

「医療費の将来見通しと給付・負担構造の国際比較」(概要)

1. 調査研究の背景と目的

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推察される。

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. 調査研究の実施方法

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。

3. 結果概要

1) OECD Health Data による医療費の国際比較

OECD Health Data を用いて、医療費の国際比較として、主要各国の保健医療支出に関するデータの概観と、ドイツ、フランス、日本の3カ国の保健医療支出に関するデータの整理を行った。

我が国の総保健医療支出 (Total Health Expenditure) の推移を見ると、イギリスやイタリアと並んで主要国では最も低い水準で推移してきている。高齢化との関係で見ると、我が国はドイツ、フランスと比較して1990年代以降に高齢化率の上昇幅が大きい一方で、総保健医療支出 (対GDP比) は相対的に緩やかな上昇となっている状況が見られる。

各国の経常保健医療支出について供給主体別内訳の構成割合を見ると、我が国は「病院」の割合が47.8%と高く、反対に「長期医療系施設及び居住施設」の割合が3.6%と相対的に低い状況が見られた。但し、データの解釈においては、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や、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等に留意することが必要である。

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

ドイツ、フランス、日本の3カ国について、各国の医療費、医療財源に関する統計を基に、医療費の負担構造及び給付構造を比較した。

(1) 負担構造の比較

① 保険料

保険料率をみると、ドイツが15.5%（雇用者負担分7.3%、被用者負担分8.2%）、フランスが13.85%、日本（協会けんぽ）が9.5%（2011年版）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が負担する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。

② 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、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。

③自己負担

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・医療材（CSBM）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き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。

④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、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。

(2)給付構造の比較

①支出構造

支出構造を他の2か国と比較すると、我が国は、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、病院が約4割を占めている。

②支出の伸び

全体的な医療費の伸びでは、2000年を基準とした場合、我が国はドイツ、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、医薬分業が進んだ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ことが影響している。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。

③医療費適正化に向けた取り組み

ア. 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」（2007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。

イ. 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」（2005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。

(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

ドイツ、フランス、日本の3カ国について、公的医療費、GDP、人口に係る既存推計データを基に、一人当たりGDPの伸びに対して一人当たり公的医療費がどの程度伸びる見通しとなるかについて、2025年までの試算を行った。

使用したデータは、公的医療費についてはOECDが2006年に発表した”Projecting OECD

health and long-term care expenditure: What are the main drivers?”における公的医療費（対 GDP 比）の推計データ、GDP については IMF の”World Economic Outlook Database”における推計データ、人口については OECD STAT、世界銀行”Population Projections”、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計」のデータを用いた。

なお、ここでの試算結果は、上記の限定的な推計データに基づいて機械的に算出した参考値として捉えるべきであることに留意が必要である。

試算結果は下表の通りであり、2010 年を 100 とした場合の伸び率の指数を見ると、2025 年における我が国の「1 人当たり GDP」は 140 であるのに対して、「1 人当たり公的医療費」は 183 となっており、公的医療費の伸びが経済成長の伸びを大きく上回る見通しとなっている。我が国の「1 人当たり公的医療費」の伸び率がドイツ、フランスと比較して高いものとなっている要因としては、OECD（2006）において我が国の公的医療費（対 GDP 比）の将来推計結果として、医療費増加率に占める人口要因、その他要因のいずれもドイツ、フランスより高い水準と推計されていること、また、我が国の将来推計人口の減少率がドイツ、フランスよりも高く推計されていること等が影響しているものと考えられる。

図表 3 三国の1人当たりでみた GDP 及び公的医療費、人口の伸び率に関する試算結果
(2010 年を 100 とした指数)

		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) 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

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った。

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（厚生労働省データ）を基に、年齢階級別の1人当たり保険料負担額が将来にわたって全ての世代で同じ比率で伸びるという仮定を置いた。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1人当たり保険料負担水準がどの程度まで上昇するかを試算した。

試算に使用したデータについては、政府が2011年に「社会保障改革に関する集中検討会議」において公表した推計結果として、名目GDP、医療費（対GDP比）及びその内訳（保険料／公費／自己負担）のデータ（現状投影シナリオ、ケース①）を用いたほか、人口データ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データを用いた。

試算の結果、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%、2015～2025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、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が、総計の保険料額の増加率より高い伸び率が必要となることが示されたものである。

また、第二の試算として、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に、公費負担や一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した（自己負担水準については、上記第一の試算と同様に政府推計の想定を準用した）。その結果、保険料水準を対 GDP 比 4.0%で維持した場合、公費の水準は 2015 年時点で対 GDP 比 3.5%、2025 年時点で 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。

(4)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

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、議論を整理した。なお、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。

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、医療比適正化策のうち、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

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。

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は、国際的にみて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より一層の活用を進めていくことが必要ではないかと。

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。

②かかりつけ医

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と、基本的には保険料及び公費または両者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投入されており、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

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。

我が国の公的医療保険においては、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と。

③自己負担

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、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、我が国は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と。