

社会保険制度と社会保険料事業主負担の
国際比較に係る報告書

公益財団法人 全国法人会総連合

はしがき

全国法人会総連合では、法人会の社会保険料負担にかかる提言のさらなる充実に向けて、各国制度の状況を把握すべく、PwC コンサルティング合同会社に調査を依頼し、「社会保険制度と社会保険料事業主負担の国際比較に係る報告書」を取りまとめました。

日本における社会保障制度は、「社会保険」、「社会福祉」、「公的扶助」、「公衆衛生」の大きく4つの柱がありますが、本報告書においては、社会保険料の事業主負担の国際比較がメインテーマであることから、社会保険制度および事業主、労働者が負担する社会保険料に着目して日本および主要国の制度を調査しました。

本報告書においては、ドイツ・フランス・スウェーデン・イギリス・アメリカの5か国を調査対象国としています。

社会保険制度および社会保障給付費抑制策における日本と他国との違いを比較することにより、今回の調査結果が、今後、わが国の社会保険制度および保険料負担のあるべき姿の検討材料になるものと考えております。

令和元年7月

公益財団法人 全国法人会総連合

<目次>

I.	本調査の概要.....	3
1.	調査背景と目的.....	3
2.	調査方法	4
II.	各国の社会保険制度の概要.....	5
1.	日本.....	5
2.	ドイツ.....	7
3.	フランス.....	9
4.	スウェーデン.....	11
5.	イギリス.....	13
6.	アメリカ.....	15
III.	社会保険制度および社会保険料の国際比較.....	18
1.	社会保険制度の概要比較.....	18
2.	社会保険料を主な財源とする社会保険制度.....	20
3.	社会保険料の労使負担率.....	21
4.	社会保障収支.....	22
IV.	各国の社会保障給付費の抑制策	24
1.	年金.....	24
2.	医療費.....	26
V.	その他医療費の抑制につながる各国の取り組み.....	31
VI.	日本の現状を踏まえた他国事例の検討.....	35
1.	日本と各国の施策比較.....	35
2.	おわりに.....	39
	(参考資料・文献).....	40

I. 本調査の概要

1. 調査背景と目的

日本の国および地方の長期債務残高は2018年度末時点で約1,100兆円に達し、日本の財政悪化は年々深刻化しており、先進国の中でも突出している¹。その主な原因は、社会保障を中心とした「受益」と税や社会保険料の「負担」のバランスがうまく機能していないためであると推察される。

厚生労働省が公表した「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」によれば、社会保障給付費総額は、2018年の121.3兆円から2040年には最大で190.0兆円まで増加すると予測されている。特に、社会保障給付費の約8割を占める年金と医療費については、2040年には2018年と比較して、年金が約1.3倍、医療費が約1.7倍にまで増加すると見込まれている²。上記のように、高齢化により、年金の増加はもとより、医療費が大幅に増加することがうかがえる。

「OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係」によれば、現在の日本は「中福祉・低負担」に位置している³。今後も少子高齢化が加速化し、人口が減少し続けることを考慮すると、早期に「負担の適正化」と給付の「重点化・効率化」等の改革を実施しなければ、財政破綻を招いてしまうことは必至であり、現行制度は限界を迎えつつある。

このような状況を受け、日本では2012年に「社会保障・税一体改革関連法案」が国会で成立し、社会保障の充実・安定のための社会保障改革と、その財源の安定的確保や財政健全化を同時に達成するための税制抜本改革に取り組んでいる。財源の安定的確保については、税制抜本改革法に沿って、2014年4月に消費税率が8%へ引き上げられ、2019年10月からは10%に引き上げられることが決定している。消費税率5%から10%への引上げによって総額約14兆円程度の増収が見込まれており、2018年12月時点では、社会保障の充実と安定化、後代への負担の付け回しの軽減および人づくり革命（幼児教育無償化等）等に充当されることが予定されている⁴。

ただし、前述したとおり、2040年には社会保障給付費が、最大で190.0兆円に増加することを踏まえると、今後、社会保障の財源確保のために、さらなる増税や、社会保険料負担の増加等が考えられる。上記の財源確保手法のうち、社会保険料の負担増加による財源確保に踏み切った場合、雇用を担う中小企業の立場から、事業継続に影響を及ぼすことが懸念される。そのため、今後も社会保障制度を安定的に機能させるためには、財源の安定的確保だけでなく、社会保障給付費の抑制策を検討すべきだと考える。

上記のような現状から、本調査では、まず他国の社会保険制度の概要を調査・比較した。それに加えて、社会保険制度とりわけ公的年金および医療費に関する他国の支出抑制策を調査し、日本の今後の方向性について検討した。

2. 調査方法

本調査は、世界各国に拠点のある PwC コンサルティング合同会社に依頼し、調査対象国の現地スタッフが各国の社会保険制度、社会保障給付費の抑制策ならびに現地の最新情報について調査を行い、日本オフィスのスタッフのもとで調査をとりまとめた。

II. 各国の社会保険制度の概要

本章では、各国の社会保険制度の現状の概要について整理する。ただし、本調査は社会保険料の事業主負担について着目するため、主に社会保険制度および企業の事業主と労働者が負担する社会保険料について記載する。

1. 日本

(1) 制度概要

日本の社会保険制度は、公的年金、医療保険、介護保険、労災保険、雇用保険の5つで構成されている。また、厚生年金保険の被保険者を使用する事業主は、社会福祉制度等に対する拠出金として、子ども・子育て拠出金も徴収されている。

公的年金は、国民年金と厚生年金の2階建ての構造となっており、会社員、公務員は国民年金に加えて厚生年金に加入し、過去の所得に比例して給付額が決定される仕組みとなっている。受給に必要な最低加入期間は10年で、支給開始年齢は原則65歳となっている。ただし、厚生年金の報酬比例部分は、厚生年金の加入期間が1年以上あり、国民年金の受給資格を満たしておれば、男性は64歳から、女性は61歳から特別支給を受給することが可能である(2019年時点)。

医療保険は、国民皆保険制度であり、自営業者や75歳未満の定年退職者等は国民健康保険に、会社員は全国健康保険協会(協会けんぽ)または各企業が所属する健康保険組合に、公務員は共済組合に加入する仕組みである。また、75歳以上は後期高齢者医療制度に加入する。自己負担は原則3割だが、未就学児および一般・低所得者とみなされる70歳~74歳(※2016年4月以降70歳となった者が対象)は2割、75歳以上は1割の自己負担となる。ただし、たとえ70歳以上であっても現役並の所得のある者は、70歳未満の者と同様に3割負担を継続する仕組みとなっている。

現在の社会保険料負担は、事業主負担が15.54%、労働者負担が14.45%(40歳以上の介護保険加入者の場合は、それぞれ16.405%、15.315%)となっている。(表1参照)

(表 1) 日本の社会保険制度の概要 (2019 年時点)

社会保険制度	支給内容	加入対象	事業主負担	労働者負担	備考
公的年金	老齢・遺族・障害年金の支給	会社に勤める全ての一般労働者および、所定労働時間が一般労働者の4分の3以上の短時間労働者	9.15%	9.15%	・標準報酬月額の上限は62万円 ・70歳未満の労働者は原則加入義務が発生
医療保険 介護保険(40歳以上)	業務外での病気やケガにかかる費用の保証、または、介護に関するサービスの提供	会社に勤めるすべての一般労働者	5.00%(全国平均) (40歳以上の者は5.865%)	5.00%(全国平均) (40歳以上の者は5.865%)	保険料率は都道府県によって異なる
労災保険	業務中または、通勤中の災害による傷病、障害、死亡等の場合に、療養費、休業、障害、死亡に対する補償	労働者を使用する全ての事業所	0.45%(全業種平均)	-	保険料率は業種によって異なる
雇用保険	失業者への給付、育児休業取得者・高齢者への給付等	週所定労働時間が20時間以上の全ての労働者	0.60%	0.30%	海外の失業補償制度の加入者は免除
子ども・子育て 拠出金	児童手当、地域子ども・子育て支援事業、仕事・子育て両立支援事業等の社会福祉制度に対する拠出金	労働者を使用する全ての事業所	0.34%	-	標準報酬月額の上限は62万円
合計			15.54% (40歳以上の者は16.405%)	14.45% (40歳以上の者は15.315%)	

(2) 社会保障収支状況

2018年時点の社会保障収支は、社会保険料による収入が70.2兆円、社会保障支出が121.3兆円であり、51.1兆円の赤字となっている⁵。不足分は、消費税・地方税等の税財源と、国債発行等で補填されている。

(3) 昨今の改革および今後の見通し

日本では、昨今、様々な方法で、財源確保や給付の抑制を検討している。例えば、「社会保障と税の一体改革」において、2019年10月より消費税が8%から10%に増税される。消費税の引き上げによる増収分は、社会保障の充実と安定化、後代への負担の付け回しの軽減および人づくり革命(幼児教育無償化等)等に使われることが予定されている。

また、厚生年金の支給開始年齢は、男性は2025年、女性は2030年にかけて一律65歳へと引き上げられることが決まっている。さらに、現在70歳まで選択可能な支給開始年齢を、70歳以降まで拡大する等の年金制度の見直しが政府で検討されている⁶。

