<p>病院医療：126 外科外来：116 移送費：120 薬剤：85 その他医療財：110 全体：112 （2009年）</p>	<p>入院：117 入院外：108 歯科：100 薬局調剤：211（ ） 全体：119 （2009年） 薬局調剤医療費の伸びの背景の1つには、医薬分業が進んだことがある（2000年：39.5% 2009年：60.7%）。</p>
病院と診療所	<p>病院は主に入院治療を担う。</p>	<p>病院は主に入院治療を担う。</p>	<p>病院が入院治療のほか、外来医療も担っている。 <入院外医療費の内訳> 病院：39.3% 診療所：60.7% （2009年）</p>

項目		ドイツ	フランス	日本
後発医薬品のシェア		<p>処方件数：70.1% 金額：35.9% (2009年)</p> <p>医師が後発医薬品に代えても良いかどうかを選択できる処方せんとなっている。代替不可と書かない限り先発医薬品に代えて後発医薬品を調剤することが可能。</p> <p>外来薬剤費の1割負担(5~10€)に加え、薬剤費が参照価格(償還限度額)を超過する分についても患者が負担。</p>	<p>金額：13.3% (2010年)</p> <p>医師が後発医薬品に代えても良いかどうかを選択できる処方せんとなっている。代替不可と書かない限り先発医薬品に代えて後発医薬品を調剤することが可能。</p> <p>後発医薬品の利用を推進する観点から、2003年10月以降、一部の先発品を選んだ場合、差額を患者負担化。</p>	<p>数量：20.2% 金額：7.6% (2009年) (参考)政府目標は2012(平成24)年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%以上</p> <p>医師が後発医薬品に代えても良いかどうかを選択できる処方せんとなっている。代替不可と書かない限り先発医薬品に代えて後発医薬品を調剤することが可能。</p>
医療費適正化に向けた取り組み	かかりつけ医	<p>家庭医が、患者情報の収集・管理や診療行程の管理の機能を担っている。被保険者は家庭医の下で初診を受ける義務はないが、多くの患者はまず家庭医を受診する行動をとることが多い</p> <p>また、2004年1月より家庭医中心診療が導入されており、参加者(参加は任意)は、専門医を外来受診する場合は家庭医の紹介を受けることが義務付けられる。</p>	<p>2005年より「かかりつけ医」制度が導入されている。かかりつけ医の指示による適切な治療行程のもとで患者の受診行動の合理化を図るため、かかりつけ医を介さずに他の医師にかかった場合には、通常と比べ、給付率が下がる仕組みとなっている。</p>	<p>かかりつけ医について、国民にわかりやすくその普及・定着を図ることが必要とされている(社会保障審議会医療部会「医療供給体制に関する意見」(平成17年12月8日)。かかりつけ医の登録や受診を義務付ける制度はない。</p>
	薬剤費適正化	<p>保険医の処方に関する標準値審査、薬局における代替調剤ルール、参照価格制度、割引契約、医薬品の費用対効果評価、などの薬剤支出適正化のための措置がとられている。</p>	<p>後発医薬品の使用促進、「参照価格制」の導入、薬価の引下げなどの薬剤支出適正化のための措置がとられている。</p>	<p>後発医薬品の使用促進について、「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」(平成19年10月)等の取り組みが行われている。</p>

3.3カ国の医療費将来見通しに基づく負担構造の分析

1) 経済成長を考慮した医療費水準の将来見通し

(1) 3カ国の GDP 及び医療費の伸び率に関する推計

3カ国の将来の経済成長に関する推計データを基に、各国の1人当たりGDPの伸び率と1人当たり公的医療費の伸び率について、2025年までの推計値の比較を試みた。

推計に用いたデータは下表の通りである。

GDP(購買力平価ベース)及GDP成長率については、IMFが発表している過去の実績値及び2016年までの各年の推計値を用いた。

公的医療費の推計については、3カ国での比較を行う必要性から、3カ国共通の枠組みで推計を実施しているOECD(2006)における「各国トレンドに基づくシナリオ(Scenario: country-specific residuals)」に基づく推計結果を用いた。

人口データについては、ドイツ、フランスについてはOECDが発表する実績値と世界銀行が発表する推計値を使用し、我が国については国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計を使用した。

図表 115 GDP 及び医療費の伸び率の推計に用いたデータ

データ	出典	推計方法
・GDP(購買力平価ベース) ・GDP成長率	IMF "World Economic Outlook Database", September 2011	2016年までは実績値及びIMF推計値。2017年以降は2016年の成長率を用いて推計。
・公的医療費(対GDP比)	OECD(2006)	「各国トレンドに基づくシナリオ」の推計結果を使用
・人口	【ドイツ、フランス】 実績値:OECD STAT 推計値:世界銀行 "Population Projections"	5年単位の世界銀行データを基に、データが無い年については線形と仮定して推計
	【日本】 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計」(平成24年1月推計)	国立社会保障・人口問題研究所の直近データを使用。推計値は、出生中位(死亡中位)推計を使用。データが無い年については線形と仮定して推計。

出典：<http://go.worldbank.org/KZHE1CQFA0> (2012年1月アクセス時点)

使用した GDP データについては下表に示すとおりである。2011 年以降については、2010 年の GDP 実績値を基に、翌年以降の各年の GDP 成長率の推計値を乗じることによって GDP の推計値を算出した。なお、当該出典において利用可能な GDP 成長率の推計値が 2016 年までであることから、2017 年以降の GDP 成長率は便宜的に 2016 年の成長率を継続して用いていることに留意が必要である。

図表 116 使用した GDP 成長率データ

	ドイツ	フランス	日本
2005 年	0.83	1.87	1.93
2006 年	3.89	2.65	2.04
2007 年	3.39	2.23	2.36
2008 年	0.81	-0.21	-1.17
2009 年	-5.08	-2.63	-6.28
2010 年	3.56	1.38	3.96
2011 年	2.73	1.65	-0.47
2012 年	1.27	1.40	2.30
2013 年	1.50	1.87	2.04
2014 年	1.50	2.10	2.00
2015 年	1.30	2.06	1.47
2016 年以降	1.29	2.08	1.35

出典：IMF "World Economic Outlook Database", September 2011

図表 117 【参考】2010 年の 3 カ国 GDP

	ドイツ	フランス	日本
GDP (2010 年、10 億 \$)	2,944	2,135	4,324
1 人当たり GDP (2010 年、\$)	36,081	33,910	33,885

注) GDP は購買力平価ベース

出典：IMF "World Economic Outlook Database", September 2011

使用した公的医療費データについては、下記のとおりである。

当該推計では、我が国の公的医療費の対 GDP 比は、2005 年時点では 6.0%と 3 カ国中最も低い、2025 年には 7.8%、2050 年には 8.7%に上昇するという見通しが示されている。

医療費増加率の要因としては、我が国は人口要因における「終末期を除く高齢化効果」と、「その他要因」が他の 2 カ国よりも大きく、また長寿化によって健康な期間が延長されることによる医療費抑制効果は他の 2 カ国より小さいという見通しとなっている。

