

2013年8月15日 全17頁

経済社会研究班レポート - No.14 -

超高齢社会医療の効率化を考える

IT化を推進し予防・健診・相談を中心とした包括的な医療サービスへ

経済調査部 経済社会研究班
石橋 未来

[要約]

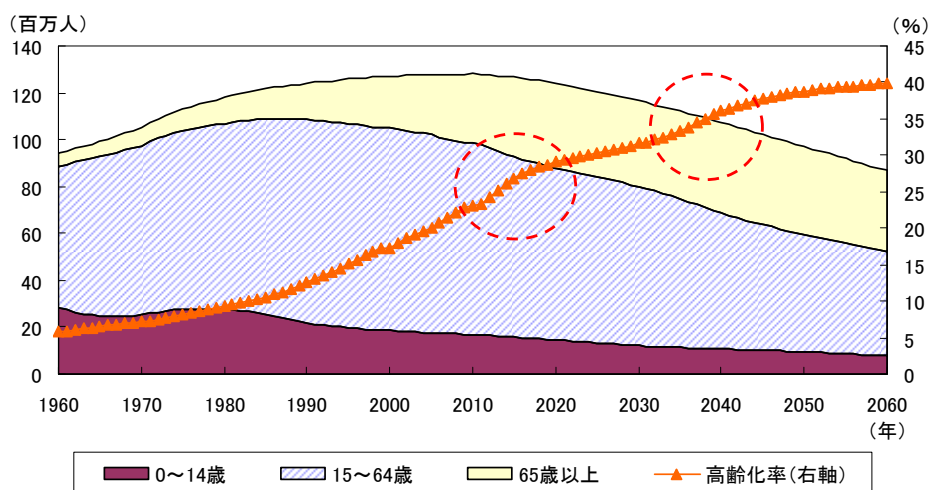
- 2010年時点で日本の国民医療費の55.4%は、65歳以上の高齢者の医療費が占めている。高齢者の一人当たり医療費は、平均でその他の世代の5倍近くかかっているが、その高齢者が総人口に占める割合は年々上昇し、現在の2割強から2060年には4割に高まると推計されている。超高齢社会を突き進み高齢者が増加するのに伴い、医療費はさらに増え続けると予想される。
- ただし、日本の高齢者の医療に対する行動パターンを見てみると、自身について比較的健康であると自覚しながらも、頻繁に通院しているケースが他国と比べて多いことが各種調査から窺われる。その背景には、病気に対する不安感の強さや、病気予防・健康維持に強い関心を持つ高齢者の姿があるようだ。必要性の低い受診が多発しているとすれば、是正する余地は大きいとも言えるだろう。
- そこでたとえば、医療のIT化を推進しつつ、多様な患者に幅広く対応する「かかりつけ医」を中心とした医療スタッフを各地域に整備していくことなどが考えられるだろう。IT化されたデータを駆使して予防医療、健診、健康相談を重点的に行えば、症状の重症化や診療・処方重複を回避することができるだけでなく、高齢者の抱える不安を緩和・解消することもでき、不要不急の受診を抑制することも可能となろう。
- また、低く抑制されている高齢者の患者自己負担額や保険料負担についても、医療費全体の巨額さや財源不足問題を意識しづらくなっていることから改善の余地があると考えられる。高齢者のニーズを満たす医療サービスの充実を目指すと同時に、サービス購入者（受益者）の費用負担の適正化や実効的な「かかりつけ医」体制の確立を支援するような診療報酬上の工夫も必要となろう。

1. 高齢化で増える日本の医療費

超高齢社会に突き進む日本では、医療分野の需要が持続的に増加することが見込まれる。そうした旺盛な需要に相応した医療供給体制を整備していくことは、雇用創出にも繋がるだろう。その一方で、医療保険財政を支える現役世代の負担が今後も高まることが予想され、経済に与えるマイナスの影響も懸念されている。増加する医療ニーズに対応する適切なサービスや効率的な医療のあり方について、本レポートでは高齢者の医療サービスを利用する行動パターンなどから探ってみたい。

人口構成の高齢化が急速に進んでいる。日本は長寿化と少子化が同時に進行しているため高齢化のスピードが速い（図表1）。国立社会保障・人口問題研究所の推計（出生中位、死亡中位）によると、高齢化率は特に2010年代と2030年代に急激に上昇するものと見込まれる。その理由は、いわゆる団塊の世代（1940年代後半に出生）と第二次ベビーブーム世代（1970年代前半に出生）の大量退職時期にあたるからである。そして、2060年時点の総人口は現在の7割弱に減少する下で、高齢化率は現在の2割強から4割に高まると推計されている。

図表1 1960年から2060年までの人口推計と高齢化率の推移



(出所) 総務省統計局「人口推計」、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）より大和総研作成

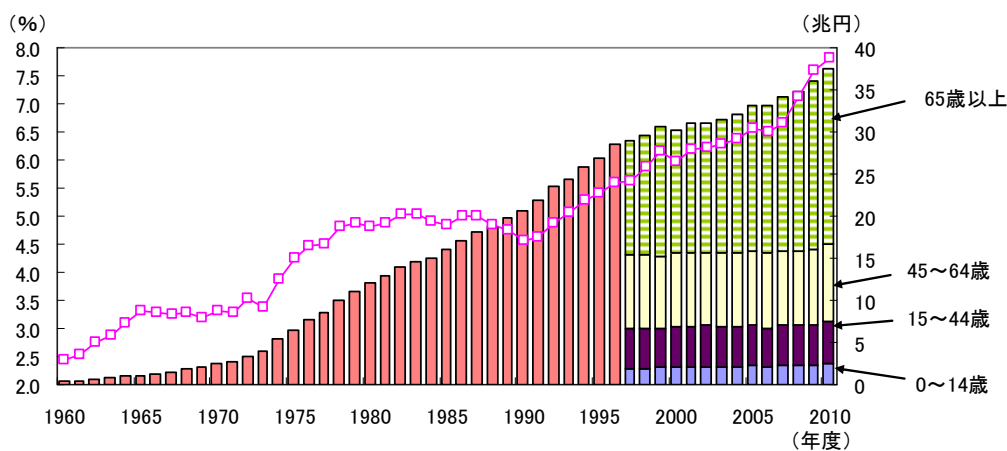
年金だけでなく医療保険も実際には賦課方式となっており、高齢者向け医療費の多くは現役世代が保険料や税で負担している。そのため、少子高齢化の進行は、支えられる高齢者が増加する一方で、それを支える現役世代の縮小、つまり現役一人当たりの負担増を意味している。それを示す現役/高齢者比率（15~64歳の人口を65歳以上の人口で割ったもの）は、高度経済成長期であった1960年代には10~11人の現役世代で一人の高齢者を支えていればよかったのが、現在（2013年）は2.5人の現役で一人の高齢者を支えなくてはならなくなっている。そして2020年代半ばには、一人の高齢者を支える現役の人数は2人を割り込み、2040年代には一人の高齢者を1.4人の現役で支える構図に至る。しかし、現役世代の中には失業者や専業主婦、

¹ 65歳以上の高齢者が全人口に占める割合。

学生も含まれることから、実質的に一人の高齢者を1人の現役で支える状況はもっと早い段階で訪れると考えられる。

そのような中、国民医療費は年に約1兆円ずつ増え続けており、この20年間で約2倍の37兆円となった（図表2）。国民医療費のGDPに占める割合も、2010年度までの20年間で4.6%から7.8%にまで上昇した。現在では国民医療費のうち半分以上は65歳以上向け医療費が占めている（2010年度時点で55.4%）。この背景には、図表3で示しているように、高齢者の一人当たり医療費は高額になりやすいことがある。65歳以上の一人当たり医療費は、平均でその他の世代の5倍近い金額となっている。