上記のように、財源確保の政策に重点が置かれている理由は、言うまでもなく、日本における今後の社会保障給付費の大幅な増加が見込まれているためである。社会保障給付費増加の主な要因は、日本の人口構造の大きな変化、少子高齢化であり、特に昨今の高齢化の象徴的な例として取り上げられているのは、団塊世代が後期高齢者となる「2025年問題」である。65歳以上の人口の増加に加え、高齢者の中での高齢化が進んでいることがうかがえる。

したがって、高齢化に伴う医療・介護費の増加は避けられず、政府の試算によると、日本の社会保障給付費は2040年度に最大190兆円に達するとされている⁷。ただし、年金については、マクロ経済スライドが導入されたことにより、今後賃金や物価が上昇しても支給額水準が一定に調整されるため、医療費支出に比べると、年金支出の増加率は低いと予想されている。また、厚生年金保険料は、2017年以降固定化されているため、今後、保険料が引き上げられることはない。

年金についてはある程度の対策が講じられているとはいえ、少子化に伴い現役世代の人口は減少していることから、社会保障財源の確保を保険料と税収入で賄う現行制度では、現役世代一人当たりの負担が重くなることが明らかであり、給付と負担の構造の変化の必要性が高まっている。

2. ドイツ

(1) 制度概要

ドイツの社会保険制度は、公的年金、医療保険、介護保険、労災保険、雇用保険の5つで構成されている。また、社会保険制度とは別に、税金を財源とした児童手当が存在し、18歳までの児童を養育している家庭に、両親の収入とは関係なく、子どもの人数に合わせた手当が支給されている。

公的年金は、1階建ての構造となっており、職種ごとに制度が分立し、過去の所得に比例して給付額が決定される。最低加入期間は5年である。支給開始年齢は、従来54歳であったが、2012年から段階的な引き上げを実施しており、2029年に67歳となるように、2024年までは毎年1カ月ずつ、2025年以降は毎年2カ月ずつ引き上げられている。2019年現在の支給開始年齢は、65歳7カ月である⁸。

医療保険は、公的保険か民間保険のいずれかに加入する仕組みである。一定所得以上の労働者、自営業者、公務員は公的保険への強制加入対象ではないため、民間保険への加入を選択できるが、2018年時点で国民の86%が公的保険に加入している。民間保険に加入した場合、保険料は様々であるが、公的保険では保険対象にならない医療サービスが保険対象になる等のメリットがある。公的保険の外来診療における自己負担は原則無料となっており、入院の場合は1日10ユーロの自己負担が生じる。また薬の処方に対する自己負担は、1割のみである。

現在の社会保険料負担は、事業主負担が21.125%、労働者負担が19.825%(子どもがいない場合は、介護保険料の上乗せのため、それぞれ21.25%、19.95%)となっている。(表2参照)

(表 2) ドイツの社会保険制度の概要 (2019 年時点)

社会保険制度	支給内容	加入対象	事業主負担	労働者負担	備考
公的年金	老齢・遺族・障害年金の支給	・全労働者および自営業者(自営業者は登録が必要) ・医者、弁護士、エンジニア等の個人事業主および公務員は対象外	9.3% (SSCC*1まで)	9.3% (SSCCまで)	・SSCC(2019) -西ドイツ:80,400ユーロ -東ドイツ:73,800ユーロ ・最大受給額は、毎月2,600ユーロだが、平均受給額は約1,300ユーロ
医療保険	業務外での病気やケガにかかる費用の保証、または、介護に関するサービスの提供	ドイツ居住者はドイツの健康保険会社を通して、健康保険(公的保険または民間保険)に登録する義務がある	・一般健康保険:7.3% (SSCCまで) ・補足健康保険:0.45% (SSCCまで) ・介護保険:1.525%、子供がいない場合は1.65% (SSCCまで)	・一般健康保険:7.3% (SSCCまで) ・補足健康保険:0.45% (SSCCまで) ・介護保険:1.525%、子供がいない場合は1.65% (SSCCまで)	SSCC(2019):54,450ユーロ
労災保険	業務や通勤に起因する傷病障害死亡に対する医療費の支給	・全労働者および自営業者 ・医者、弁護士、エンジニア等の個人事業主および公務員は対象外	~1.3%	-	業界によって負担率は異なる
雇用保険	失業者に対する手当	・過去2年間で、社会保険料を12か月以上納入していた労働者 ・自営業者は登録が必要	1.25% (SSCCまで)	1.25% (SSCCまで)	・失業者は即時に就労支援センターに登録する必要がある。登録していない期間に比例して、手当が減給される ・SSCC(2019) -西ドイツ:80,400ユーロ -東ドイツ:73,800ユーロ
合計			21.125% (子供がいない場合は21.25%)	19.825% (子供がいない場合は19.95%)	・最大負担額(2019年のSSCCの場合) -西ドイツ:13,532ユーロ -東ドイツ:12,836ユーロ ・子供がいない場合 -西ドイツ:13,600ユーロ -東ドイツ:12,904ユーロ

*1:SSCCとは社会保障負担対象上限額を指す。
SSCCは各社会保険によって異なり、金額は毎年変更される。

(2) 社会保障収支状況

2018年時点の社会保障収支は、社会保険料による収入が6,907億ユーロ(約84.6兆円)、社会保障支出が6,809億ユーロ(約83.7兆円)であり、98億ユーロ(約1.2兆円)の黒字となっている。超過分は、政府に貸与され、国債の返済に充てられている。

2018年全体では社会保障収支は黒字であったが、2019年2月時点では158億ユーロ(約1.9兆円)の赤字となっており、必ずしも財政収支が安定しているとは言い切れず、ドイツにおいても医療制度の改革が必要だと認識されている。

(3) 昨今の改革および今後の見通し

ドイツでは毎年細かな制度改定がなされており、そのことが社会保障収支の黒字化に貢献していると考えられる。

昨今の改革としては、2019年に雇用保険の労使負担率が0.5%減少し、事業主・労働者ともに従来の1.5%から1.25%に引き下げられた。また、従来全て労働者負担とされていた補足健康保険の0.9%が労使折半となり、事業主・労働者ともに0.45%ずつの均等負担となった。さらに、介護保険の負担率は、介護サービスの安定供給のために0.5%増加され、事業主・労働者ともに従来の1.5%から1.525%に引き上げられた。これらの変更の結果、事業主は0.45%の負担増、労働者は0.45%の負担減となった。

一方で、ドイツでも高齢化が問題となっており、2012年には年金受給者1人を労働者3人で支えることができたが、高齢化の進行により、2050年には年金受給者1人を労働者1.5人で支えなければならないと試算されている。

このような高齢化の影響を受け、年金の課税対象割合についても変更がなされた。従来、年金受給額全体の76%であった課税対象が78%に増加され、さらに2040年には年金受給額の全額が課税対象となることが決定している。

3. フランス

(1) 制度概要

フランスの社会保険制度は、公的年金、医療保険、労災保険、雇用保険の4つで構成されている。また、子どもが2人以上いる家庭への経済的援助や子どもが生まれたときの一時金の支給、3歳までの経済援助のための拠出金も社会保険料として徴収されている。

公的年金は、2階建ての構造となっており、1階部分は基礎年金、2階部分は補足年金で成り立っている。基礎年金および補足年金は職域ごとに多数分立しており、職業によって異なる制度に所属している。農業従事者は「農業制度」、公務員等は「特別制度」に所属しているが、一般的な労働者である商工業被用者等は「一般制度」に加入するため、ここでは「一般制度」について言及する。支給額は、過去の所得に比例して決定される。最低加入期間はなく、支給開始年齢は満額拠出期間を満たす場合は62歳であるが、満額拠出期間を満たさない場合は原則66歳からの支給となっている。

医療保険は、法定制度として職域ごとに多数分立しており、各職域保険の管理運営機構として国、地方、県という行政レベルごとに疾病保険金庫(caisse)が設置されている。かかりつけ医を通じた外来診療における自己負担は原則3割だが、治療内容によっては3割以上の負担が生じる場合もある。また、かかりつけ医以外の医師を紹介状なしで受診した場合、自己負担は7割に増加する。入院の場合は2割、薬を処方された場合は、3.5割の自己負担が生じる。

また、社会保険の対象ではないが、社会保障の累積赤字の返済を目的として徴収される社会保障関連諸税(CSG)および社会保障負債返済拠出金(CRDS)も社会保険料とともに徴収されている。

加えて、その他の義務制度として、補足年金制度に対する保険料も徴収される。ホワイトカラー労働者 (Cadres) に対しては、上記の保険料に加えてさらに失業手当に対する保険料が徴収される。

フランスでは保険料負担率が所得に応じて異なり、一律には算出できないため、4万ユーロ(約490万円)の年収を想定し、かつCadresであるとした場合、社会保険制度およびその他義務制度を合計した社会保険料負担は、事業主負担が33.74%、労働者負担が22.17%である。(表3参照)

(表3) フランスの社会保険制度およびその他義務制度の概要 (2019年時点)