なお、所得効果については、OECD (2006) においては、医療費の所得弾性値を 1 と仮定していることから、経済成長と比例的に医療費が増減するメカニズムが想定されるため、対 GDP の公的医療費の増減率を考える際は、所得効果の値はいずれも 0 となっている。但し、将来的に人口及び所得の構成が変化することで、所得効果のあり方が変化する可能性については留意する必要がある。

図表 118 使用した公的医療費データ

	2005 年の 公的医療費 ・対 GDP 比	2025 年の 公的医療費 ・対 GDP 比	2050 年の 公的医療費 ・対 GDP 比	2005 ~ 2025 年の増加率	2025 ~ 2050 年の増加率
ドイツ	7.8%	9.0%	9.6%	1.2	1.8
フランス	7.0%	8.1%	8.7%	1.1	1.7
日本	6.0%	7.8%	8.7%	1.8	2.7

出典：OECD (2006)：「各国トレンドに基づくシナリオ」

図表 119 使用した公的医療費データに係る参考データ

【2005 ~ 2025 年における医療費増加率の要因分解 (対 GDP 比)】

	人口要因			所得効果	その他要因	合計の 増加率
	終末期医療 の費用	高齢化効果 (終末期を除く)	健康な期間 の延長効果			
ドイツ	0.1	0.6	-0.4	0.0	0.9	1.2
フランス	0.1	0.6	-0.5	0.0	0.9	1.1
日本	0.1	0.8	-0.3	0.0	1.1	1.8

【2025 ~ 2050 年における医療費増加率の要因分解 (対 GDP 比)】

	人口要因			所得効果	その他要因	合計の 増加率
	終末期医療 の費用	高齢化効果 (終末期を除く)	健康な期間 の延長効果			
ドイツ	0.2	1.0	-0.8	0.0	1.4	1.8
フランス	0.2	1.2	-1.1	0.0	1.4	1.7
日本	0.2	1.4	-0.5	0.0	1.6	2.7

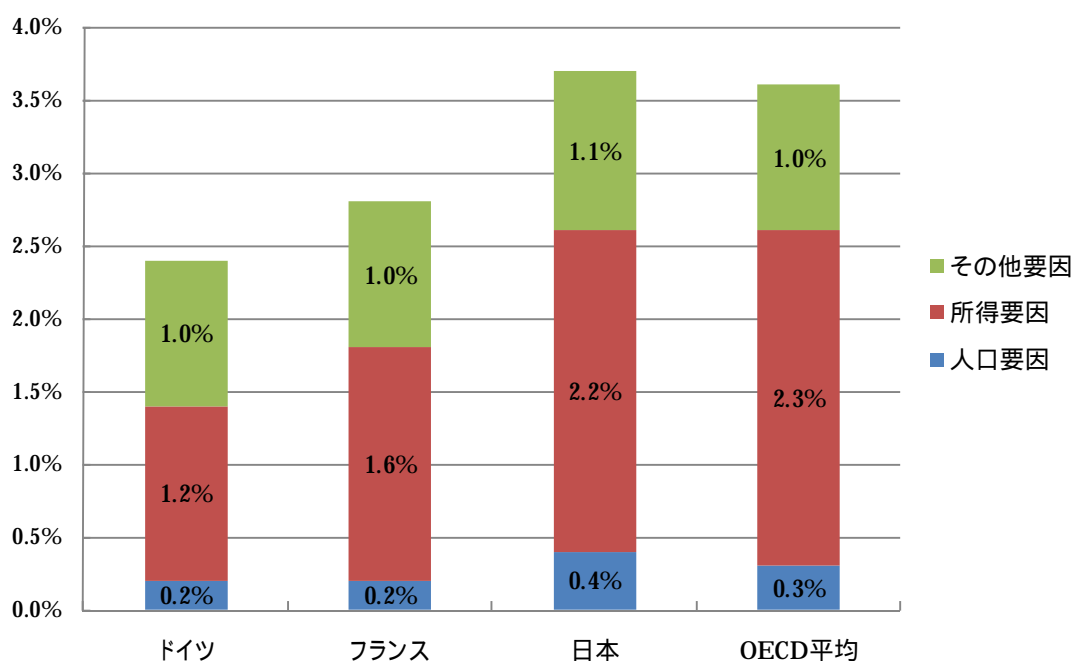
出典：OECD (2006)：「各国トレンドに基づくシナリオ」

OECD(2006)においては、前述した医療費増加率の要因分解における「その他要因」の値を仮定する上で、過去20年間の各国の医療費増加における要因分解の実績データを基礎としている。

下図表のとおり、我が国は対象となっている1981~2002年において、人口要因、所得要因、その他要因のいずれも、ドイツ、フランスよりも高い増加率となっており、その他要因についてもやや高い状況となっていることがわかる。このデータは年平均の値であることから、中長期で推計を行った際に、より影響が大きくなることに留意が必要である。

図表 120 使用した公的医療費データに係る参考データ

【過去20年間(1981-2002年)における医療費増加率(年平均)の要因分解】

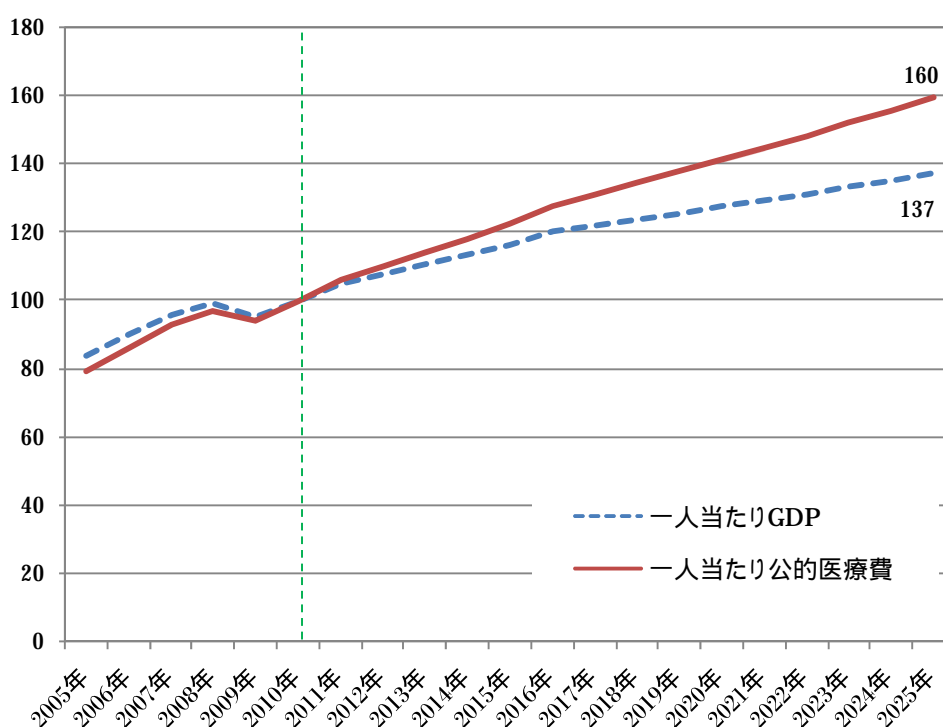


注) 医療費に係る所得弾性値を1と仮定
出典: OECD(2006)