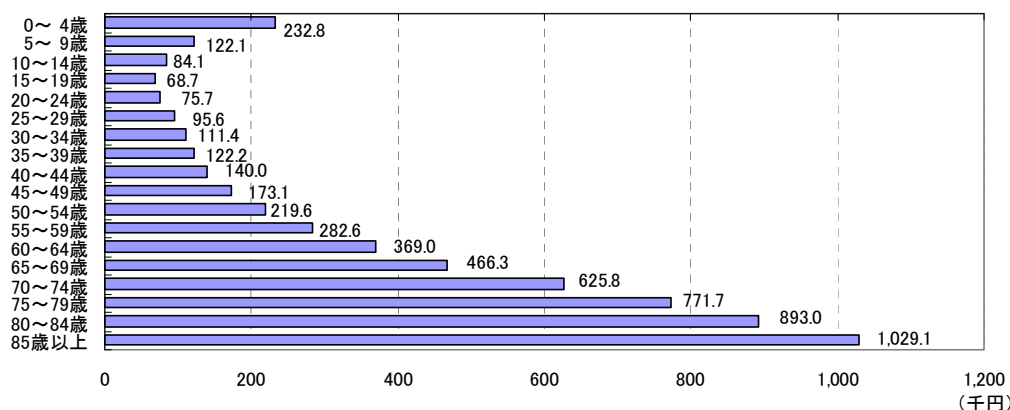
図表2 国民医療費の対GDP比（左軸）と国民医療費の推移（右軸）（平成22年度）



（注）年齢階級別医療費の内訳は1997年度から推計が開始されている。

（出所）厚生労働省「平成22年度国民医療費」より大和総研作成

図表3 年齢階級別一人当たり医療費（平成22年度）



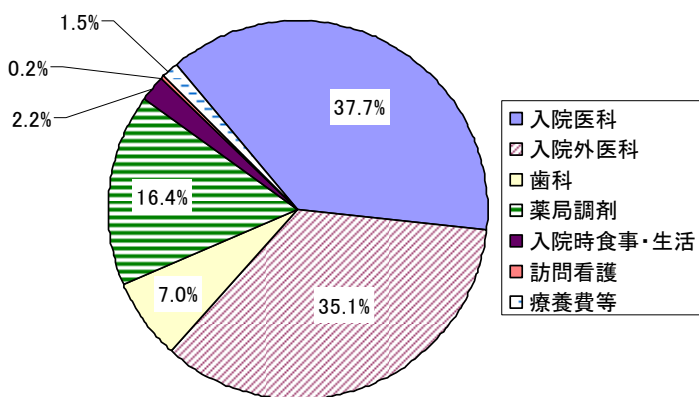
（出所）厚生労働省「平成22年度国民医療費」より大和総研作成

加齢とともに罹患率が上がり、入院の長期化や受診回数の増加、日常的に服用する薬の増加などが高齢者の医療費が高額となる理由として挙げられる。もちろん高額な医療機器の利用など、医療技術の革新や高度化も医療費の増加に影響しているが、高齢者数の増加や高齢者割合の上昇は、やはり医療費を上昇させる大きな要因である。今後、超高齢社会を突き進む日本の

医療費が増え続けることは避けられず、したがって医療保険財政を維持する観点からは高齢者医療の効率化が大きな課題となる。同時に超高齢社会にふさわしい充実した医療サービスのあり方も問われなければならない。

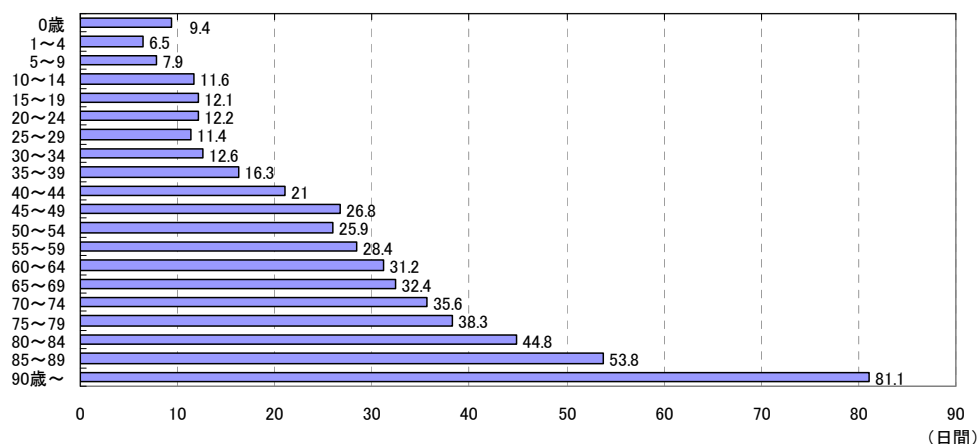
そこで、厚生労働省や内閣府の統計とアンケート調査の結果から、高齢者医療の特徴を整理してみたい。まず、図表4で示す診療種別医療費の内訳を見ると、最も多い37.7%を占めるのは入院医科診療費となっている。図表5の退院患者の平均在院日数を見てみると、高齢になればなるほど入院期間は長期化している。高齢者において長期の入院治療を要する主な疾病は「脳血管疾患（70歳以上で平均109.8日）」、「結核（70歳以上で平均70.6日）」、「気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患（70歳以上で平均62.7日）」などである。また、入院医科診療費を引き上げている疾患分類は「循環器系の疾患」の影響が最も大きい（70歳以上で2兆1,379億円/年）。この「循環器系の疾患」は患者数も多く（70歳以上で19.7万人²）、平均在院日数も70歳以上で58.1日と長い（「平成22年度国民医療費」および「平成23年患者調査」より）。

図表4 診療種別医療費



(出所) 厚生労働省「平成22年度国民医療費」より大和総研作成

図表5 退院患者の平均在院日数

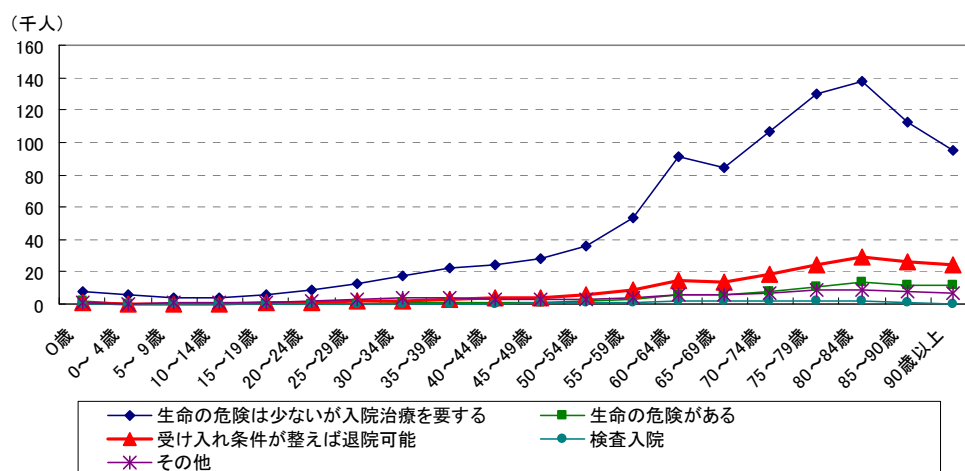


(出所) 厚生労働省「平成23年患者調査」より大和総研作成

² 推計入院患者数：調査対象期間中（平成23年10月中旬の3日間のうち医療施設ごとに定める1日）に病院、一般診療所に入院していた患者の推計数。

また、図表 6 が示すとおり、年齢階級別入院の状況を見るといずれの年齢層においても「生命の危険はないが入院治療を要する」の占める割合が最も高い。特に高齢者でこの人数が多い。だが、ここで注目したいのは「受け入れ条件が整えば退院可能」という割合も高齢者になるほど高く、人数も無視できない規模になっている点である。「受け入れ条件が整えば退院可能」の割合は 75 歳以上の全入院のうち約 2 割を占めている。これは、医学的には入院の必要がないにもかかわらず、ケアの担い手や利用できる介護施設やサービスが不足しているなど、家庭の事情や社会の受け皿不足による「社会的入院³」とも言われており問題視されている。そうした入院の長期化は、望ましくない医療費増加の一因となっていると言えるだろう。