社会保険制度	支給内容	加入対象	事業主負担	労働者負担	備考
公的年金	老齢・遺族年金	全労働者	3,377ユーロ以下の月収に対して8.55% + 総収入に対して1.9%	3,377ユーロ以下の月収に対して6.9% + 総収入に対して0.4%	・一部の公的機関は独自の基金や制度に属しており、社会保障制度の対象外である場合がある ・遺族年金は、遺族の年金が死亡した被用者の年金より少ない場合に支給される
医療保険	労働者およびその家族の病気、死亡、障害に対して支給する医療費	全労働者	13% ※最低年収(2019年は18,306ユーロ)の2.5倍未満の場合、7%	-	一部の公的機関は独自の基金や制度に属しており、社会保障制度の対象外である場合がある
労災保険	労働現場における事故や傷病に対して支給する医療費	全労働者	事業所毎に負担率が変動 (2016年の平均は2.38%)	-	一部の公的機関は独自の基金や制度に属しており、社会保障制度の対象外である場合がある
雇用保険	失業者に最大2年間の給付される手当	全労働者	13,508ユーロ以下の月収に対して4.20%	-	一部の公的機関は独自の基金や制度に属しており、社会保障制度の対象外である場合がある
家族手当	子どもが二人以上いる家庭への経済的援助	全労働者	5.25% ※最低年収(2019年は18,306ユーロ)の3.5倍未満の場合、3.45%	-	一部の公的機関は独自の基金や制度に属しており、社会保障制度の対象外である場合がある
社会保障関連諸税 (CSG)/社会保障負債返済拠出金 (CRDS)	保障の対象ではなく、社会保障の累積赤字の返済を目的として徴収	労働者の所得だけではなく、失業手当や年金等のあらゆる収入に対して課される	-	9.20% (CSG) + 0.50%(CRDS)	・負担率は収入の種類によって異なる -失業手当・傷病手当の場合、6.2%+0.50% -年金の場合、8.3%+0.5%
合計			27.48% (年収4万ユーロの場合)	17% (年収4万ユーロの場合)	

その他の義務制度	支給内容	加入対象	事業主負担	労働者負担	備考
補足年金	老齢・遺族年金	全労働者	月収3,377ユーロ以下の給与に対し6.22% + 月収3,377~27,016ユーロの給与に対して14.78%	月収3,377ユーロ以下の給与に対し4.15% + 月収3,377~27,016ユーロの給与に対して9.86%	・一部の公的機関は独自の基金や制度に属しており、社会保障制度の対象外である場合がある ・社会保障制度ではないが、Agirc-Arrco (*1) への支払いが義務である
Cadresに対する雇用保険	Cadres (ホワイトカラーの労働者や管理職経営者層)の失業に対する手当	Cadresのみ	13,508ユーロ以下の年収に対して0.036%	13,508ユーロ以下の年収に対して0.024%	・一部の公的機関は独自の基金や制度に属しており、社会保障制度の対象外である場合がある ・社会保障制度ではないが、Cadresのみ支払いが義務である
合計 (社会保険料との総計)			33.74% (年収4万ユーロかつCadresの場合)	21.17% (年収4万ユーロかつCadresの場合)	

*1 Agirc:管理職年金制度連合、Arrco:補足年金制度連合

(2) 社会保障収支状況

2017年時点の社会保障収支は、社会保険料による収入が4,837億ユーロ(約59.5兆円)、社会保障支出が4,886億ユーロ(約60.1兆円)であり、48億ユーロ(約5,960億円)の赤字となっている。

現状の社会保険料負担額のみでは、社会保険制度を維持するには不十分であり、税金等の政府からの補助金が使われている。社会保障支出は年々増加しているが、その支出を抑えることが困難なため、政府は社会保障以外の支出を削減しようとしている。

(3) 昨今の改革および今後の見通し

フランスでも高齢化は長年問題となっており、国民年金および健康保険への負担はますます大きくなっていく。その結果、補足年金制度は、2016年には21億3,000万ユーロ(約2,620億円)の不足、2017年には5億6,900万ユーロ(約700億円)の不足が出ており、今後も不足額が増加する見込みである。

このような状況を受け、フランス政府は年金支出を削減するために、支給開始年齢を60歳から62歳に引き上げ、さらに最低負担年数も37.5年から43年に延長した。また、強制加入の公的健康保険の補償範囲を縮小し、民間の補助健康保険に強制加入することを企業に求めている。

4. スウェーデン

(1) 制度概要

スウェーデンの社会保険制度は、公的年金、労災保険、雇用保険、児童手当の4つで構成されている。一方、医療保険は、社会保険料ではなく税収を財源としている。

公的年金は、所得比例年金と、積立方式で運営される積立年金を組み合わせた制度である。また、年金額が一定水準に満たない者に対しては、国の税財源による保証年金制度が設けられている。最低加入期間は設けられていないが、保証年金は3年以上のスウェーデンでの居住が条件となる。支給開始年齢は、所得比例年金については61歳以降で任意の開始時期を選択できるが、保証年金は一律65歳である。医療サービスは、広域自治体であるランスタング(日本における都道府県に相当)によって提供されている。外来診察および入院した場合の自己負担は、法定上限額の範囲内(外来は年間1,100クローナ:約12,100円、入院は日額100クローナ:約1,100円)で、各ランスタングによって独自に設定される。薬の処方については、全国一律で、月額900クローナ(約9,900円)までは全額自己負担となる。(ただし年間2,200クローナ(約24,200円)を上限とする)

スウェーデンは事業主のみから社会保険料を徴収している点が特徴的である。労働者負担分は所得税のうち7.0%を公的年金に充てる方法で徴収しているため、実質的には社会保険料を徴収しているものの、税収の一部が社会保険料として運用されていることになる。

現在の社会保険料は、事業主のみが31.42%を負担している。前述の通り、労働者負担は所得税として、実質7.0%が徴収されている。(表4参照)

(表 4) スウェーデンの社会保険制度の概要 (2019 年時点)

社会保険制度	支給内容	加入対象	事業主負担	労働者負担	備考
公的年金	老齢・遺族・障害年金の支給	全労働者	老齢年金:10.21% 障害年金:3.55% 遺族年金:0.60%	(7.0%)	
一般賃金税 (所得税)	保障の対象ではなく、全所得にかかる税金	全労働者	11.62%	-	・事業主が従業員に支払う給与に対する課税 ・一般的に、労働者負担分は確定申告時に所得税と相殺して支払われているため、所得税以上の負担はない
労災保険	業務や通勤に起因する傷病障害死亡に対する医療費の支給	全労働者	0.20%	-	
雇用保険	失業者に支給される手当	全労働者	2.64%	-	
児童手当	両親手当、育児休暇、短時間勤務等への給付	全労働者	2.60%	-	
合計			31.42%	(7.0%)	65歳以上の労働者に対する事業主負担は0~16.36%になる(年齢によって異なる)

(2) 社会保障収支状況

2017 年時点の社会保障収支は、社会保険料による収入が 5,663 億クローナ(約 6.2 兆円)、社会保障支出が 6,893 億クローナ(約 7.6 兆円)であり、1,230 億クローナ(約 1.6 兆円)の赤字となっている。不足分は、国債の発行や税金等で賄っている。

(3) 昨今の改革および今後の見通し

スウェーデンの社会保障制度は比較的安定しており、大きな改革は見られないが、2020 年以降、段階的な年金支給開始年齢の引き上げが計画されている。また、支給額を維持するために、保険料の労使負担率を現行の 17.21%から 18.5%まで引き上げることが検討され始めている。ただし、まだ具体的な議論はされていない。

また、労働者の雇用に関して、雇用契約を維持できる年齢は現在 67 歳であるが、2023 年までに 69 歳に引き上げることが検討されている。年金の支給開始年齢の引き上げに加えて、雇用年齢を引き上げることで、さらなる年金支給開始年齢の引き上げおよび支給額の減額が予想される。

5. イギリス

(1) 制度概要

イギリスの社会保険制度は、公的年金、労災保険、雇用保険、児童手当の4つで構成されている。これらは、全国民を対象として国民保険(NI)に一元化されており、保険料は一括で徴収されている。一方、医療保険は、NIとは別に税金を財源とする国営の国民保健サービス(NHS)によって運営されており、全国民を対象に原則無料で医療サービスが提供されている。

公的年金は、1階建ての構造となっており、労働者、自営業者ともに定額で支給される。ただし、2015年までは基礎年金(定額給付)と付加年金(所得比例)の2階建ての年金制度であったため、現在も旧制度の適用者が存在する。新制度における2019年の支給額は、1週間あたり168.60ポンド(約24,000円)である。最低加入期間は10年で、支給開始年齢は65歳である。また、イギリスでは、2012年より法律で企業年金への自動加入が雇用主に義務化されており、公的年金の依存度を軽減する動きが進んでいる。

医療保険は、上述のとおり国営のNHSによって税財源で運営されており、個人の支払い能力に関わらず、原則自己負担なしで医療サービスを受けることができる(薬、歯科、眼科検診を除く)。ただし、かかりつけ医制度が導入されているため、初診はあらかじめ登録している、かかりつけ医(General Practitioner)で受診する必要がある。

現在の社会保険料負担は、事業主負担が13.8%、労働者負担が12.0%となっている。(表5参照)