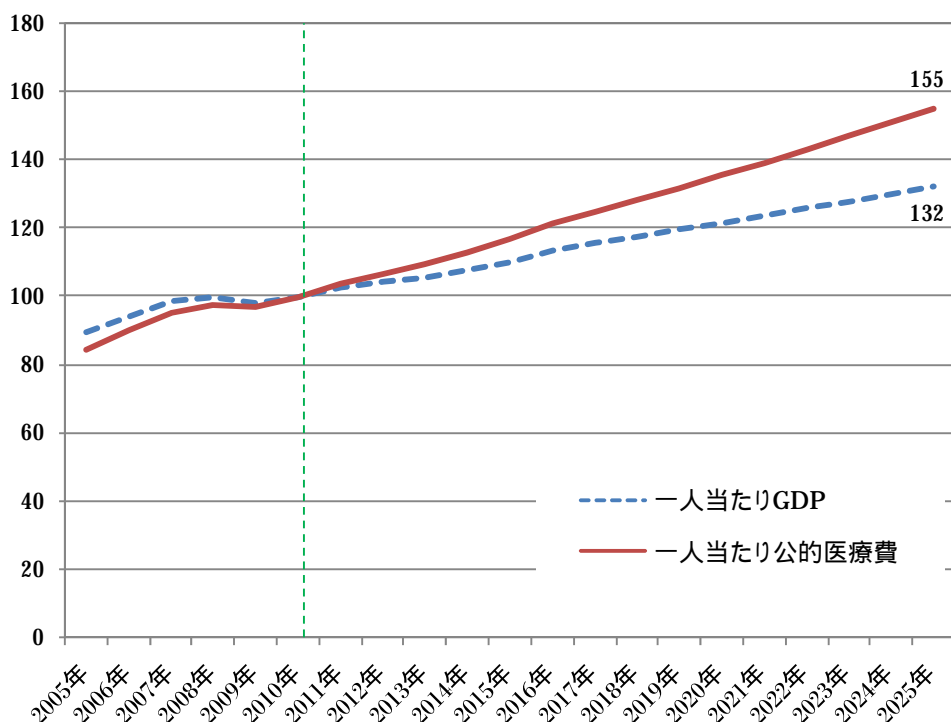
上述した GDP データ、公的医療費データに加えて、世界銀行の人口推計データを基に、各国の 1 人当たり GDP の伸び率、及び 1 人当たり公的医療費の伸び率を下図表のとおり算出した。

伸び率については、2010 年を基準年に設定した上で、各年に関して基準年に対する比率を算出したものである。

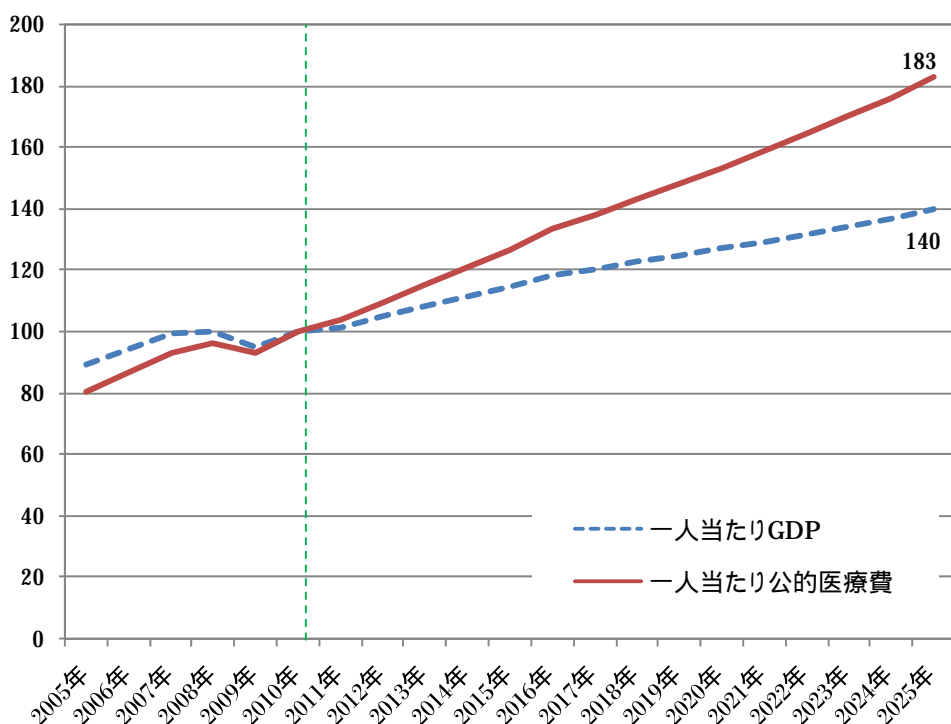
**図表 121 ドイツの 1 人当たり GDP 及び 1 人当たり公的医療費の伸び率の推計
(基準年:2010 年)**



図表 122 フランスの 1 人当たり GDP 及び 1 人当たり公的医療費の伸び率の推計
(基準年:2010 年)



図表 123 日本の 1 人当たり GDP 及び 1 人当たり公的医療費の伸び率の推計
(基準年:2010 年)



下表の通り、我が国の1人当たり公的医療費は2010年を100とした場合、2025年には183となり、3か国中で最も高い水準となっている。1人当たりGDPの伸び率についても我が国は3か国中最も高い見通しであるものの、1人当たりGDPの伸び率と1人当たり公的医療費の伸び率の差分で見ると、我が国はドイツ・フランスと比べて、経済成長の伸び率を大きく超えて公的医療費が増大する状況がみられる。

その要因としては、上述のとおり、我が国の人口要因による医療費増加効果と、過去20年間(1981~2002年)の実績値に基づいたその他要因による医療費増加効果が、いずれもドイツ・フランスを上回る水準となっていること、そして人口の減少率が3か国中最も大きいこと等によるものと解釈される。

図表 124 2010年を基準年(=100)とした場合の、3カ国の1人当たりGDP、1人当たり公的医療費、人口の伸び率(指数)

		2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
ドイツ	(a) 1人当たりGDP	84	100	117	127	137
	(b) 1人当たり公的医療費	79	100	123	141	160
	(a)-(b)	5	0	-6	-14	-22
	(c)人口	101	100	99	98	97
フランス	(a) 1人当たりGDP	90	100	110	122	132
	(b) 1人当たり公的医療費	85	100	117	135	155
	(a)-(b)	5	0	-6	-14	-23
	(c)人口	97	100	105	107	109
日本	(a) 1人当たりGDP	89	100	115	127	140
	(b) 1人当たり公的医療費	81	100	127	153	183
	(a)-(b)	9	0	-12	-26	-43
	(c)人口	100	100	99	97	94