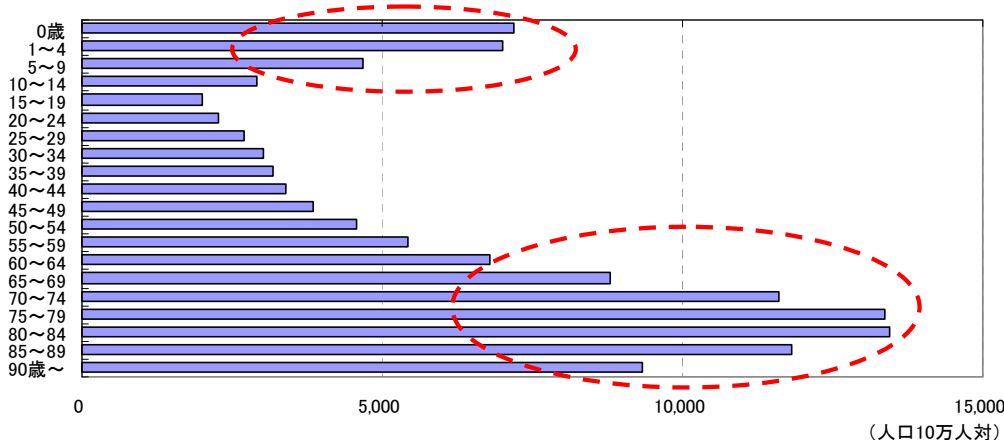
図表 6 年齢階級別入院の状況



(出所) 厚生労働省「平成 23 年患者調査」より大和総研作成

次に、図表 4 の医療費の構成で、入院医科診療費に次いで高い 35.1% を占める入院外医科診療費（主に外来受診に関する医療費）について見てみたい。

図表 7 年齢階級別外来受療率（人口 10 万人対）



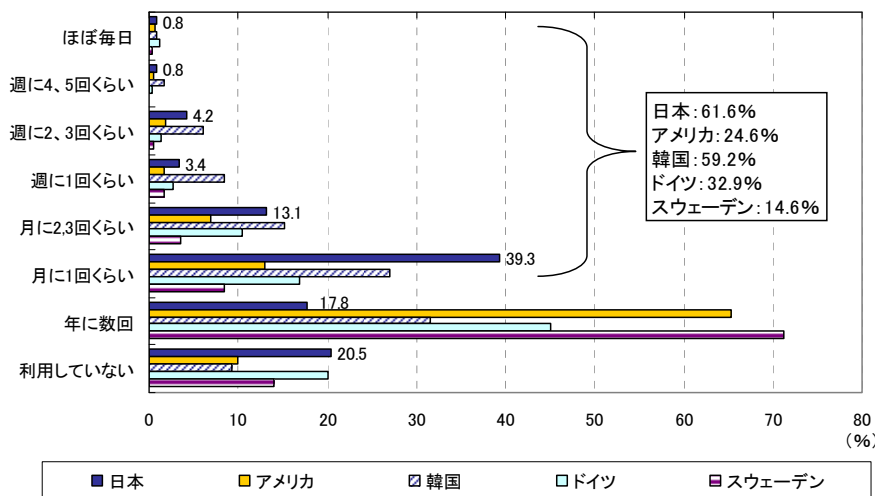
(出所) 厚生労働省「平成 23 年患者調査」より大和総研作成

³ 印南一路（2009 年）『「社会的入院」の研究』東洋経済新報社

図表 7 は、年齢階級別受療率⁴を表している。これによると 65 歳以降の受療率の高さが顕著である。病気や怪我が通過儀礼のように続く乳幼児の受療率も比較的高いが、高齢者の受療率はその 2 倍近い水準である。高齢者における受療率や医療費の高さ、受診回数の多さは、加齢により病気に罹ったり怪我をしたりしているという理由ですべて説明できるのだろうか。

図表 8 は高齢者の医療サービス利用状況を国際比較したものである。比較対象国は日本、アメリカ、韓国、ドイツ、スウェーデンの 5 カ国であり、各国とも 60 歳以上の男女に対し、1,000 サンプル以上のアンケートを実施している。

図表 8 高齢者の医療サービス利用状況 (%)



(出所) 内閣府「高齢者の生活と意識 第7回国際比較調査(平成22年度)」より大和総研作成

この調査によると日本の高齢者は「月に1回くらい」以上に医療サービスを利用している割合が 61.6%である(「ほぼ毎日」から「月に1回くらい」までの合計)。「月に1回くらい」以上ということで見れば、韓国も 59.2%と医療サービスを利用する頻度が高いが、アメリカの 24.6%やドイツの 32.9%、スウェーデンの 14.6%と比較すると、日本の高齢者はいかに頻繁に医療サービスを利用しているかがわかる。

2. 日本の高齢者が病院に通う理由

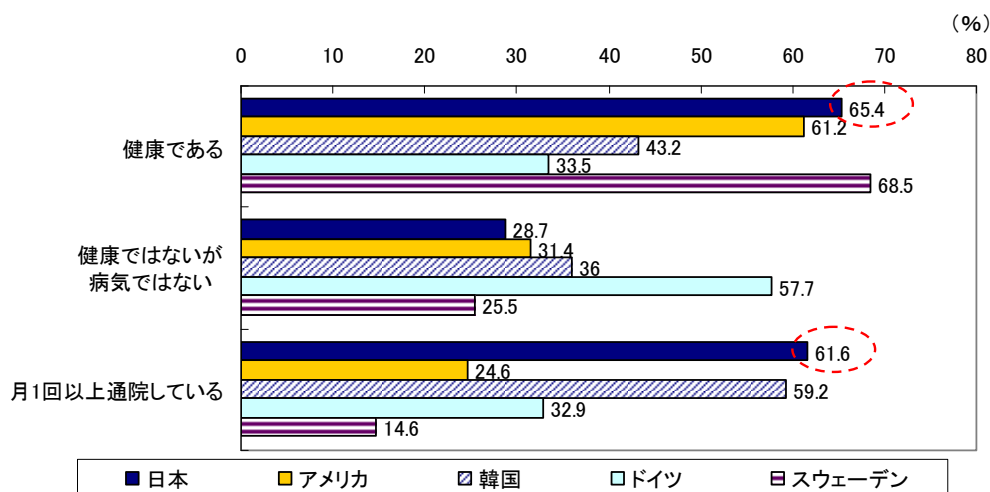
なぜ日本の高齢者は受療率が高く、医療サービスの利用頻度が高いのだろうか。諸外国と比べて、日本には健康問題を抱える高齢者が多いのだろうか。しかし日本は平均寿命だけでなく、健康寿命⁵も高い国のひとつとされている。その点を解明するため、図表 9 の高齢者の健康状態と医療サービスを受ける頻度について国際比較をしたアンケートを見てみたい。アンケートの対象国は図表 8 と同じである。