(表 5) イギリスの社会保険制度の概要 (2019 年時点)

社会保険制度	支給内容	加入対象	事業主負担	労働者負担	備考
一層型年金 (新制度)	定額給付の年金 (2019年度は1週間 あたり168.60ポンド)	16歳以上の一定の 所得のある被用者お よび自営業者	NIの保険料(13.8%) として一括で徴収	NIの保険料(12.0%) として一括で徴収	支給対象は、 (1)1951年4月6日以降に生まれ た男性 (2)1953年4月6日以降に生まれ た女性 ・2016年4月から導入された基 礎年金と付加年金を統合した新 しい公的年金制度
基礎年金 (旧制度)	老齢・遺族・障害年 金の支給(定額部 分)	16歳以上の一定の 所得のある被用者お よび自営業者			支給対象は、 (1)1951年4月6日以前に生まれ た男性 (2)1953年4月6日以前に生まれ た女性
付加年金 (旧制度)	老齢・遺族・障害年 金の支給(所得比例 部分)	16歳以上の一定の 所得のある被用者お よび自営業者			支給対象は、 (1)1951年4月6日以前に生まれ た男性 (2)1953年4月6日以前に生まれ た女性
求職者手当	積極的に職探しを行 い、就業能力がある 者に支払われる手当	16歳以上の一定の 所得のある被用者お よび自営業者			支給額は以下の通り ・25歳未満:1週間あたり57.90ポ ンド ・25歳以上:1週間あたり73.10ポ ンド ・カップル(両者とも18歳以上): 1週間あたり114.85ポンド
雇用支援給付	疾病や障害によって 就労不能となった場 合に支給される手当	16歳以上の一定の 所得のある被用者お よび自営業者			支給額は以下の通り ・最初の13週間 -25歳未満:1週間あたり最大 57.90ポンド -25歳以上:1週間あたり最大 73.10ポンド ・14週目以降 -25歳未満:1週間あたり最大 73.10ポンド -25歳以上:1週間あたり最大 111.65ポンド
出産手当	低賃金もしくは自営 業のため、法定出産 手当が支払われない 女性に対して、最大 39週間給付される手 当	16歳以上の一定の 所得のある被用者お よび自営業者			支給額が以下のいずれか ・1週間あたり148.68ポンドもしく は、週平均給与の90%のうち少な い方の額(39週間) ・1週間あたり27ポンド(39週間) ・1週間あたり27ポンド(14週間)
遺族手当	夫、妻、もしくはパー トナーが死亡した際 に給付される手当 (2017年4月6日以 降)	16歳以上の一定の 所得のある被用者お よび自営業者			・最初の一括支給金:2,500ポ ンド(児童手当の受給資格がある 場合は、3,500ポンド) ・その後18カ月間の支給金:月 額100ポンド(児童手当の受給 資格がある場合は、350ポンド)
合計			13.80%	12.00%	

(2) 社会保障収支状況

2017年時点の社会保障収支は、社会保険料による収入が1,038億ポンド(約14.5兆円)、国民保険基金(NIF)による社会保障支出が1,015億ポンド(約14.3兆円)であり、23億ポンド(約3,200億円)の黒字となっている。超過分は、政府に貸与され、国債の返済に充てられている。

(3) 昨今の改革および今後の見通し

イギリスでも、高齢化および人口増加等により、特に年金に対する負担が増えることが懸念されている。年金の支給開始年齢は、2010年4月以降抜本的な変更が行われ、2018年に女性は60歳から65歳に引き上げられた。今後は、男女ともに、2020年までに66歳、2026年から2028年にかけて67歳、2044年から2046年にかけて68歳に引き上げられることが決定している⁹。

専門サービス会社(PSC)の規則変更により、保険料の徴収額が増加することが見込まれている。イギリスでは、契約社員はPSCを設立し、本人がオーナー兼従業員として、他社にサービスを提供することがある。その際の収入は、個人の収入ではなく会社の収入と見なされ、所得税より税率の低い法人税を払うことにより、税金および社会保険料の節約が可能であった。しかし、2017年4月より、公的機関にサービスを提供しているPSCの収入も、一般的な従業員と同様に所得税として取り扱うようになり、結果として社会保険料の徴収額が大幅に増加した。PSCの規則は、2020年4月より、適用範囲が公的機関から民間企業にも拡大されることが決定しており、さらに社会保険料の徴収額が増加すると推測される。

6. アメリカ

(1) 制度概要

アメリカは、政府は原則として個人の生活に干渉しないという自己責任の精神が確立しており、連邦制で州の権限が強いため、社会保険制度は公的年金と、高齢者および障害者を対象としている医療保険の2つのみで構成されている。

公的年金は1階建てで、過去の所得に比例して給付額が決定される。対象者は労働者と自営業者であり、主婦は対象外である。最低加入期間は10年相当の40四半期で、支給開始年齢は66歳である。

公的医療保険の受給対象者は限定されている。メディケアの対象者は高齢者および障害者であり、プログラムによって財源は異なるが、財源の一部として社会保険料を拠出している。一方、低所得者を対象としたメディケイドは連邦政府と州が共同で財源を拠出しており、州によって異なるが、多くは所得税、法人税、消費税等の税金を財源としている。メディケアは一定額まで自己負担が生じ、一定額超過後は2~5割の負担が生じる。メディケイドは州によって運営されているため、自己負担率は州によって異なるが、一般的にメディケアより自己負担率は少なくなる。

公的医療保険は、主に高齢者・障害者・低所得者のみを対象としているため、多くの国民は民間の医療保険に加入している。ただし、国民皆保険制度ではないため、無保険者が存在している。無保険者は医療へのアクセスが大きく制限されるため、当人の健康状態や家庭生活に悪影響を及ぼしている。

このような状況を背景として、2010年3月にオバマ政権のもと、医療改革法(Affordable Care Act:通称オバマケア)が成立した。このオバマケアの概要は以下の通りである。

- 医療保険加入の原則義務化され、加入しない場合は罰金が課される。
- 公的保険制度(メディケイド)の加入対象範囲を拡大する。
- 連邦政府が定めた貧困レベル400%以下の世帯に対して、保険料の税額控除を適用する。
- 従業員50人以上の企業は、従業員に対して医療保険を提供せず、少なくとも1人の従業員が保険料税額控除等の国の補助を受けていた場合、罰金が課される。
- 民間保険の規制(持病者に対する高額保険料請求、保険加入の拒否等)を緩和する。

オバマケアの成立により、無保険者は、2013年時点の約4,200万人(国民の約13.3%)から、2017年には約2,900万人(国民の約8.8%)にまで減少した¹⁰。

年金および医療保険以外の制度としては、州の制度として雇用保険(失業保険)が整備されているが、財源は州税であり社会保険料の負担とは異なる。

現在の社会保険制度の社会保険料負担は、事業主負担が10.15%、労働者負担が7.65%(20万ドルを超える年収に対してはメディケアの保険料として、0.9%を追加徴収)となっている。(表6参照)

(表6) アメリカの社会保険制度の概要(2019年時点)

社会保険制度	支給内容	加入対象	事業主負担	労働者負担	備考
公的年金	老齢・遺族・障害年金の支給	全労働者	年収132,900ドル以下の給与に対して6.2%(年収132,900ドルを超える給与は徴収対象外)	年収132,900ドル以下の給与に対して6.2%(年収132,900ドルを超える給与は徴収対象外)	課税所得基準は1年ごとに見直されている(2019年は年収132,900ドル)
医療保険: メディケア	65歳以上の高齢者、障害年金受給者、慢性腎臓病患者等を対象として医療費を支給	全労働者	1.45%	1.45% + 200,000ドルを超える年収に対しては0.9%を加算して徴収(2.35%)	患者保護並びに医療費負担適正化法の資金使用を目的としている
雇用保険	雇用主が積み立てている失業保険信託基金の額に応じて負担率を決定	全労働者	0.6%~7.9%(平均2.5%)	-	州税の一部として徴収しているため、州によって税率は異なる
合計			10.15%	7.65%	雇用保険が平均の場合

(2) 社会保障収支状況

2017年時点の社会保障収支は、社会保険料による収入が9,966億ドル(約109.6兆円)、社会保障支出が9,523億ドル(約104.8兆円)であり、441億ドル(約4.9兆円)の黒字となっている。超過分は、社会保障信託基金に積立てられている。

(3) 昨今の改革および今後の見通し

現在、アメリカの社会保障収支は黒字であり、短期的には社会保障の財源に大きな問題は生じないと考えられている。しかし、寿命の長期化や戦後の団塊世代の退職等により、社会保障給付費が大幅に増加していることで、アメリカの議会調査局は、2020年度の社会保障収支が赤字になる見込みを発表し、対応策を講じない限りは、社会保障信託基金の積立金が2035年までに枯渇する可能性を示している¹¹。

また、前述したオバマケアは、トランプに政権交代してから、廃止の動きが強まっている。2017年12月には、オバマケアの柱の1つである、医療保険への加入義務を廃止する代替法案が可決された。また、2018年12月に、テキサス州の連邦地裁は国民に保険加入を義務付けることを違憲とする判決を下した。このような動きを受けて、トランプ大統領は、改めてオバマケア廃止の動きを高めており、今後もオバマケア改廃に関する法案が提案されることが予想されている。