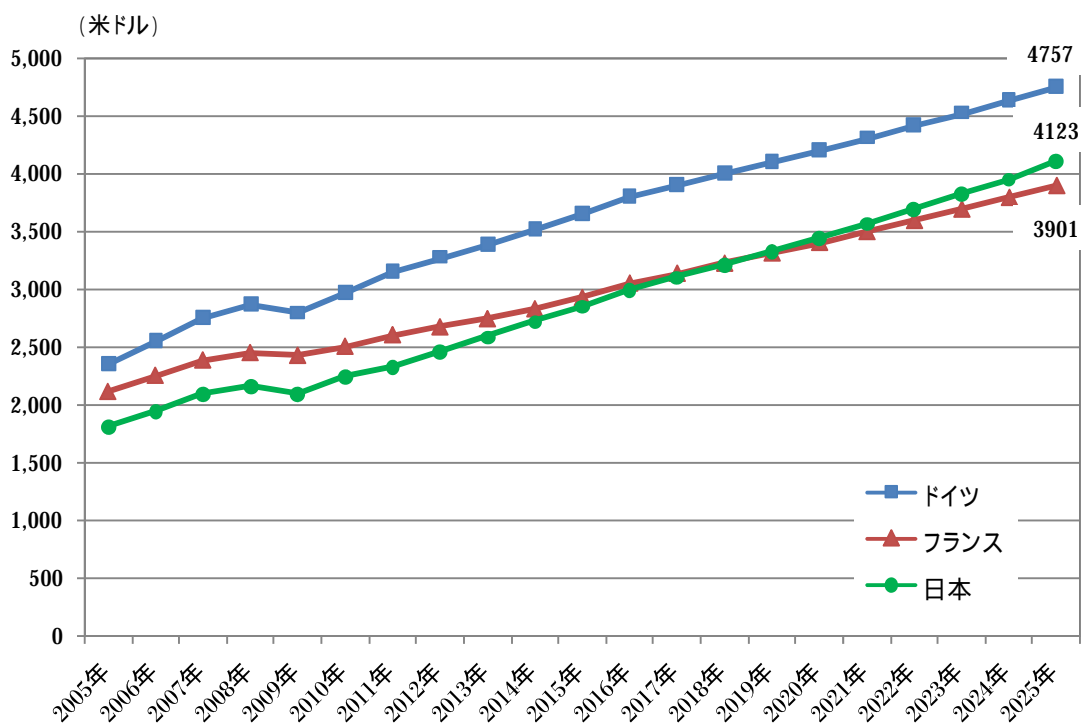
注) 四捨五入のため、(a) - (b)の値が表中の(a)、(b)の差と一致しない場合がある

(2) 3カ国の1人当たり公的医療費に関する推計

2025年までの3カ国の1人当たり公的医療費について、上記(1)において示した各種推計データを前提として機械的に算出した実額ベース(US\$換算)での費用水準の算出結果は下図の通りである。

3カ国の中では、現在から将来にかけてドイツが最も高い水準にある一方、我が国も急速な上昇を続ける見通しとなっている。但し、ここで用いた各種推計データは限定的なものであることから、一定の前提に基づいて試算した参考値として捉えるべきであるといえる。

図表 125 3カ国の1人当たり公的医療費の推計(US\$)



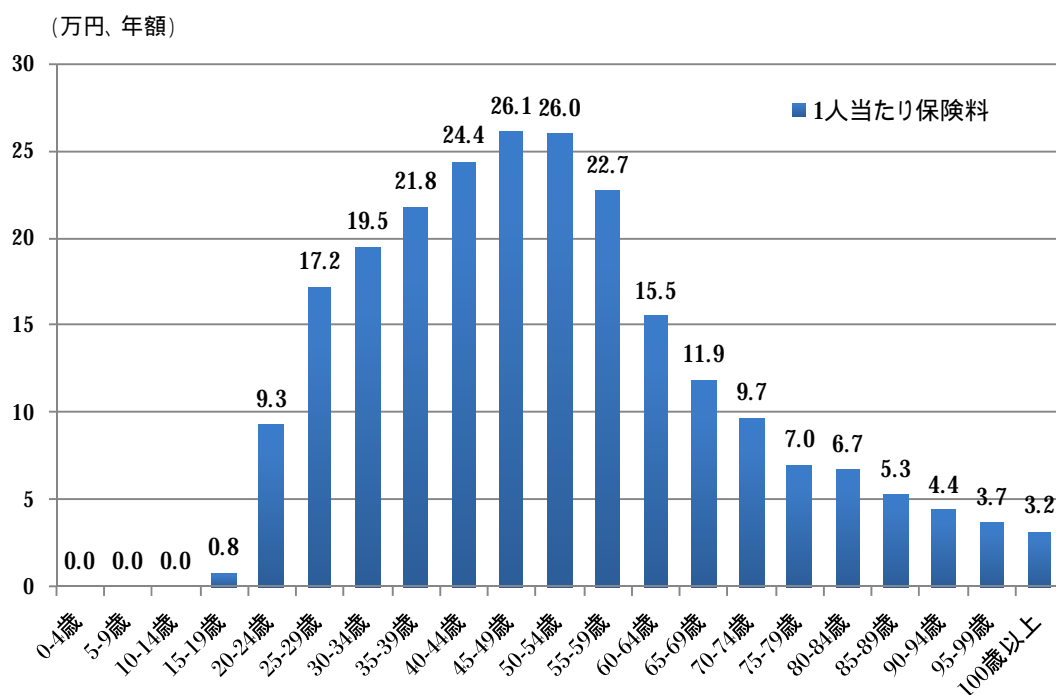
2) 我が国における将来の医療保険料負担水準に関する試算

(1) 我が国の公的医療費における世代別の保険料負担水準に関する試算

ここでは、我が国の公的医療費のうち、保険料負担に焦点を当てた将来試算を行う。

分析においては、年齢階級別の公的医療保険料負担に係る実績ベースでの推計値（厚生労働省による）を基に、年齢階級別の1人当たり保険料負担額が全ての世代で同じ比率で伸びるという仮定を置く。その上で、2015年及び2025年にかけて、トータルでの医療費水準の増加幅を所与（政府推計を活用）とした場合に、人口構造の変化を考慮した際の実態的な負担水準がどの程度まで上昇するかを試算する。

図表 126 日本の年齢階級別の公的医療保険料負担に係る推計値
(2009年度実績)