⁴ 受療率(人口 10 万人対) : ある特定の日に疾病治療のために、医療施設で診療を受けた人口 10 万人当たりの推計患者数の割合。

⁵ 一生のうち、健康で支障なく心身ともに自立して日常の生活を送れる期間のこと。

比較国全体の傾向を見ると、健康である高齢者の割合が高ければ、それに応じて「月1回以上通院している」高齢者の割合が低くなっている。韓国は「月1回以上通院している」の割合が59.2%と日本に次いで高いが、「健康である」としている高齢者が4割程度にとどまっていることから、通院頻度が比較的高いことは説明がつく。しかし、日本は「健康である」としている高齢者の割合が65.4%と高いにもかかわらず、「月1回以上通院している」の割合が61.6%と調査国の中で最も高い。

図表9 高齢者の健康状態と医療サービスを受ける頻度 (%)

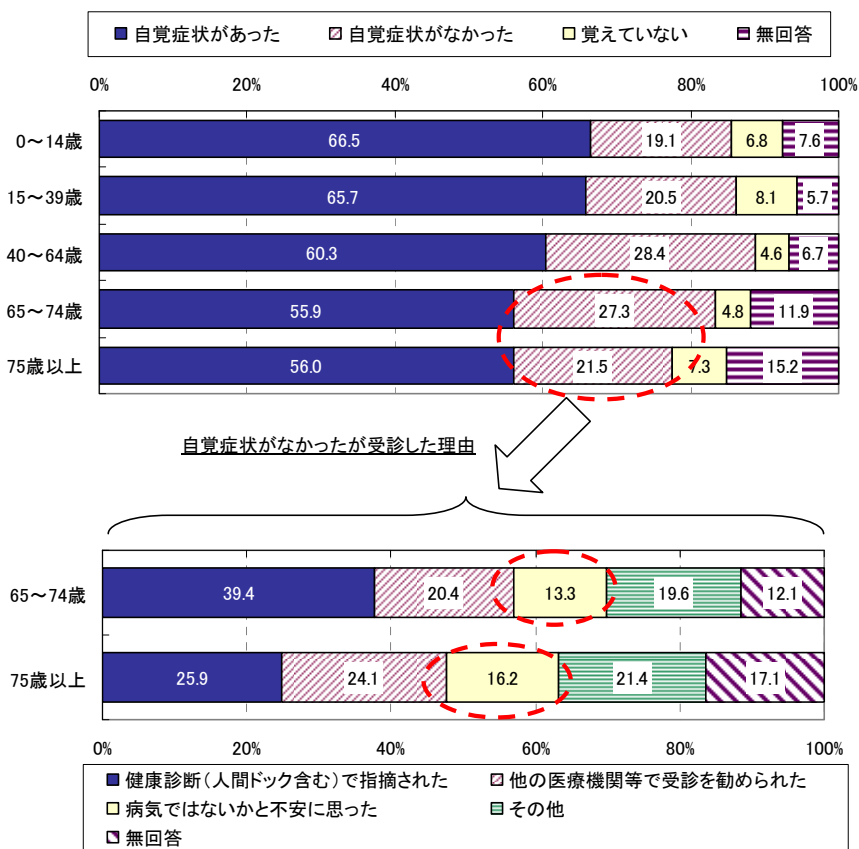


(出所) 内閣府「高齢者の生活と意識 第7回国際比較調査(平成22年度)」より大和総研作成

日本では、健康であると自覚している高齢者や健康ではないが病気でもないと感じている高齢者が何らかの理由で通院している可能性があり、そのことが受診回数や医療費の増加に影響しているのではないだろうか。そうだとすれば、なぜ高齢者は一定の健康が維持されているにもかかわらず病院へ通っているのだろうか。早期受診をすることで健康と長寿が維持できていると見ることができる一方、必要性の低い受診が多発しているとしたら、是正する余地は大きいとも言えるだろう。

図表10の上のグラフは年齢階級別初診時の自覚症状の有無についての調査結果であり、図表10の下グラフは、自覚症状はなかったにもかかわらずなぜ受診したかについての、高齢者に関する調査結果である。高齢者においては他の年齢層と比較して「自覚症状があった」以外の理由で医療機関を受診しているケースが多い。また自覚症状がなく受診している理由でも「健康診断(人間ドック含む)で指摘された」や「他の医療機関等で受診を勧められた」などの理由に次いで、「病気でないかと不安に思った」の割合も一定数を占めていることが注目される。

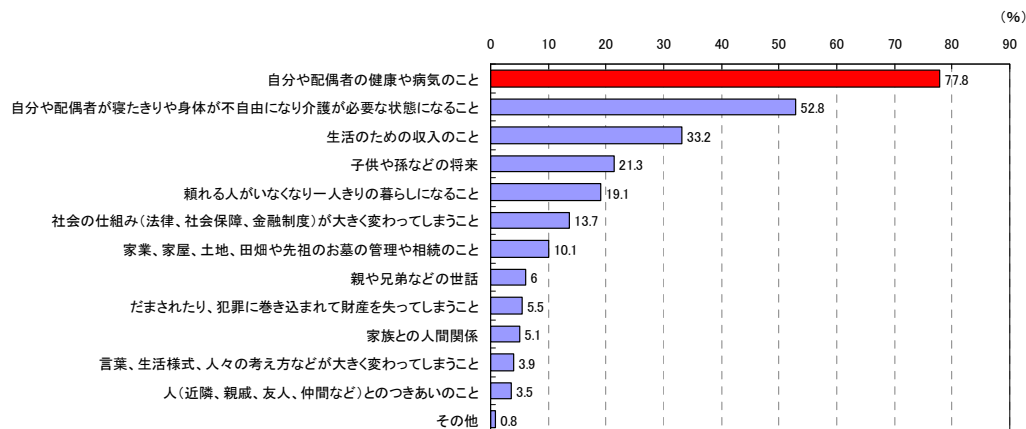
図表 10 外来患者の初診時の自覚症状の有無（上表）と高齢者が自覚症状はなかったが受診した理由（下表）（複数回答）



(出所) 厚生労働省「平成 23 年受療行動調査」より大和総研作成

ここで、図表 11 の高齢者に日常生活において不安を感じる点についてアンケートをとった調査結果を見てみたい。調査の対象は全国の 60 歳以上の男女 5,000 人である。高齢者が抱える将来の日常生活に対する不安な点としては「自分や配偶者の健康や病気のこと」の占める割合が最も大きく、病気に対して非常に強い不安を感じている様子が見られる。

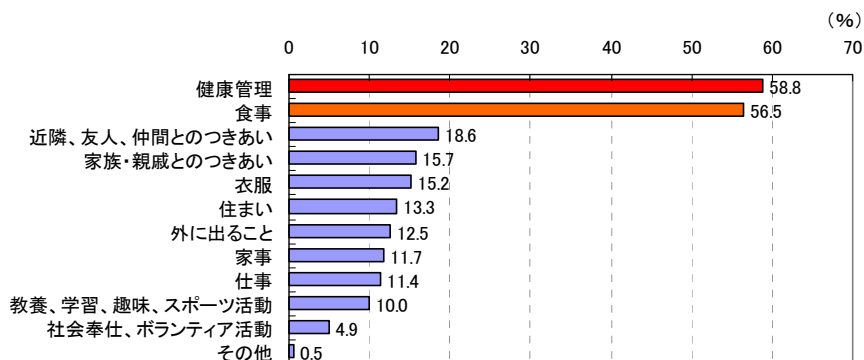
図表 11 高齢者が感じる将来の日常生活全般に対する不安 (%) (複数回答)