III. 社会保険制度および社会保険料の国際比較

1. 社会保険制度の概要比較

前章で述べた各国の公的年金、医療保険、労災保険、雇用保険、子育て関連制度の概要を比較すると以下の通りである。(表 7・8・9 参照)

年金の最低加入年数や支給開始年齢、医療保険の自己負担、運営機関等、各保険制度に異なる事項はあるものの、社会保険制度の大まかな構成は各国において概ね共通している。

(表7) 各国の公的年金の概要¹²(2019年時点)

	日本	ドイツ	フランス	スウェーデン	イギリス	アメリカ
制度概要	2階建てで、1階部分は全国民が加入する国民年金、2階部分は会社員、公務員が加入する厚生年金である。国民年金は加入期間、厚生年金は加入期間と過去の所得によって給付額が決定される。	1階建てで、職種ごとに制度が分立しており、過去の所得によって給付額が決定される。	2階建てで、1階部分は基礎年金、2階部分は補足年金で成り立っており、加入期間と過去の所得によって給付額が決定される。	1階建てで、所得比例年金と、積立年金を組み合わせた制度である。ただし、年金額が一定水準に満たない者には、国の税財源による保証年金制度が設けられている。	1階建てで、所得に関わらず定額が給付される。	1階建てで、過去の所得によって給付額が決定される。
最低加入期間	10年	5年	なし	なし (保証年金は3年以上のスウェーデンでの居住が必要)	10年	40四半期 (10年相当)
支給開始年齢	原則65歳	65歳7カ月	62歳 (満額拠出期間を満たさない場合は66歳)	61歳 ※61歳以降本人が支給開始時期を選択 (保証年金の支給開始年齢は65歳)	65歳	66歳
平均月額支給額 (勤続期間中に平均年収を得ていた場合の1人当たりの額)	138,576円	176,158円	204,794円	257,621円	91,365円	184,470円

*1 ドイツは、従来 65 歳であった支給開始年齢が、2012 年から段階的に引き上げられており、2029 年に 67 歳となるように、2024 年までは毎年 1 カ月ずつ、2025 年以降は毎年 2 カ月ずつ引き上げられている。

*2 平均月額支給額は、OECD の公表データ(2017)に基づき、以下の方法で試算
「平均年収×平均所得者の総所得代替率」

(表 8) 各国の医療保険の概要(2019年時点)

	日本	ドイツ	フランス	スウェーデン	イギリス	アメリカ
制度概要	国民皆保険制度であり、自営業者や75歳未満の定年退職者等は国民健康保険に、会社員は全国健康保険協会(協会けんぽ)または各企業が所属する健康保険組合に、公務員は共済組合に加入する。	国民は公的保険か民間保険のいずれかに加入する。一定所得以上の労働者、自営業者、公務員は公的保険への強制加入対象ではないため、民間保険への加入を選択できる。	法定制度として職域ごとに強制加入の多数の制度があり、各職域保険の管理運営機構として金庫が設置されている。	税方式による公営の保健・医療サービスが運営されており、ランスタイングと呼ばれる広域自治体が提供主体となっている。	税方式による国営の国民保健サービス(NHS)が運営されている。	社会保障制度上は、65歳以上の高齢者および障害者等を対象とするメディケアと、低所得者を対象とするメディケイドがある。対象外の国民は各々民間保険に加入する。
自己負担	年齢によって負担割合は以下の通り異なるが、原則3割 <ul style="list-style-type: none"> ・義務教育就学前:2割 ・義務教育就学後～70歳未満:3割 ・70～75歳未満:2割(現役並所得者は3割) ・75歳以上:1割(現役並所得者は3割) 	原則年齢による負担割合の違いはない <ul style="list-style-type: none"> ・外来:なし ・入院:1日あたり10ユーロ ・薬:1割 	原則年齢による負担割合の違いはない <ul style="list-style-type: none"> ・外来:3割 ・入院:2割 ・薬:3.5割 	ランスタイングによって異なるが、外来・入院については18～20歳以下は自己負担なしのことが多い <ul style="list-style-type: none"> ・外来:年間1,100クローナ以内でランスタイングが独自に設定 ・入院:日額上限100クローナ以内でランスタイングが独自に設定 ・薬:年間2,200クローナまでは自己負担 	原則自己負担なし	・メディケア:一定額まで自己負担、その後2～5割負担 <ul style="list-style-type: none"> ・メディケイド:州によって異なる(ニューヨーク州では、自己負担なし)

(表 9) 各国の労災保険、雇用保険および子育て関連制度の概要(2019年時点)

	日本	ドイツ	フランス	スウェーデン	イギリス	アメリカ
労災保険						
制度概要	業務中または、通勤中の災害による傷病、障害、死亡等の場合に、療養費、休業、障害、介護、死亡等に対する補償を支給する。	業務や通勤に起因する傷病・障害・死亡に対する医療費や給付金を支給する。	業務や通勤に起因する傷病・障害・死亡に対する医療費や給付金を支給する。	業務や通勤に起因する傷病・障害・死亡に対する医療費や給付金を支給する。	社会保障制度ではないが、事業者は、業務中の傷病、障害、死亡等を保証する保険に加入する必要がある。	社会保障制度ではないが、事業者は、業務中の傷病、障害、死亡等を保証する保険に加入する必要がある。
雇用保険						
制度概要	離職した場合において、働く意思と能力を有し、求職活動を行っているにもかかわらず、就職できない場合に失業手当を支給する。	失業した労働者で、職業安定所に登録した者のみ、最大24カ月失業給付を支給する。	失業した労働者で、職業安定所に登録した者のみ、最大36カ月失業給付を支給する。	失業した労働者で、職業安定所に登録した者のみ、最大10カ月失業給付を支給する。	失業した労働者の中で、求職中の者に限り、最大9カ月の失業給付を支給する。	失業した労働者の中で、求職中の者に限り、最大24週間の失業給付を支給する。(ニューヨーク州)
子育て関連制度						
制度概要	中学生までの児童を養育している家庭に児童手当を支給する。	社会保険料ではなく、税金で賄われているが、18歳までの児童を養育している家庭に児童手当を支給する。	子どもが二人以上いる家庭への経済的援助や、子供が生まれた時の一時金の支給、3歳までの経済援助が存在する。	16歳までの児童を養育している家庭に児童手当を支給する。	社会保険料ではなく、税金で賄われているが、16歳までの児童を養育している家庭に児童手当を支給する。	税金を財源とした失業者や低所得者向けの児童手当が存在する。

2. 社会保険料を主な財源とする社会保険制度

各国の社会保険料の労使負担を比較するにあたり、まずは各国の社会保険制度のうち、どの社会保険が、社会保険料を主な財源としているかについて整理した。(表 10 参照)

日本とフランスは、公的年金、医療保険、労災保険、雇用保険、子育て関連制度の全てにおいて社会保険料を徴収している。

ドイツは、子育て関連制度以外は、社会保険料を徴収している。子育て関連制度については税収を財源として運営している。

スウェーデンは、医療保険以外は社会保険料を徴収している。医療保険は、税による公営サービスとなっており、費用はランスタイング(広域自治体)の税収と国の補助金、患者の自己負担によって賄われている。

イギリスは、公的年金と雇用保険は NI に対する保険料として一括で徴収されているが、医療保険は税収を主な財源として、国営の NHS が運営している(社会保険料も一部財源としている)。また、労災保険および子育て関連制度の財源も税収である。

アメリカは、社会保険料を徴収しているのは公的年金と医療保険(対象者は高齢者と低所得者に限定)のみである。労災保険は連邦政府管掌ではないが、事業主は民間保険会社を通して、労災保険に加入しなければならない。雇用保険(失業保険)の給付は、一般的に州政府によって行われているため、州によって負担割合は異なるものの、州税を財源としている。また、子育て関連制度は、税金を財源として失業者や低所得者等の一部の者に対する児童手当が存在している。

(表 10) 社会保険料(労使負担)を主な財源としている社会保険制度一覧(2019 年時点)