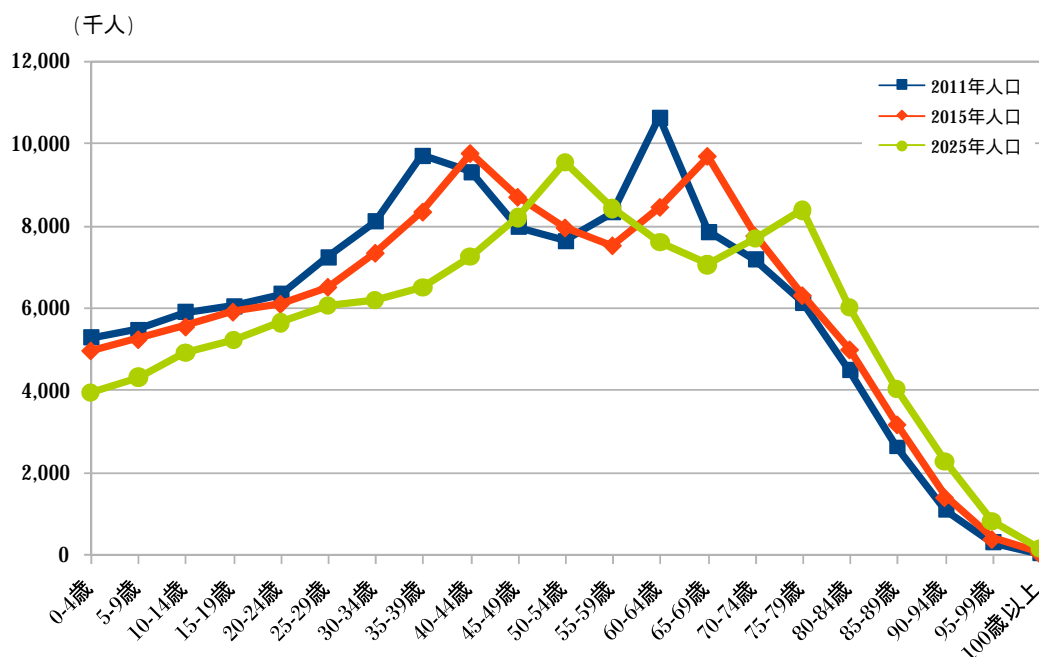


出典：厚生労働省ホームページ

注) 1人当たり保険料は、被保険者の年齢階級別の保険料（事業主負担分を含む）を、その年齢階級別の加入者数で割ったもの

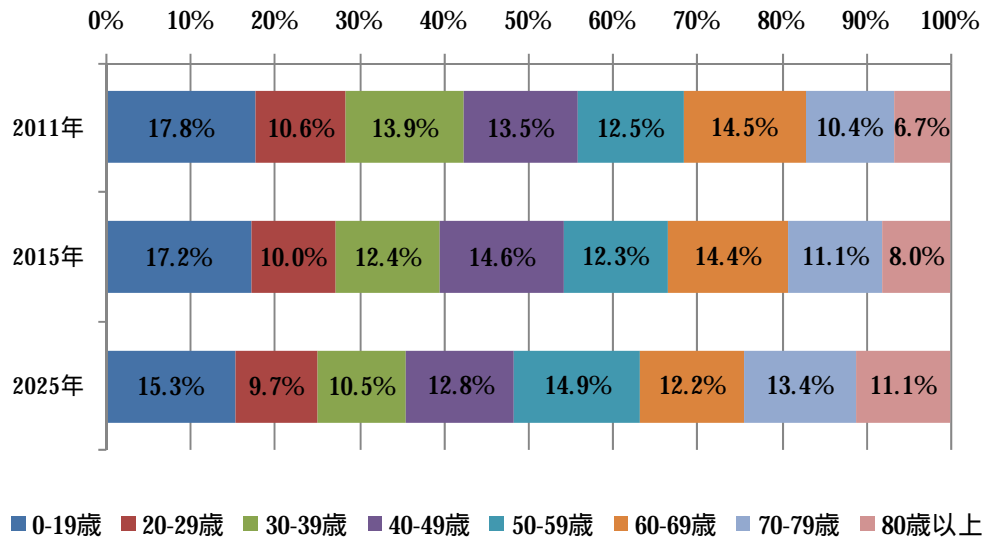
以下では、試算のベースとなる将来人口の年齢階級別データについて示した。2011年時点では「35～39歳」及び「60～64歳」にある2つの山が、2025年には「50～54歳」及び「75～79歳」の年齢階級に移動している状況がみられる。また、年齢階級間の構成割合をみると、保険料の単価が高い現役世代の中では、「30～34歳」の年齢階級が、2011年から2025年にかけて3.4ポイントと大きく落ち込むことが特徴的である。

図表 127 日本の年齢階級別の将来推計人口



出典：国立社会保障・人口問題研究所「将来人口推計」(出生中位(死亡中位)推計)
(平成24年1月推計)

図表 128 日本の年齢階級別の将来推計人口構成割合

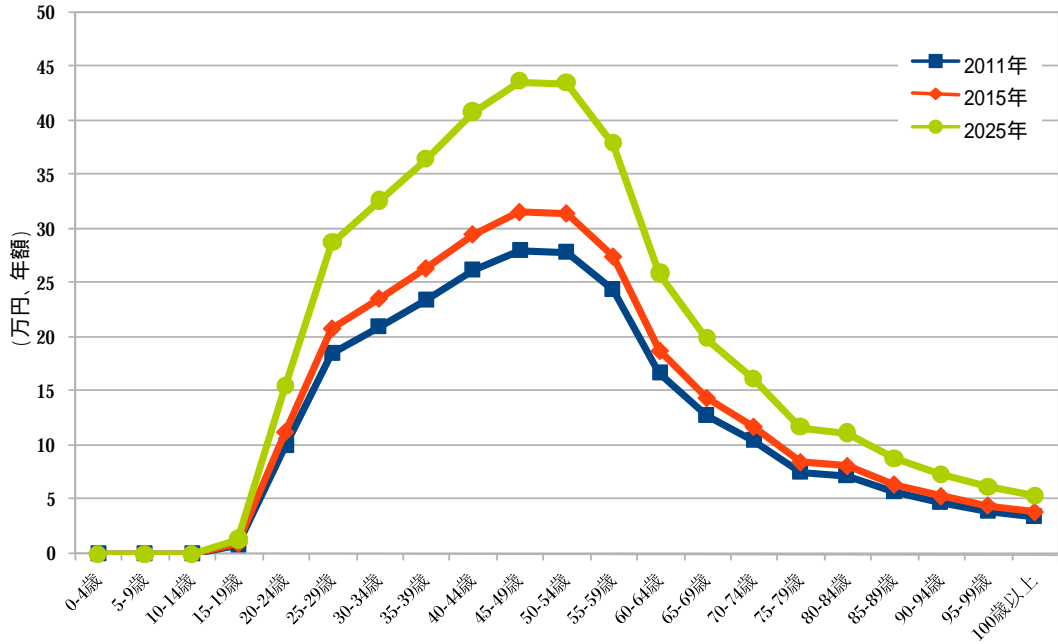


出典：国立社会保障・人口問題研究所「将来人口推計」(出生中位(死亡中位)推計)
(平成24年1月推計)