(出所) 内閣府「平成 21 年 高齢者の日常生活に関する意識調査」より大和総研作成

図表 12 では高齢者が日ごろから特に心がけていることについてアンケート調査をしているが、「健康管理」が約 6 割を占めている。同じく約 6 割を占める「食事」も健康維持・管理の一つと考えられることから、高齢者が日常生活において、病気に対する強い不安から、健康維持や予防に留意した生活を送ろうと心がけている様子が窺える。

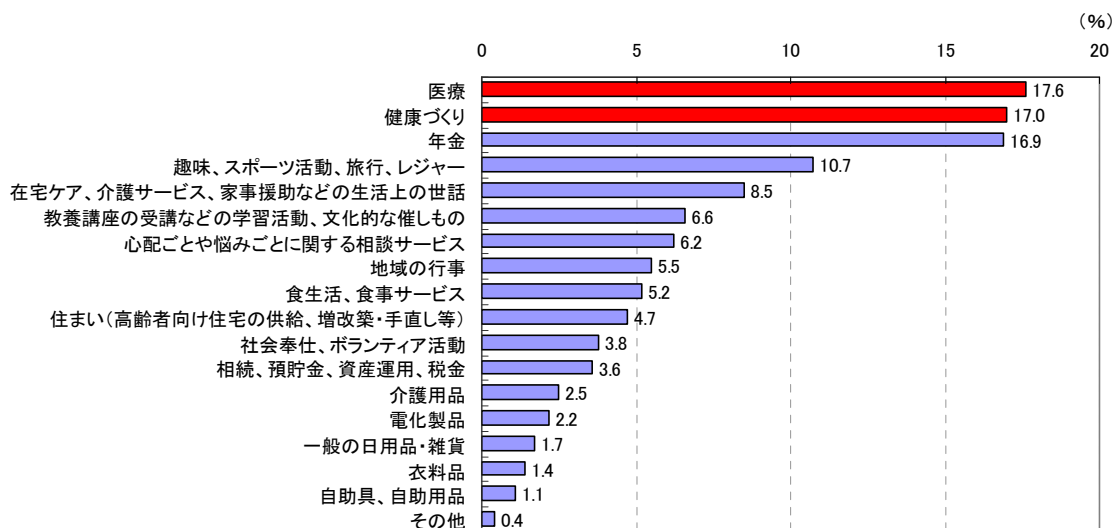
図表 12 高齢者が日ごろから特に心がけていること (%) (複数回答)



(出所) 内閣府「平成 21 年 高齢者の日常生活に関する意識調査」より大和総研作成

また、図表 13 は高齢者が日常生活に関する情報でもっと欲しいと感じている内容についてアンケート調査をした結果だが、ここでも「医療」、「健康づくり」が上位に位置している。

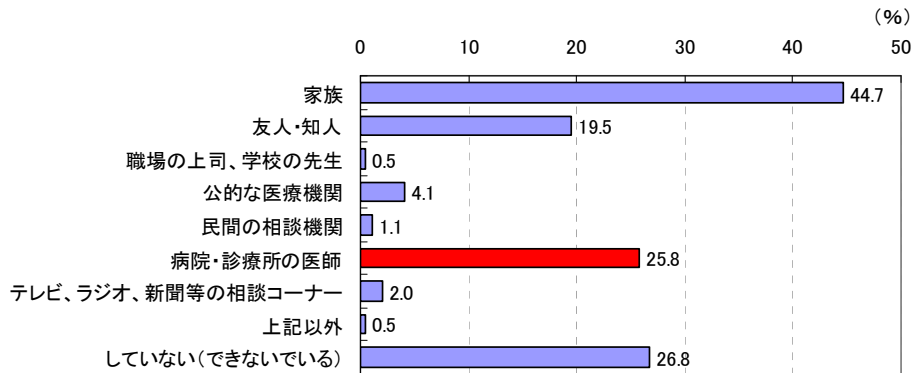
図表 13 高齢者が日常生活に関する情報でもっと欲しいと考えている内容 (%) (複数回答)



(出所) 内閣府「平成 21 年 高齢者の日常生活に関する意識調査」より大和総研作成

図表 14 は、悩みやストレスの相談相手に関してアンケートをとった結果である。ここで相談相手が「家族」に次いで「病院・診療所の医師」の割合が高くなっている点が注目される。

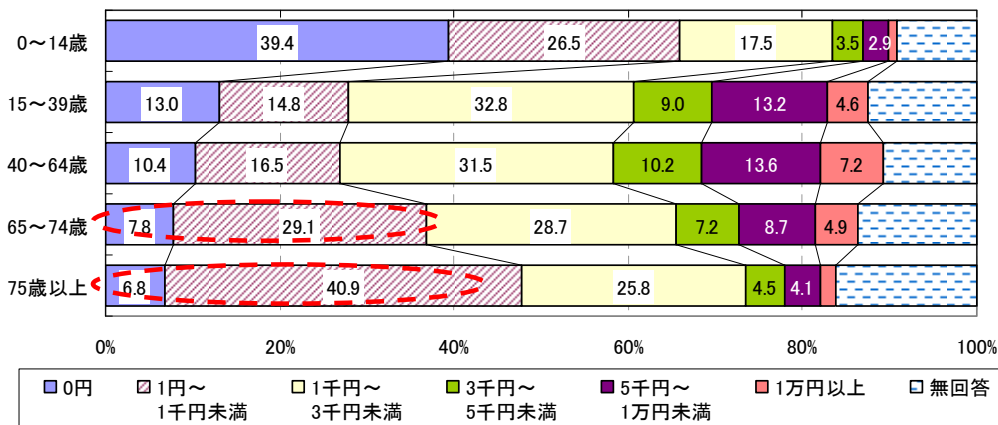
図表 14 高齢者の悩みやストレスの相談相手 (%) (複数回答)



(出所) 内閣府「平成 22 年度高齢者の現状及び今後の動向分析についての調査報告書」より大和総研作成

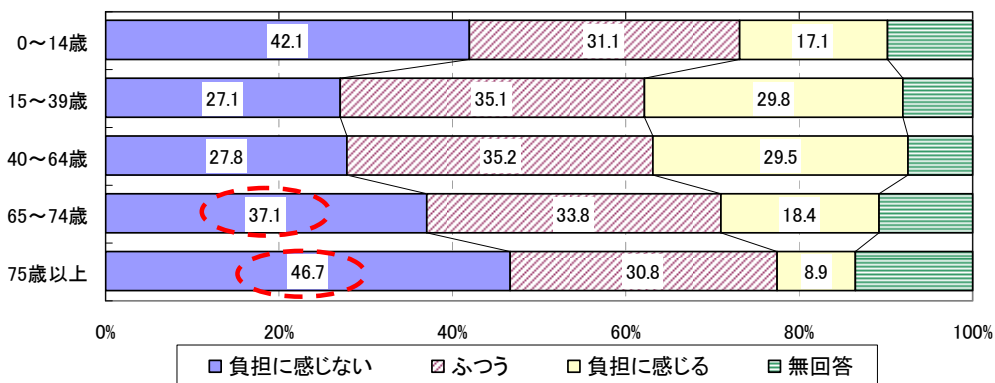
そうした高齢者が病院や診療所の窓口で1回の受診に対して支払う金額は、半数近くが 0 円～1 千円未満と低額に抑えられている(図表 15)。その自己負担について 46.7%の 75 歳以上の高齢者は「負担に感じない」としている(図表 16)。