○:社会保険料を財源の一部としている ×:社会保険料以外を財源としている

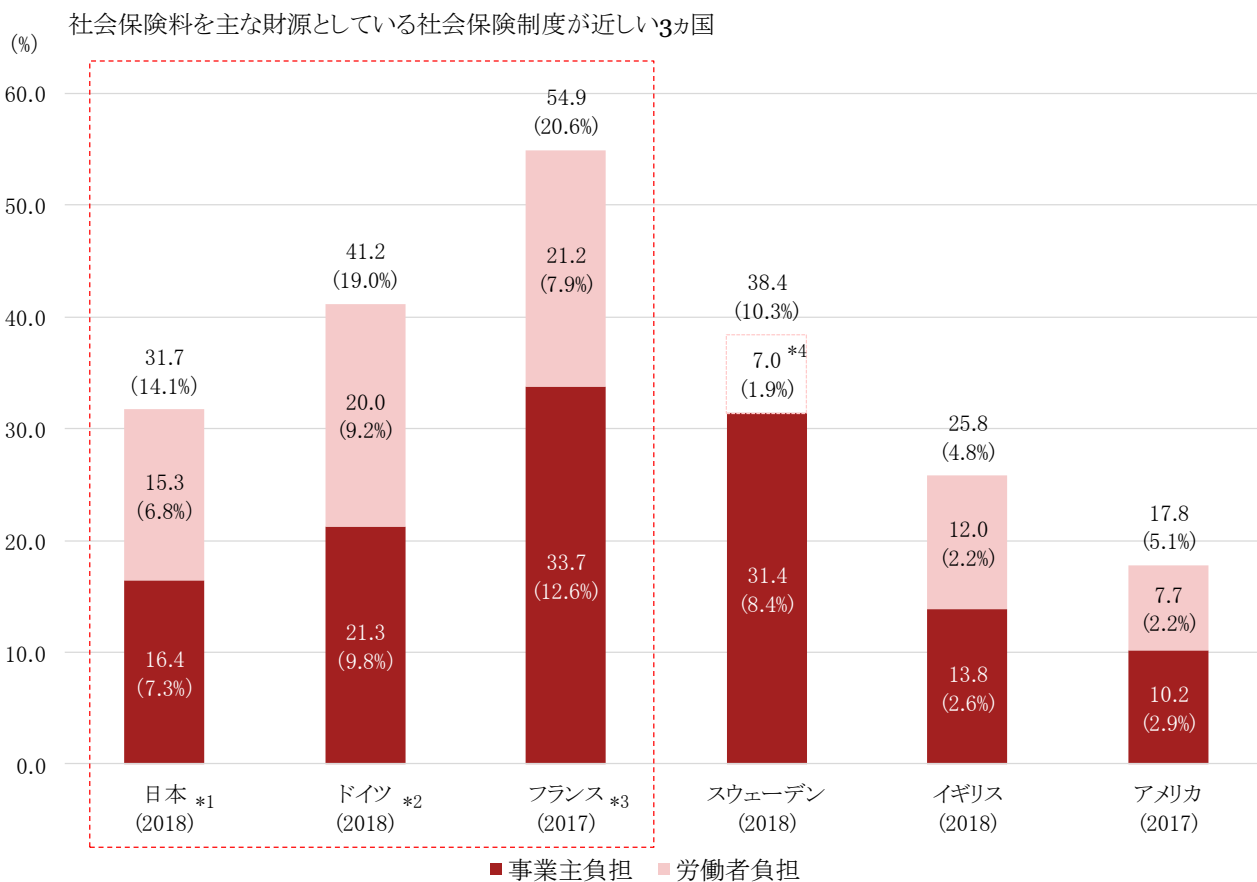
社会保険制度	日本	ドイツ	フランス	スウェーデン	イギリス	アメリカ
公的年金	○	○	○	○	○	○
医療保険	○	○	○	×	×	○
労災保険	○	○	○	○	×	×
雇用保険	○	○	○	○	○	×
子育て関連制度	○	×	○	○	×	×

3. 社会保険料の労使負担率

前述したように、各国で社会保険制度の財源が異なるため、厳密には比較できないものの、社会保険料の労使負担を比較すると、グラフ 1 の通りになる。

ドイツは子育て関連制度は税金を財源としているものの、その他は日本と同様に社会保険料を徴収している。また、フランスは、日本と同様に全ての社会保険について社会保険料を徴収している。そのため、主にこの 3 か国を比較すると、日本の社会保険料負担は、事業主、労働者ともにドイツ・フランスよりも低い。また、対 GDP 比で見ても、日本の社会保険料の事業主負担はドイツ・フランスと比べて低いことが見受けられる。(グラフ 1 参照)

(グラフ 1) 各国の社会保険料労使負担率 (括弧内は対 GDP 比)



*1 日本の保険料率は、40 歳以上(介護保険を含む)の場合

*2 ドイツの保険料率は、子どもがいない場合

*3 フランスの保険料率は、年収 4 万ユーロの場合で計算

*4 スウェーデンの労働者負担は、所得税の内訳として徴収されているが、年金制度の財源に充てられている

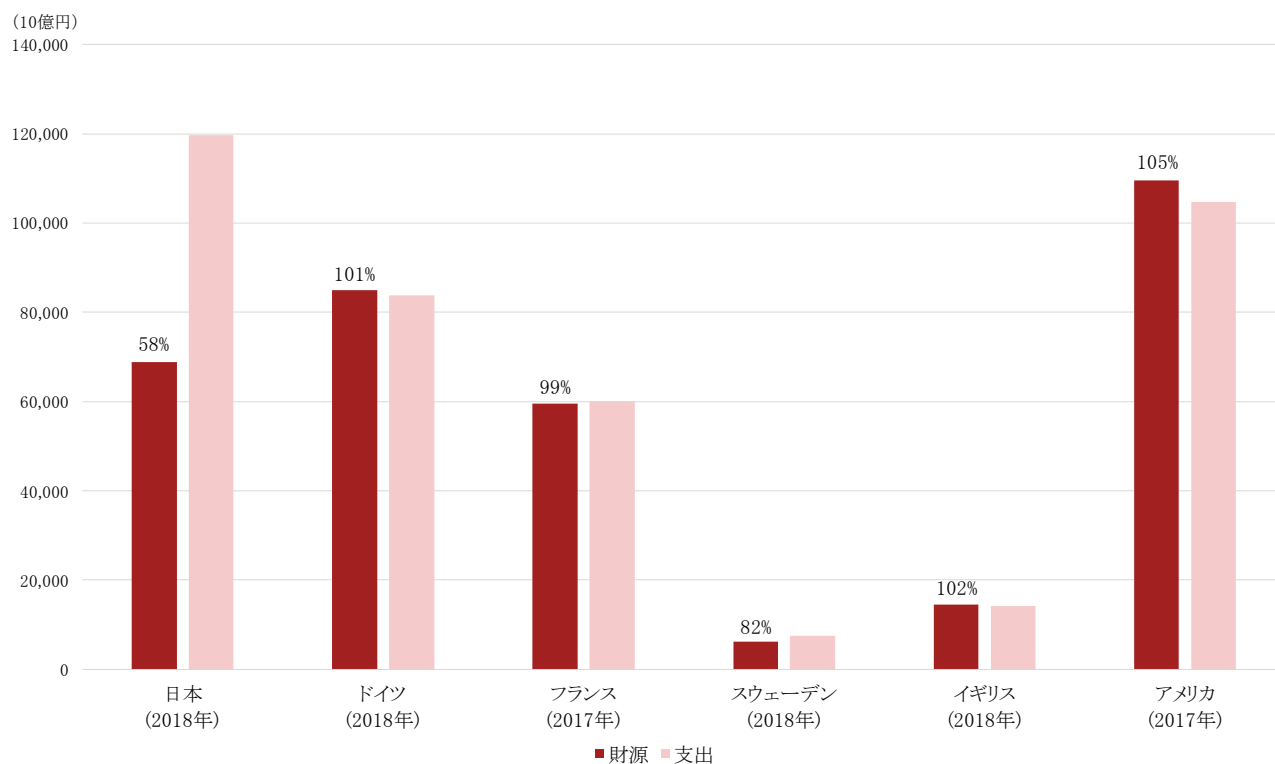
4. 社会保障収支

各国の社会保障収支を比較すると、社会保障支出に占める社会保険料財源の割合は、日本が58%と6カ国中最も低く、社会保険料での財源の確保が十分でないことが読み取れる。(グラフ2参照)

日本、フランス、スウェーデンは、支出に対して社会保険料財源が不足しており、不足分は税収で補填している。

一方、ドイツ、イギリス、アメリカは社会保険料財源で支出を賄っており、超過分は、ドイツは国債の返済に、イギリスは国債の返済およびNHSの財源に、アメリカは社会保障信託基金に積み立てている。ただし、ドイツは、2019年2月時点では、158億ユーロ(約1.9兆円)の赤字になっている。また、イギリスの医療制度は、主に税金で賄われているため、下記グラフの数字には含まれていない。

(グラフ2) 各国の社会保障収支 (数値は支出に占める社会保険料財源の割合)



※税収を財源としている保険制度は含まれない(イギリス・スウェーデンの医療保険等)

※外貨は次のレートで日本円に換算(1ユーロ=123円、1クローナ=11円、1ポンド=140円、1ドル=110円)

日本においては、社会保障収支のバランスをとることが重要だと考えられるため、今後、財源確保策として消費税等の増税または社会保険料負担の増加等の施策が講じられると推測される。

しかしながら、これ以上の社会保険料負担の増加は、特に地域の雇用を担っている中小企業において、事業継続に影響を及ぼす可能性があり、可能な限り抑制したいと考える。

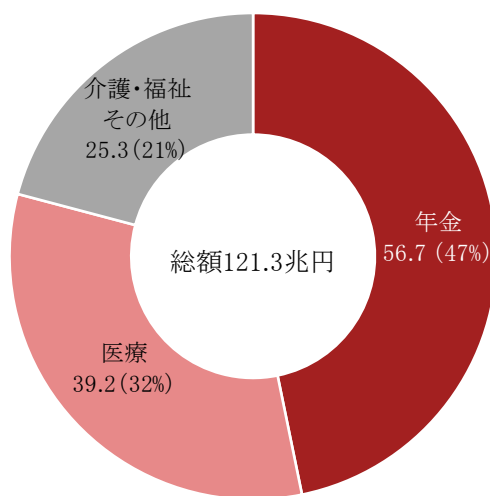
以上より、日本における今後の社会保障支出を抑制するための施策検討も必要だと考え、参考となる各国の施策について調査した。次章にて詳述する。