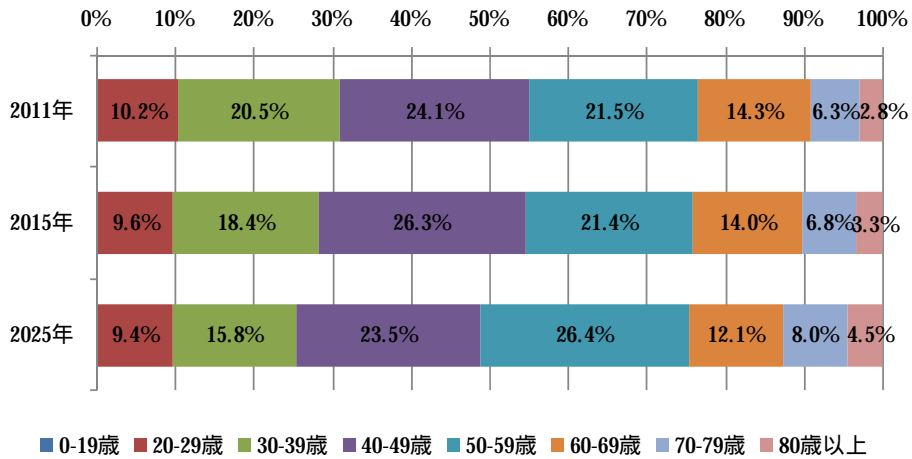
図表 129 では、年齢階級別の保険料負担カーブが将来にわたってどのように変化するかを試算した結果を示した。

将来の総医療費及びそこに占める保険料負担の財源構成割合については、政府推計(社会保障改革に関する集中検討会議(2011))の想定を所与とした。図表 126 で示した年齢階級別の保険料負担カーブをベースとして、それを全ての年齢階級において定率でどの程度拡大した場合に、公的医療保険料によって賄われるべき総費用がカバーできるかについて試算を行ったものである。

図表 129 日本の年齢階級別の公的医療保険料負担に係る将来試算



図表 130 日本の公的医療保険料負担(総額)に占める年齢階級別構成割合の将来試算



本試算で用いた GDP 及び医療費とその財源構成の見通しについては、下表の通り、政府の「社会保障改革に関する集中検討会議」が示した想定を採用している。

そこでは、医療費については 2011 年の 39.1 兆円から、2015 年には 44.6 兆円、2025 年には 60.4 兆円に増加する想定となっている。その中で、財源のうちの保険料の対 GDP 比は、2011 年の 4.0 から 2015 年には 4.2、2025 年には 4.6 に上昇することが想定されている。

図表 131 本試算に用いたデータ

	2011 年	2015 年	2025 年
名目 GDP(兆円) ¹⁾	484	511	607
1 人当たり GDP(万円)	379	404	503
医療費(対 GDP 比、%) ¹⁾	8.1	8.7	9.9
保険料(対 GDP 比、%) ¹⁾	4.0	4.2	4.6
公費(対 GDP 比、%) ¹⁾	2.9	3.3	4.0
自己負担(対 GDP 比、%) ¹⁾	1.2	1.2	1.3
医療費(兆円) ¹⁾	39.1	44.6	60.4
保険料額(兆円)	19.2	21.6	27.9
1 人当たり保険料額(万円)	15.0	17.1	23.1
公費(兆円)	14.1	16.7	24.5
自己負担(兆円)	5.8	6.4	8.1
総人口(千人) ²⁾	127,753	126,597	120,659
15-64 歳人口(千人)	81,303	76,818	70,845
65 歳以上人口(千人)	29,764	33,952	36,573

1) 社会保障改革に関する集中検討会議(2011): 現状投影シナリオ、ケース

2) 国立社会保障・人口問題研究所「将来人口推計」(出生中位(死亡中位)推計)(平成 24 年 1 月推計)

下表の通り、人口構造について考慮した指標としての「年齢階級別 1 人当たり保険料額伸び率」は、2011～2015 年にかけて年平均で 3.6%、2011～2025 年にかけて年平均で 3.7%の伸びとなる試算結果となった。これはまず、同一期間の 1 人当たり GDP 成長率（それぞれ 1.6%、2.5%）を大きく上回るものとなった。また、人口構造の変化を考慮せず総額ベースでみた場合の「保険料総額伸び率」と比較すると、2011～2015 年において年平均で+0.5 ポイント、2011～2025 年において年平均で+0.8 ポイントとなっていた。これは、総人口の減少、及び保険料負担の主要な担い手である現役世代の構成割合が相対的に低下するという人口構造の変化を織り込んだ試算を行うことによって、個人単位での保険料の伸び率でみた場合に、総計でみた保険料額の増加率を超えて、より高い伸び率が必要となることが明らかとなっているものといえる。

図表 132 伸び率に係る試算結果

	2011～2015 年 の年平均伸び率	2015～2025 年 の年平均伸び率
GDP 成長率	1.4%	1.9%
1 人当たり GDP 成長率	1.6%	2.5%
保険料額伸び率 (試算)		
保険料総額伸び率	3.1%	2.9%
1 人当たり保険料額伸び率	3.4%	3.5%
年齢階級別 1 人当たり保険料額 伸び率	3.6%	3.7%
総人口伸び率	-0.2%	-0.5%
15-64 歳人口伸び率	-1.4%	-0.8%
65 歳以上人口伸び率	3.5%	0.8%

上述した保険料伸び率の指標については、下図表のとりの算出式に基づくものとしている。

「年齢階級別 1 人当たり保険料額伸び率」を考慮することによって、人口規模の縮小、及び人口構造の高齢化の影響を織り込んで、より実態に近い負担水準の試算を行うことが可能となる。

図表 133 【参考】本試算における保険料伸び率の考え方

	算出式・考え方
保険料総額伸び率	$= \frac{TCon_t}{TCon_{t-1}}$ <p>: t 期と t-1 期での、保険料総額の比を表す。 人口減少下、及び少子高齢化の下では、1 人当たりで見した場合と比べて、伸び率が過小評価される。</p>
1 人当たり保険料額伸び率	$= \frac{TCon_t}{TPop_t} / \frac{TCon_{t-1}}{TPop_{t-1}}$ <p>: t 期と t-1 期での、1 人当たりで見えた保険料額の比を表す。 総人口の減少を織り込んでいる一方、少子高齢化の下では、1 人当たりの負担を過小評価する。</p>
年齢階級別 1 人当たり保険料額伸び率 (各年齢階級で一定とする)	$= \frac{TCon_t}{\sum_y (Pop_{y_t} \times Con_{y_{t-1}})}$ <p>: 年齢階級別の人口及び保険料を考慮し、t 期と t-1 期での、1 人当たりで見えた保険料額の比を表す。 t-1 期から t 期にかけての「年齢階級別 1 人当たり保険料額伸び率」= x_t とするとき、 $TCon_t = \sum_y (Pop_{y_t} \times (Con_{y_{t-1}} \times x_t))$ となることから導出されるもの</p>