図表 15 外来患者の年齢階級別請求金額



(出所) 厚生労働省「平成 23 年受療行動調査」より大和総研作成

図表 16 外来患者の年齢階級別請求金額に対する負担感



(出所) 厚生労働省「平成 23 年受療行動調査」より大和総研作成

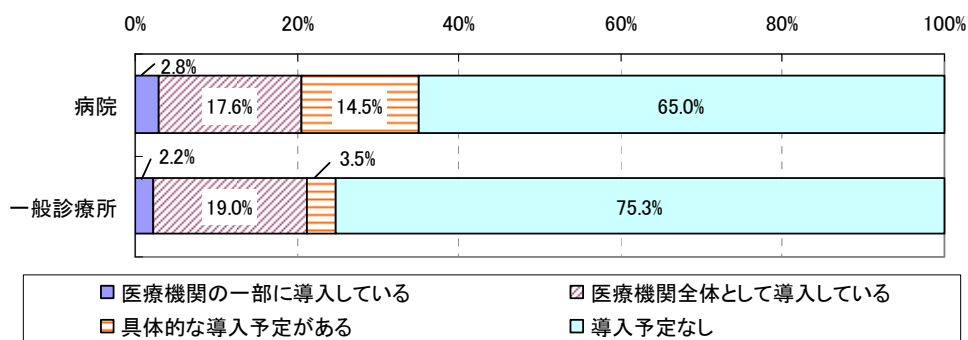
これらいくつかの調査結果から、日本の高齢者は加齢とともに健康に対する不安感が増し、また自分自身や家族の健康維持を強く希望していることから、健康相談やメディカルチェック（経過相談）のために頻繁に医療機関の医師を訪れている様子が見て取れるのではないだろうか。そしてその費用も負担を感じない程度に抑制されている。そうであるとすれば、今後さらに高齢化が進み高齢者数が増加すれば、病院や診療所の医師は、病気の治療以上に高齢者の健康相談により多くの時間を割かなくてはならないという事態になりかねない。日常で感じる不安が「自分や配偶者の健康や病気のこと」であったり、もっと欲しいと思う情報が「医療」や「健康づくり」であれば、医療機関を訪れ医師に相談したいという気持ちは理解できる。しかし、増加を続ける医療費抑制のために、何か対策はないのだろうか。

3. 予防・健診・相談を中心に効率化を促すサービスを

政府は、医療関連分野を経済再生の柱のひとつとし、米国の国立衛生研究所をモデルとした「日本版 NIH」創設などを盛り込んだ「健康・医療戦略」を策定した。iPS 細胞の例のように、日本が得意とする基礎医学研究の分野を強化させる対策として、一定の評価ができるだろう。そうした先端的、革新的な取り組みとは別の次元の、現場ベースでの取り組みも超高齢社会における医療サービスには必要であると思われる。

そこでたとえば医療の IT 化を推進しつつ、多様な患者に幅広く対応し、地域住民の様々な要望に応えられる医療スタッフ（「かかりつけ医⁶」を中心とした看護師やケアマネージャーなど）を整備していくことなどが、高齢者向け医療の効率化として考えられるだろう。現在、電子カルテシステムを導入している医療施設の割合は全体の 2 割にとどまり、具体的な導入予定がある医療施設を含めても全体の 4 割にも満たない（図表 17）。遠隔医療システムに至っては導入済み医療施設が、病院で 15.7%、診療所で 2.0%と普及率はかなり低い（図表 18）。

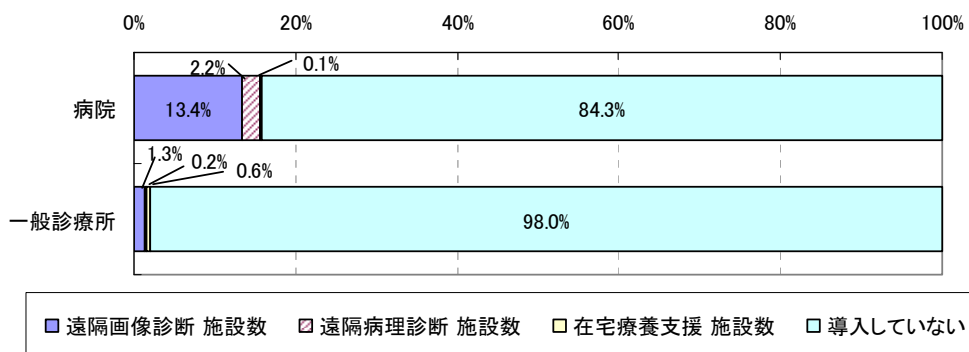
図表 17 電子カルテシステムを導入している医療施設の割合



（出所）厚生労働省「平成 23 年医療施設（静態・動態）調査」より大和総研作成

⁶ 日常行っている診療のほか在宅医療、地域の医療行政と連携した活動を行い、更には介護・福祉などを含む様々な保険医療活動に従事する医師。

図表 18 遠隔医療システムを導入している医療施設の割合



(出所) 厚生労働省「平成 23 年医療施設（静態・動態）調査」より大和総研作成

電子カルテなど IT 機器導入のコストや運用面での負担が現場に求められることなどを背景に普及率は低調であるが、電子カルテシステムを活用し、IT 化された診療報酬明細書（レセプト）と健診データなどとの連携が進めば、それを元に予防医療を実践していくことが可能になる。病気の重症化が避けられるだけでなく、重複検査や重複処方も回避され、医療費抑制にも有効である。医師間・病院間での情報共有にも利便性が高い。また、専門医の診察が必要な場合は、遠隔医療システムの導入により、診療所で撮影した X 線画像を大学病院に伝送して遠隔医療を受けることもできる。時間や手間も省け、在宅医療や僻地・離島の医療にも効果的である。

人口 15 万人以上の市町村で高齢化率が最も高い広島県呉市では、膨らみ続ける医療費を抑制するために医療の IT 化を行政が主導し、早くから進めてきた。健診データとレセプトの情報を結び付けて分析し、糖尿病で人工透析を始める一歩手前の患者を抽出。看護師をつけて食事から運動法まで細かく指導したところ、人工透析を新しく始める患者数が 25% 減少し、これだけで医療費が約 3,000 万円/年抑えられたという⁷。

呉市の例に見られるように、医療を IT 化してデータ分析→重症患者の予備群の抽出→予防医療→医療費抑制、と効率化を図るためには、患者に寄り添う「かかりつけ医」を中心とした医療スタッフの存在も欠かせないだろう。外来を受診する高齢者の多くは「高血圧性疾患」など複数の生活習慣病を患っているケースが多い（平成 23 年度患者調査より）。生活習慣病のような慢性疾患は初期の段階では異常が見つかりにくいことから、常に関心を持ち、積極的に生活改善を図っていくことでしか予防できない。そのため地域の生活圏に根ざし、継続的なパートナーシップを築いていく医療スタッフのサポートが重要であろう。

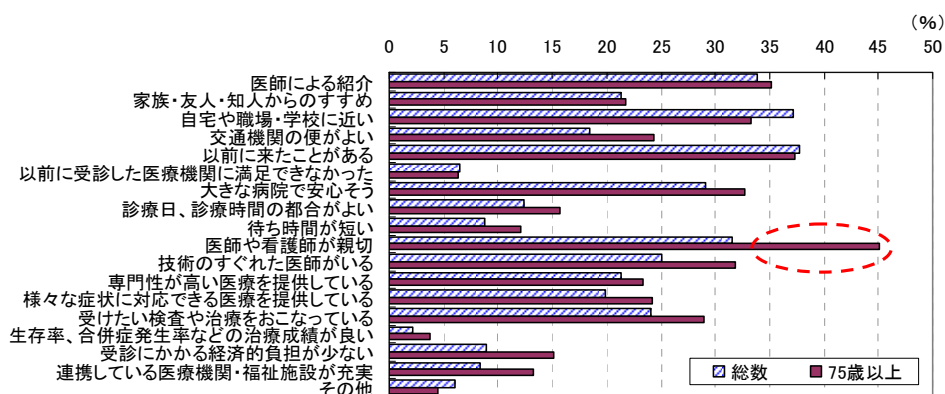
国民健康保険中央会では平成 15 年から 17 年度において、北海道奈井江町、長野県茅野市、神奈川県伊勢原市をモデル地区として、「地域における包括的な保健・医療推進モデル事業」を実施している。ここで検討された「かかりつけ医」の役割とは、①登録された患者の健康状態の把握と健康上の相談への対応、②診察、治療（専門医への紹介を含む）、③リハビリテーションの指導、などである。確認されたモデル事業の効果としては、医師と保健師、栄養士、