IV. 各国の社会保障給付費の抑制策

日本の2018年度の社会保障給付費の総額は121.3兆円であるが、そのうち約80%を年金と医療で占めている。(グラフ3参照)

そのため、本調査においては主に年金と医療費に関して、各国の社会保障給付費抑制策を調査した。

(グラフ3) 2018年度社会保障給付費の内訳¹³ (兆円)



1. 年金

(1) 支給額の調整

- ドイツ

ドイツでは、年金すべてを課税対象にし、課税分を社会保険の財源に回すことで、結果的に年金受給者からも社会保険の財源を確保している。2019年現在、年金受給額の76%が課税対象となっている。ただし、今後は、高齢者からも社会保険の財源を確保することを目的に、課税対象割合を平均で年2%弱ずつ引き上げ、2040年までに100%にする方針となっている。

- フランス

フランスでは、満額支給要件を厳格化することで年金抑制を進めている。2012年までは年金満額支給のための最低加入年数は40年であったが、2012年より42年に延長された。さらに、2035年までに1973年以降に生まれた者は、43年まで引き延ばされることが決定している¹⁴。

- スウェーデン

スウェーデンでは、年金の支給額の減額については現時点では議論されていない。

- イギリス

イギリスでは、2016年より、基礎年金と付加年金の二階建て構造となっていた公的年金制度を、定額給付の一階建ての年金（一層型年金）に改革した。改革以降の年金支給額は支給要件を満たしていれば、過去の収入に関わらず一定額を受給でき、2019年は満額674.40ユーロ（約94,000円）の支給額となっている¹⁵。2013年には、平均受給額が月額975ユーロ（約13.7万円）だったため、大幅な減額となっている。

そのため、企業年金の役割が大きくなり、2012年より企業年金への加入が義務付けられ、2018年1月までに全労働者が自動的に企業年金に登録された¹⁶。これにより、個人の責任において年金資産を運用することを推進し、国が負担する年金支給額を抑制していく方法が進められている。

- アメリカ

前述のように、アメリカの公的年金基金である社会保障信託基金の積立金は、2035年までに枯渇する可能性があり、支給額を減額等しなければ現行制度を維持できない状況である。

一方で、アメリカの社会保障制度は、個人の責任を重要視しているため、社会保障年金による収入のみに頼らないよう、長年にわたり企業年金が発展している。言うまでもなく、社会保障関連の収支が赤字にならないよう、年金支給開始年齢の延長等、対策は講じているものの、社会保障年金支給額の減額に伴い、今後の定年後の生活費は、企業年金からの収入へ比重が高まることが予想される。

(2) 年金支給開始年齢の引き上げ

年金支給開始年齢の引き上げは、寿命の長期化および、高齢者の雇用確保措置の充実とともに、各国で検討され導入されてきた。年金支給開始年齢を引き上げることで、月々の支給額は微増するものの、年金を支給する総年数が減るため、年金の抑制策として採用する国が多い。

- ドイツ

現在のドイツの年金支給開始年齢は 65 歳 7 か月であるが、2029 年までに 67 歳に変更する方針を打ち出している。

- フランス

フランスでは、徐々に年金支給開始年齢が引き上げられており、2011 年には 60 歳であったが、2017 年から 62 歳まで引き上げられた。

また、年金を満額受給する年齢は 65 歳であったが、1951 年 7 月 1 日生まれ以降の者から徐々に引き上げられ、2022 年に 67 歳となることが決定している。

- スウェーデン

現在のスウェーデンの年金支給開始年齢は 61 歳であるが、2020 年に 62 歳、2023 年までに 63 歳、2026 年までに 64 歳に段階的に引き上げることが決定している。

- イギリス

現在のイギリスの年金支給開始年齢は 65 歳であるが、2020 年までに 66 歳、2026 年から 2028 年までに 67 歳に変更する方針を打ち出している。

- アメリカ

現在のアメリカの年金支給開始年齢は 66 歳であるが、2027 年までに 67 歳に引き上げられる予定である。

2. 医療費

(1) 自己負担率/額の調整

- ドイツ

ドイツは、財源確保のために同一疾病の外来受診時は、四半期ごとに 10 ユーロの自己負担を追加で設定した。しかし、2013 年に廃止し、現在、外来診療は自己負担なしで受診できる仕組みとなっている。

- フランス

フランスにおける医療費の自己負担率は、治療内容および受診方法によって異なる。

フランスの自己負担率は、日本と同様に原則 3 割であるが、治療内容や受診方法によっては自己負担率が 3 割以上になる仕組みとなっている。また、日本では、医療機関における患者の支払いは自己負担分の 3 割のみだが、フランスは償還制となっており、医療機関にて一度患者が全額負担したのち、加入している保険者へ払い戻しの申請をして返金される仕組みを採用している。

具体的には、医療機関への輸送費は 3.5 割、看護処置やマッサージ・整骨、運動療法等の医療補助的処置、眼科、補聴器、整形外科等の受診は 4 割、エイズ・C型肝炎を除く臨床検査の場合は 4.5 割が自己負担になる。また、フランスはかかりつけ医制度のため、かかりつけ医を通さず受診した場合は、自己負担率が 7 割となる。(歯科・口腔外科医を除く)

しかし、基礎医療保険の他、任意保険に加入することで、上記の自己負担も補填される。(各保険内容によって補填額は異なる)

また、フランスでは、財源確保のために、医療機関を受診し、診察や医療処置、医学的検査(レントゲンや生検等)を受ける際に、1 ユーロの負担義務が生じる。これは償還対象ではないため、年間の最大負担額は 1 人あたり 50 ユーロ(約 6,200 円)まで全額自己負担となる。

対象者は、当年の 1 月 1 日以降に 18 歳以上の全患者であるが、妊娠 6 カ月以上の妊婦、低所得者層、歯科治療の受診、入院者は適用対象外となる。なお、入院の場合は 1 ユーロの代わりに 18 ユーロの自己負担額が発生するが、任意保険に加入している場合、補填対象となる。

- スウェーデン

スウェーデンでは、患者の自己負担の調整について、現時点では特に議論されておらず、現行通り各ランスタング(広域自治体)で医療報酬および自己負担額を設定し、年間 1,100 クローナ(約 12,100 円)以下を自己負担とする方針が継続すると見られている。

- イギリス

現在のところ、NHS における自己負担無料の原則が変更されるような動きは見受けられない¹⁷。NHS の最も大きな特徴は、所得に関わらず全国民が医療サービスを受けられるということである。そのため、自己負担の導入ではなく、消費税等の一般税の増税による財源の確保の検討が進められており、一部では消費税を 4%増税しなければ NHS の運営の継続が困難であると指摘されている。

- アメリカ

アメリカの民間保険会社では、年間最低自己負担額(Deductible)を設定している。民間保険会社のプランにおいて定められた年間最低自己負担額は、通常 0~5,000 ドル程度で、年間最低自己負担額は全て自己負担となる。一般的に、年間最低自己負担額が低いほど毎月の保険料は高くなる。年間最低自己負担額を超えた額は、各プランで定められている自己負担率(通常 10~30%程度)の割合で自己負担となる。また、最大自己負担額も設定されているため、最大自己負担額以上の医療費が発生した場合は全額保険会社が支払う仕組みとなっている。

(2) ジェネリック医薬品の活用

日本の2018年時点でのジェネリック医薬品の数量シェアは、72.6%である¹⁸が、2020年には80%以上にすることを目標にしている¹⁹。比較年度は異なるものの、アメリカ、ドイツ、イギリスは2017年時点で2018年時点の日本よりもジェネリック医薬品の数量シェアが高い。日本の今後の施策検討の参考情報として、各国のジェネリック医薬品の普及施策を調査した。

- ドイツ

ドイツのジェネリック医薬品の数量シェアは、2017年時点で87%である。ドイツでは参照価格制度が導入されている。参照価格制度とは、ジェネリック医薬品の価格を参照価格として設定し、医師が参照価格よりも高価な薬を処方した場合、患者がその差額を自己負担する制度である。この制度では先発医薬品とジェネリック医薬品の価格差が患者の自己負担となるため、先発医薬品よりもジェネリック医薬品を選択したほうが患者負担の金額が大幅に減ることが影響して、ジェネリック医薬品が普及していると考えられる。

また、ドイツでは製薬業界の統合が進められており、統合したメーカーが大々的にジェネリック医薬品の広報やロビー活動を行っている。そのため、ジェネリック医薬品メーカーであっても知名度が高く、多くの患者はジェネリック医薬品に対する抵抗感が少ないと考えられる。

- フランス

フランスのジェネリック医薬品の数量シェアは、2017年時点で68%である。フランスでは、1999年から薬局でのジェネリック医薬品に代替調剤する権限を付与し、2006年には代替調剤の推進を監視するための指標として「ジェネリック医薬品調剤目標値」を導入した。さらに2012年にはジェネリック医薬品調剤努力に対するボーナス支払い(pay for performance:P4P)を導入したことで、よりジェネリック医薬品の普及が拡大した。