注) $TCon_t$: t 期における保険料総額 (公的医療保険)

$TPop_t$: t 期における総人口

Pop_{y_t} : t 期における年齢階級 y の人口

Con_{y_t} : t 期における年齢階級 y の 1 人当たり保険料額 (公的医療保険)

(2) 我が国の公的医療費における財源別負担構造の変化に関する試算

ここでは、我が国の公的医療費について、上記(1)における保険料水準の伸び率に係る試算方法を踏まえて、「1人当たり保険料額伸び率」を任意の水準にコントロールした場合に、それに伴う公費負担の水準がどの程度変化するかについて将来試算を行う。

具体的には、世代間の公平性の観点から、現役世代に負担がより集中することとなる保険料の伸び率を経済成長の伸びと等しい水準にとどめた場合(以下、「保険料負担 維持シナリオ」とよぶ)に、公費負担や1人当たりの保険料負担がどの程度の水準になるかを試算する。なお、自己負担水準については、社会保障改革に関する集中検討会議(2011)における水準を準用した。

その結果、「1人当たり保険料額伸び率」が「1人当たりGDP成長率」と同水準に抑えられた場合(2011~2015年の期間で年平均1.6%、2015~2025年の期間で年平均2.5%)に、公費の水準は2015年時点で対GDP比3.5%、2025年時点で対GDP比4.6%となり、2015~2025年の間に公費と保険料の額が逆転し、公費の大きな上昇が必要となる結果が示された。

図表 134 「保険料負担 維持シナリオ」の試算に用いたデータ及び試算結果

	2011 年	2015 年	2025 年
名目 GDP(兆円) ¹⁾	484	511	607
1人当たり GDP(万円)	379	404	503
医療費(対 GDP 比、%) ¹⁾	8.1	8.7	9.9
保険料(対 GDP 比、%) ²⁾	4.0	4.0	4.0
公費(対 GDP 比、%) ²⁾	2.9	3.5	4.6
自己負担(対 GDP 比、%) ¹⁾	1.2	1.2	1.3
医療費(兆円) ¹⁾	39.1	44.6	60.4
保険料額(兆円) ²⁾	19.2	20.3	24.1
1人当たり保険料額(万円) ²⁾	15.0	16.0	20.0
公費(兆円) ²⁾	14.0	17.8	28.1
自己負担(兆円)	5.8	6.4	8.1
総人口(千人) ³⁾	127,753	126,597	120,659
15-64 歳人口(千人)	81,303	76,818	70,845
65 歳以上人口(千人)	29,764	33,952	36,573

1) 社会保障改革に関する集中検討会議(2011): 現状投影シナリオ、ケース

2) 本試算における試算結果

3) 国立社会保障・人口問題研究所「将来人口推計」(出生中位(死亡中位)推計)(平成 24 年 1 月推計)

図表 135 「保険料負担 維持シナリオ」における伸び率に係る試算結果

	2011~2015 年 の年平均伸び率	2015~2025 年 の年平均伸び率
GDP 成長率	1.4%	1.9%
1人当たり GDP 成長率	1.6%	2.5%
保険料額伸び率(試算)		
保険料総額伸び率	1.4%	1.9%
1人当たり保険料額伸び率	1.6%	2.5%
年齢階級別 1人当たり保険料額 伸び率	1.9%	2.6%
総人口伸び率	-0.2%	-0.5%
15-64 歳人口伸び率	-1.4%	-0.8%
65 歳以上人口伸び率	3.5%	0.8%

第3章 総括 給付負担構造の国際比較及び医療費の将来見通しを踏まえた論点

第2章では、「1. OECD Health Data による医療費の国際比較」においては OECD Health Data に基づき、「2. 国別データに基づく医療費の負担構造及び給付構造の比較」においては国別の統計データに基づき、ドイツ、フランス、日本の給付・負担構造の特徴や各国の動向を整理した。また、「3. 3カ国の医療費将来見通しに基づく負担構造の分析」において、人口構造の変化の結果、中長期的には、相当規模の負担の増加が求められることを示した。

本章では、予想される医療費の増大を踏まえ、医療保険制度を維持していくために求められる対応策について、国際比較の結果を参考にしつつ（異なる環境で運用されている各国の制度を直接的に我が国の制度に導入することは困難であるため留意が必要である）論点を整理した。

1. 医療費適正化

医療費の増大が見込まれる状況においては、まず、医療保険の給付カタログの範囲自体について、見直しが必要になると考えられる。その上で、決められた給付カタログの範囲の中で、医療費の適正化を進めていくことが求められる。

ここでは、医療費適正化策のうち、3カ国の比較を踏まえ、「薬局調剤医療費に係る対策」及び「かかりつけ医」を取り上げた。

なお、医療費の適正化に向けては、この他にも特定健診・保健指導などの保健事業、レセプトのオンライン化の拡大、診療報酬の見直し等、様々な取り組みが必要となるが、ここで取り上げた論点は、本調査研究の範囲における限定的なものである。

1) 薬局調剤医療費に係る対策

2000年を100とした場合の支出額の水準を比較すると、2009年の我が国の医療費の水準は全体で119となっているのに対し、薬局調剤医療費211と特に高く、また、ドイツ、フランスに比べ伸び率が高くなっている。

この背景には、医薬分業が進み、調剤薬局を通じて医薬品を受け取る割合が増加したことが影響していることに留意が必要であるが、この他にも、処方せん1枚当たり調剤医療費が伸びており、特に、報酬別内訳をみると、薬剤料が2005年度：5,128円から2009年度6,011円（対2005年度比17%増）に上昇している。

医療費の適正化に向けては、各分野で対策を講じていくことが必要であるが、

国際的な比較の結果からも増加傾向が顕著である薬剤関連の支出増加への対応をより積極的に進めていくことが必要になるのではないかと考えられる。

薬剤支出の適正化に向けては、主に以下のような対策について検討を進めていくことが必要であると考えられる。

第一は、後発医薬品の活用である。我が国の後発医薬品のシェア（2009年）は数量ベース：20.2%、金額ベース：7.6%であり、データの出所等が異なるため単純には比較できないが、ドイツの処方件数：70.1%、売上高：35.9%（2009年）、フランスの金額ベース：13.3%（2010年）に対し、国際的に低い水準にあると考えられる。ドイツ・フランスでは、保険による償還の上限を後発医薬品の水準（参照価格）までとし、それを上回る額については自己負担を求める参照価格制などにより後発医薬品の活用が促進されている。我が国においても後発医薬品の活用を進めていくことが必要ではないかと考えられる。

第二は、医薬品の有用性・費用対効果を評価する仕組みの導入である。ドイツにおいては、新薬について、既存の医薬品に対する付加的な有用性を評価する有用性評価を行い、その評価に基づき保険者の連合組織と製薬企業が償還額を決定する仕組みが導入されている。また、両者の間での価格交渉が成立しなかった場合は、両者は研究機関に対し、費用対効果評価を申請することができる。我が国においても、医療給付に充当できる財源が限られている中では、医薬品の有用性や費用対効果評価の結果を踏まえて、保険適用の対象、適用条件、償還額等を決定する仕組みを検討することが必要ではないかと考えられる。