⁷ 2013 年 6 月 25 日付日本経済新聞

運動療法士などが一体となって予防と医療の連携が行われたことで住民の健康・運動意識が高められたことや、地域における診療所と病院の連携体制が構築され長期入院の是正に繋がったこと、診療所－病院－診療所の地域連携クリティカルパスができたことなどが挙げられている。地域住民からも「(健診の)結果説明の時にデータの見方を詳しく教えてくれたことがよかった」、「悩みをよく聞いてもらい、相談にも親切に対応してくれた」⁸、など評価はよいである。ただ、一方、「かかりつけ医」に求められる機能が診療行為の枠組みに収まらないものが多いこと、「かかりつけ医」の教育・研修体制が充分でないこと、人材不足やインフラ整備の遅れなど検討すべき項目も多く、現場には戸惑いもあるようだ⁹。

これまでは医師による根治的治療（キュア）が医療の中心にあった。かつては救命や完治が難しかった患者が医療技術の進歩や救急医療サービス提供体制の充実などの恩恵を受け、生き長らえることができる環境となった。今後も再生医療や遺伝子などの医療分野における成長に一定の期待を寄せたい。一方、ある程度以上の医療水準の中で迎える超高齢社会では、高齢者の医療行動のパターンから推察するに、治療（キュア）以上に、包括的な医療サービス（ケア）に対する需要が増えるだろうと予想される。街の診療所で、家族や地域コミュニティの状況などを熟知した「かかりつけ医」を中心とした医療スタッフによる、医療情報を活用した予防医療、健診・健康教育、相談が継続的に行われるような、患者に寄り添うコミュニケーションを中心とした医療サービスが求められるだろう。実際に患者が病院を選んだ理由では、高齢者は「医師や看護師が親切」という理由を挙げるケースが最も多く、医療サービスを受けるにあたってコミュニケーションを重視している様子が窺える（図表 19）。本格化しつつある超高齢社会では、狭い意味での医療サービスにとどまらない、幅広い健康生活サービスの需要に応じていくことが、新たな成長分野のひとつと位置付けられるだろう。そのためには IT システム導入・維持費用負担の支援や、「かかりつけ医」体制の強化に対応するような診療報酬上の工夫¹⁰、教育・研修体制の整備なども検討していく必要がある。

図表 19 病院を選んだ理由（複数回答）



(出所) 厚生労働省「平成 23 年受療行動調査」より大和総研作成

⁸ 国民保険中央会「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会 報告書」（平成 18 年 12 月）

⁹ 国民保険中央会「地域住民が期待するかかりつけ医師像に関する研究会 報告書」（平成 20 年 3 月）

¹⁰ 英国、デンマーク、オランダなど欧州諸国では「かかりつけ医」の活動に対して、登録された住民の数に応じて報酬が支払われる定額払い報酬と、出来高払いの併用が多い。（国民保険中央会「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会 報告書」（平成 18 年 12 月）より）

同時に、人々がコスト意識を持って医療機関を受診するような制度体系が求められよう。現在、日本では特に高齢者の自己負担割合が低く抑制されている。多くの国では、診療や処方薬の自己負担に対して、所得や疾患による差異は設けても年齢による差異を設ける（高齢者について一律に低率負担とする）ことは一般的ではない（図表 20）。

図表 20 主要国の外来診療と処方薬の自己負担割合

	医療（外来）	薬
日本 (2013)	30%負担 義務教育就学前:20%負担 70~74歳:20%負担（10%負担に凍結中）（現役並み所得者は30%負担） 75歳以上:10%負担（現役並み所得者は30%負担）	
米国 (2013)	【パートB:任意加入】 年間147ドルまで:全額自己負担 年間147ドル以上の越えた部分:20%負担 ※公的なメディケアプログラムの受給者となっている者(65歳以上の高齢者及び障害者)に適用 メディケアは、パートA からパートD までの4 つの部分から構成されている パートA は、主に入院時の病院費用に適用される パートB(任意)は、主に医師の診療費、外来治療、予防ケア等に適用される パートC(任意)はメディケア・アドバンテージ・プランと呼ばれ、民間保険会社によるパートAとパートBの補填や処方薬に適用される パートD(任意)は処方薬に適用される	パートDやその他の処方薬保険に加入していない場合:全額自己負担 【パートDに加入している場合】 325ドルまで:全額自己負担 325ドル~2,970ドル:25%負担 2,970ドル~6,733.75ドル:47.5%負担、79%負担(ジェネリック薬品) 6,733.75ドル~:5%負担か、 または、6.6ドル(ジェネリック薬品なら2.65ドル)の定額負担の高い方
英国 (2013)	原則自己負担なし	7.85ポンド負担 一定期間分のまとめ払い可能(3ヶ月:29.10ポンド、1年間:104ポンド) 高齢者、低所得者、妊婦等には免除があり、免除者が多い
ドイツ (2013)	四半期ごとに10ユーロの診察料	10%負担 (ただし1回につき上限10ユーロ、下限5ユーロ)
フランス (2011)	30%負担	抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品:自己負担なし 胃薬等:70%負担 有用性の低い薬剤:85%負担 ビタミン剤や強壮剤等:100%負担
韓国 (2013)	診療所・病院:30%負担 洞地域の総合病院:50%負担 専門総合病院:60%負担	邑・面地域:35%負担 洞地域:40%負担
中国 (2009)	【北京市の場合】(医療費により自己負担額が変わる) 一級病院:3~15%負担 二級病院:3~18%負担 三級病院:5~20%負担	
オーストラリア (2013)	メディケア制度により かかりつけ医(GP)や公立病院:無料 私立病院や専門医:25%負担	処方箋薬代を補助する薬剤給付制度(PBS)に基づき、 35.4豪ドル以下の医薬品:全額自己負担 35.4豪ドルを超える医薬品:超過部分が補助される 低所得者:5.80豪ドル

(出所) 厚生労働省「主要国の医療保険制度概要」等より大和総研作成

日本では高齢者の負担が抑えられている分、早期受診や早期治療のインセンティブともなり得るが、反面、受診を抑制しにくくモラルハザード（不要な需要の誘発）も起きやすい。先述したように高齢者の自己負担が「0円~1千円未満」の低額に抑えられている一方で、現役世代においては「1千円~3千円未満」を支払っている割合が最も高く、「5千円~1万円未満」を支払うケースも1割以上ある（図表 15）。現役世代では、病院の自己負担を「負担に感じる」とする割合も低くない（図表 16）。現役世代は自らが病院にかかったときの患者自己負担だけでなく、保険料負担も重い。年金について賦課方式であることはしばしば指摘されるが、医療保険においても現役世代に多くの負担が偏っており、それを高齢者に給付する賦課方式になっている。すでに医療だけでなく、年金や福祉その他においても給付費用が膨らんでおり（図表 21）、現役世代の保険料負担や税負担がいったいどこまで増えるのかが見通しにくくなっている。減少する現役世代で多数の高齢者を支える構図に至るにあたり、早い段階での医療保険財政の立て直しを図る必要性は多くが指摘している¹¹。

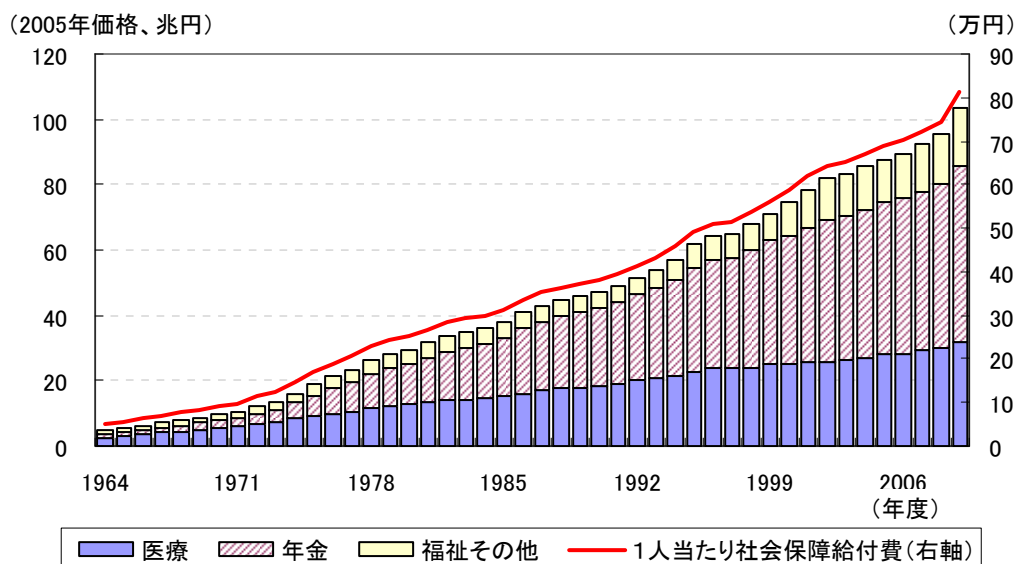
¹¹ DIR30年プロジェクト「超高齢日本の30年展望」 (<http://www.dir.co.jp/project/thirty-years/>)。

データは少し古くなるが、平成 17 年 10 月に厚生労働省は「医療制度構造改革試案」の中で、2015 年度の生活習慣病患者・予備群を 2008 年度との比較で 25%減少させ、平均在院日数を短縮化¹²すれば、2015 年度に 40 兆円、2025 年度に 56 兆円と推計される国民医療費を、それぞれ 2.0 兆円、6.0 兆円削減できると試算している。さらに、医療費自己負担について前期・後期高齢者は 2 割負担（現役並みの所得者は 3 割負担、後期高齢者のうち低所得者は 1 割負担）とした場合は 2015 年度に 0.8 兆円（2025 年度には 1.3 兆円）、65～69 歳の者は 3 割負担・70 歳以上の高齢者は 2 割負担（現役並みの所得者は 3 割負担、低所得者は 1 割負担）とした場合は 1.0 兆円（2025 年度には 1.4 兆円）の削減が追加で可能だという。

また、2013 年 5 月に発表した DIR30 年プロジェクト「超高齢日本の 30 年展望」の中でも 70 歳以上高齢者の自己負担を 2 割にすれば、2021～2040 年度平均で年間 2 兆円程度（実質ベース）の削減が可能だと試算している。70 歳以上高齢者の自己負担割合を引き上げることで、保険料や公費の割合が低下するだけでなく、医療サービス価格の上昇が受診抑制にも働くことから¹³、給付費の削減を通じて保険料と公費の負担も軽減されるとしている。

医療分野の成長のためには、患者の医療情報を有効に活用し、需要のある予防・健診・相談を包括的に提供する医療サービスを充実させながら、診療や処方効率化を進めることが重要であろう。それと同時に、IT 投資の面での医療供給側に対する支援、そして費用負担の適正化など過剰な需要を誘発しない医療保険システムの再構築が必要となつてこよう。

図表 21 社会保障給付費の部門別推移



(注) 民間最終消費デフレーターによる実質金額。

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「平成 21 年度社会保障給付費」より大和総研作成

¹² 全国平均（36 日）と最短の長野県との差を半分に縮小する。（平成 17 年 10 月時点）

¹³ DIR30 年プロジェクト「超高齢日本の 30 年展望」では、自己負担割合の引き上げに耐えられない高齢者に対しては、高額療養費制度の拡充や、個人の経済状況を踏まえた給付体制を整備する必要性がある点にも言及している。

【経済社会研究班レポート】

- ・ No. 1 神田慶司・鈴木準「「実質実効為替レートなら円安」の意味—コスト削減の企業努力は円高・内需低迷・デフレを生んだ」2010年11月10日
- ・ No. 2 鈴木準・原田泰「財政を維持するには社会保障の抑制が必要—社会保障の抑制幅が増税幅を決める」2010年12月29日
- ・ 鈴木準・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2011年6月）—大震災を乗り越え、実感ある成長をめざす日本経済」2011年6月16日
- ・ No. 3 溝端幹雄・神田慶司・鈴木準「電力供給不足問題と日本経済—悲観シナリオでは年率平均14兆円超のGDP損失」2011年7月13日
- ・ No. 4 神田慶司・溝端幹雄・鈴木準「再生可能エネルギー法と電力料金への影響—電力料金の上昇は再生可能エネルギーの導入量と買取価格次第」2011年9月2日
- ・ 溝端幹雄・神田慶司・真鍋裕子・小黒由貴子・鈴木準「電力不足解消のカギは家計部門にある—価格メカニズムとスマートグリッドの活用で需要をコントロール」2011年11月2日
- ・ No. 5 鈴木準「欧州財政危機からの教訓—静かな財政危機に覆われた日本は何を学ぶべきか」2011年12月2日
- ・ No. 6 神田慶司・鈴木準「ドル基軸通貨体制の中で円高を解消していくには—ドル基軸通貨体制は変わらない。長い目で見た円高対策が必要」2011年12月13日
- ・ 鈴木準・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2012年1月）—シンクロする世界経済の中で円高・電力・増税問題を乗り切る日本経済」2012年1月23日
- ・ No. 7 溝端幹雄・鈴木準「高齢社会で増える電力コスト—効率的な電力需給システムの構築が急務」2012年4月9日
- ・ 鈴木準「医療保険制度の持続可能性を高めるために—コスト意識の共有を進めながら、国民の健康を増進させよう」2012年4月13日
- ・ 近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2012年7月）—グローバル化・高齢化の中で岐路に立つ日本経済」2012年7月27日
- ・ No. 8 神田慶司「失業リスクが偏在する脆弱な雇用構造—雇用構造がもたらす必需的品目の需要増加と不要不急品目の需要減少」2012年8月10日
- ・ No. 9 溝端幹雄「超高齢社会で変容していく消費—キーワードは「在宅・余暇」「メンテナンス」「安心・安全」」2012年8月10日
- ・ 近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2013年2月）—成長力の底上げに向けて実行力が問われる日本経済」2013年2月4日

- ・ No. 10 神田慶司「転換点を迎えた金融政策と円安が物価に与える影響－円安だけでインフレ目標を達成することは困難」2012年2月5日
- ・ No. 11 溝端幹雄「エネルギー政策と成長戦略－生産性を高める環境整備でエネルギー利用の効率化と多様化を」2013年2月6日
- ・ No. 12 溝端幹雄「成長戦略と骨太の方針をどう評価するか－新陳代謝と痛みを緩和する「質の高い市場制度」を」2013年7月25日
- ・ No. 13 小林 俊介「量的緩和・円安でデフレから脱却できるのか？－拡張ドーンブッシュモデルに基づいた構造 VAR 分析」2013年8月15日