2) かかりつけ医

ドイツにおいては、家庭医が、患者情報の収集・管理や診療行程の管理の機能を担っている。

フランスにおいては、「かかりつけ医」制度が導入され、かかりつけ医の指示による適切な治療行程のもとで患者の受診行動の合理化を図るため、かかりつけ医を介さずに他の医師にかかった場合には、通常と比べ、給付率が下がる仕組みとなっている。

一方、我が国においては、かかりつけ医について、「国民にわかりやすくその普及・定着を図ることが必要」（社会保障審議会医療部会「医療供給体制に関する意見」（平成17年12月8日））とする意見もあるが、具体的な法制度上の位置づけはなされていない。

ドイツやフランスにおいては、家庭医、かかりつけ医には、患者情報の収集・管理や、適切な診療行程の管理が期待されている。こうした役割は、高度・専門医療を担う病院と初期の治療や相談を担う診療所との役割分担の推進、重複検査、重複診察、重複投薬などの問題への対処のためには重要である。また、

治療の長期化、複数疾患への罹患、認知症への対応等が課題となる高齢者への医療供給においては、患者情報の管理や適切な診療行程の管理は特に重要となると考えられることから、かかりつけ医の定着に向けた取り組みをより推進していくことが必要ではないか。

2. 負担増への対応

1) 負担増への対応のための財源

医療費の負担は、保険料、公費（税財源）及び自己負担により構成されており、医療費の適正化を進めた上でも避けられない医療費の増加に対処するためには、このいずれかの負担増、またはこれらの組み合わせによる負担増が必要となる。

これらのうち、自己負担については、後述のとおり、医療費の増加に対処するための抜本対策とは想定しにくいいため、基本的には保険料及び／又は公費の負担増により対処せざるを得ないと考えられる。

ドイツ、フランスの動向をみると、フランスにおいては、保険料に加え公費が負担されており、保険料が中心的な役割を果たしてきたドイツにおいても、近年公費の負担割合が増加する傾向にあり、保険料と公費を組み合わせた負担構造にシフトしてきている。我が国においても従来より、保険料に加え公費が重要な役割を果たしてきている。保険料と公費の関係を考えると、公費は他の政策との競合関係にあり、他の政策との関係で充当可能な額が変動する可能性があるのに対し、保険料は医療保険独自の財源であることから、引き続き重要な財源となる。ただし、労働収入に依拠する保険料のみに依存する負担構造では、高齢化の進展に伴い保険料の担い手である現役世代の構成割合が相対的に低下することや、雇用者に占める非正規職員の割合が増加することを踏まえると、国民の負担能力に応じたバランスの取れた負担とは言い難い。そのため、保険料と公費を組み合わせた負担構造を構成することが必要となるのではないか。

2) 公費負担

ドイツにおいては医療保険になじまないもの（母性援助や子供の病気時の傷病手当金など）に対する補助として公費が充当されており、フランスにおいては被用者保険料の代替として、一般社会拠出金が導入されているほか、財政基盤の安定化を目的に「租税配当金」として目的税が導入されている。我が国に

においては、保険者の財政力の均衡を図ること等を目的として公費負担が行われている。各国とも公費負担が医療保険の財源として重要な役割を果たしており、公費は引き続き重要な役割を果たすことが期待される。

公費負担の財源については、我が国においては目的税は導入されていないが、フランスにおいては財政基盤の安定化を図るためにに様々な目的税が導入されている。ドイツにおいては、目的税としての位置づけはされていないものの、連邦補助の拡大のための財源の確保のために、たばこ税が引き上げられた経緯がある。また、フランスではアルコール・たばこ、ドイツではたばこのように、疾病の潜在的発生原因に着目している点が共通している。

我が国の公的医療保険においては、9兆円（2008年）を超える公費負担が行われているが、その主要な充当先である後期高齢者医療制度に対する負担を中心に、今後も公費負担額の上昇が見込まれる。また、被用者に占める非正規職員の割合も増加しており、高齢化に伴う現役世代の構成割合の相対的な低下と合わせて、保険料を担う主体が減少傾向にあることから、その減少分を補う意味からも、公費負担の役割を拡大することが必要となる。今回の試算結果によれば、2015年及び2025年にかけての「1人当たり保険料額伸び率」が、1人当たりGDPの伸び率（2011～2015年の期間で年平均1.6%、2015～2025年の期間で年平均2.5%）と同水準に抑えられたケースにおいて、公費の水準は、2011年の対GDP比2.9%から、2015年には3.5%、2025年には4.6%と大幅に上昇する結果が示された。

こうした負担増に対応するためには、その財源の確保が課題となるが、将来的に財源の確保の方策を議論するにあたっては、目的税も含め、多様な財源の確保の方策を検討することが必要になるのではないか。

3)自己負担

ドイツの自己負担額は、フランスや日本に比べ少額ではあるものの負担額を増加する方向にシフトしつつあるように見える。フランスにおいては、医療・医療財の財源主体別構成割合の推移をみると、民間部門へのコストシフトの傾向がみられる。このように、ドイツ、フランスにおいては医療費の財源負担において、自己負担への比重を高める動きがある。

我が国の自己負担の水準は現役世代で3割となっており、ドイツよりも高く、フランスと比較しても、医療保険金庫による給付率（償還率）が約76%であることを考えると、サービスの種類により給付率が異なることから一概には比較できないが、少なくとも我が国の自己負担の水準が低い水準にあるとは言えない。

また、2002年の健康保険法改正の際に、将来にわたり7割給付を維持するものとする趣旨の規定が設けられているところであり、かつ、自己負担の水準をさらに引き上げることは、医療保険の存在意義そのものを揺るがすことにもつながりうる。従って、医療費負担増の抜本的な財源を、自己負担に求めることには限界がある。

しかし、年齢別の自己負担割合をみると、ドイツ、フランスにおいては高齢者とそれ以外の年齢の者の間で負担割合に差がないのに対し、我が国では現役世代が3割、70～74歳は2割（現状は1割に据え置き、現役並み所得者は3割）、75歳以上は1割（現役並み所得者は3割）となっており、高齢者とそれ以外の年齢の者の間で負担割合に差がある。

我が国においても現役並み所得者については現役世代と同じ負担割合となっているところであるが、さらに、どの年齢でも所得に応じて公平に自己負担を求めるなど、公平な自己負担のあり方を議論していくことが必要ではないか。

【参考資料】

「ヨーロッパにおける総合医の役割」

一圓 光彌

本資料は、関西大学経済・政治研究所財政社会保障研究班編『社会保障と財政を考える』（関西大学経済・政治研究所研究双書第153冊、2012年3月）に収載された同名の論文を転載したものです。