また、ジェネリック医薬品を拒否した患者の自己負担を増加させることにより、無駄な医療費の抑制を図っている。

- スウェーデン

スウェーデンのジェネリック医薬品の数量シェアは、2014年時点で44%である。スウェーデンでは、2002年に後発医薬品の完全代替調剤が導入された。これにより、特許が切れた医薬品に対しては、薬局が最も安価なジェネリック医薬品を先発医薬品の代替品として処方する義務が生じたため、高額な先発医薬品の処方数は減少し、医療費の増大を抑制している。

薬局は、医療製品庁(スウェーデン保健・社会政策省配下の機関の一つ)が定期的に更新している代替調剤リストを基にして、処方薬を決定している。もし、患者が代替調剤リストに記載されていない薬の処方を希望した場合は、患者は最も安いジェネリック医薬品との差額を負担しなければならない。

- イギリス

イギリスのジェネリック医薬品の数量シェアは、2017年時点で77%である。医学部では、ジェネリック医薬品の処方することを医学生に徹底しており、患者側もジェネリック医薬品に対する抵抗感が薄まると考えられる。薬局においても先発医薬品の価格とジェネリック医薬品の価格の差額は薬局負担となるため、先発医薬品の調剤はほとんど行われない仕組みになっている。

また、イギリスでは医師が薬を処方する際に、特許が切れていない薬であっても、薬の商品名ではなく一般名で処方する。そのため、ジェネリック医薬品が導入された際も、それまでの処方と同一の名前で販売することが可能であるため、ジェネリック医薬品の利用を推奨しやすい環境であると考えられる。

- アメリカ

アメリカのジェネリック医薬品の数量シェアは、2017年時点で92%であり、ジェネリック医薬品の使用により、2016年だけで2,530億ドル(約27.8兆円)の医療費を節約している²⁰。アメリカでジェネリック医薬品が普及している背景には、そもそもアメリカの薬価決定方法がある。アメリカでは、各製薬メーカーが自由に薬価を定められるため、薬価が高く設定されやすくなる。そのため、民間医療保険会社は、ジェネリック医薬品の使用を奨励しており、患者も廉価なジェネリック医薬品の処方を希望することが多い。

さらに、FDA(アメリカ食品医薬品局)が発行しているオレンジブックの普及により、ジェネリック医薬品に対する患者の抵抗感がなくなっていると考えられる。オレンジブックには、ジェネリック医薬品の評価や比較に必要な情報が記載されていて、治療学的同等性評価が記載されているため、医師や薬剤師はジェネリック医薬品の選択方針を定めやすくなり、患者の抵抗感も弱まっていると推察される。

(3) 過剰診療の抑制

過剰診療の抑制策としては、診療報酬制度上で、医者側の過剰なサービス提供の抑制につながる仕組みがある。

診療報酬制度は、出来高払い制度、人頭払い制度、給与制度の大きく3つに分類される²¹。診療報酬制度は、同じ国でも外来か入院かによって異なることも多いが、より多くの患者を診療する外来に絞ると、日本、ドイツ、フランス、アメリカは出来高払い制度、イギリスは人頭払い制度、スウェーデンは給与制度である。

出来高払い制度とは、医療サービスごとに点数が決められており、合計点数から診療報酬が支払われる制度である。提供するサービスが増えると、その分診療報酬も高くなるため、医療サービスの過剰提供の可能性がある。

人頭払い制度とは、登録患者数に応じて定額の予算が割り当てられる制度である。患者の年齢や診断内容によって金額は調整されるものの、医師への報酬が予算として割り当てられているため、医師の効率的な医療サービスの提供を促進しやすい一方で、過少診療のリスクもある。

給与制度とは、患者数や提供したサービスに関わらず、定額の給与を医師に与える制度である。過剰診療および過少診療のリスクは少ないが、医療費の抑制への効果も少ない。

ここでは、医療費支出の抑制につながりやすい人頭払い制度を採用しているイギリスの診療報酬制度について言及する。

- イギリス

人頭払い制度を採用しているイギリスでは、かかりつけ医制度が導入されており、医療機関は登録患者数に応じて定額の医療報酬を受け取る。人頭払い制度の場合、患者 1 人あたりの予算が決まっており、医療サービスの提供量が増えると医師側の利益が少なくなるため、不要な医療サービスの提供を抑止できる。そのため、医療費の予測が立てやすく、収支バランスがとりやすくなっている。

上記のように医療費抑制策としては一定の効果が見込まれる一方で、人頭払い制度の場合、サービスの過少提供のリスクもある。そのため、人頭払い制度に、出来高払い制度と成果報酬制度 (Pay for Performance) を組み合わせた仕組みとなっており、かかりつけ医の場合、人頭払い制度 70%、出来高払い制度 10%、成果報酬制度 20% で診療報酬が支払われる。出来高払い制度は、各かかりつけ医が特定の専門性に特化したサービスを提供した場合、提供したサービス内容によって追加報酬が支払われる。また、成果報酬制度は、診療所の環境改善や、定められた疾病に対するサービスの質の改善を行うと、その成果によって報酬が支払われる。このように、人頭払い制度に、出来高払い制度と成果報酬制度を組み合わせることにより、サービスの過剰提供にも過少提供にもなりにくいように工夫されている。

V. その他医療費の抑制につながる各国の取り組み

前章では、施策導入の主目的が年金および医療費の抑制である各国の施策を示した。今後は年金以上に医療費の増加が懸念されることから、本章では医療費抑制に効果があると考えられている、各国の取り組みを紹介する。

まだ試験段階である等、新しい取り組みが多く、明確な効果が確認されているものは少ないものの、本章で紹介する取り組みは、今後の日本でも検討に値すると考える。

(1) 疾病予防活動の推進

• ドイツ

予防接種の義務化は広く議論されている段階だが、全 16 州のうち、ブランデンブルクは、2019 年に保育所に通う子どもの予防接種の義務化を決定した。予防接種の義務化の反対派は、個人の自由が認められないことを懸念しているが、はしか感染が再発したため、政治的な圧力は強まっている。

さらに、一部の民間健康保険では、被保険者が特定の予防活動に参加すれば保険料が引き下げられる。予防活動には、ストレスマネジメントや、身体療養、健康診断等の様々なトピックに関するコースが含まれている。被保険者の貯蓄は制限されているため、これらの取り組みはコスト削減よりも「ボーナスプログラム」のような意味合いが強い。

また、病気にかかる確率が下がることを期待して、一部の企業も同様の取り組みを開始しており、社員食堂での健康的な食事の提供や、健康食を推進するイベント等の開催は、多くの企業で見受けられる。別の方法としては、健康に関する高度な知識を一般の人にも普及するための e-learning が広まっており、将来的な病気のリスク軽減につながると考えられている。

• フランス

フランスでは子どもに処方する予防接種として義務づけられているのは 3 種類のみ(ジフテリア、破傷風、ポリオ)であったが、未だにはしかの感染による児童の死亡事例があることに危機感を抱き、2018 年 1 月以降に生まれた子どもには 11 種類の予防接種が義務づけられた²²。

• スウェーデン

スウェーデンでは、子どもへの予防接種は義務ではないが、10 種類の疾病に対する予防接種が無料で接種できるプログラムがある。約 97%の子どもが予防接種を受けており、子どもの予防接種を義務化するかどうか議論がなされている。別の調査では、18 歳以上の国民の約 75%が、予防接種の義務化に賛同しているという結果が出ている。

- イギリス

小児予防接種スケジュールに含まれる予防接種は、NHS 医療の一環としてすべて無償で提供されている。ただし、特に接種が義務付けられている予防接種はない。

また、具体的な活動は見られていないが、NHS が 2014 年に公開した、「5年間の展望(Five Year Forward View²³)」では、予防重視の政策をとることについて言及しており、肥満や喫煙、アルコール等の健康リスクに対する策として、健康に配慮した職場環境作りや病気等による失業を減らそうとする企業への支援を行う必要性を挙げている。

- アメリカ

アメリカの予防接種は、全 50 州で、就学前児童に対して、6 種類の予防接種が義務化されている²⁴。それ以外は、州によって異なる。2015 年の調査²⁵では、57%のアメリカ人の親が予防接種の義務化に賛同しているのに対して、32%は親に選択権があるべきだという結果が出ている。また、より若い世代の親の方が、義務化に反対している。このような状況を受け、今後、州によっては予防接種の義務化の緩和が実施される可能性も考えられる。

(2) 技術の活用による人件費等の削減

- ドイツ

ドイツでは、将来的には保険会社が個人の運動状況や環境等に関するより多くのデータを利用できるようになれば、保険料は個人の状況に特化した額に調整されると考えられている。現在、患者が医療機関を受診した際に提示するチップカードには、生年月日、住所、保険番号等基本的な個人情報しか含まれておらず、患者の病歴等のより細かな情報はないが、保険・ヘルスケア業界や政府は、患者からどれだけの個人データを入手すべきかについて議論している。ただしあくまでも、各個人が自身の個人情報の保有者であるということが重要視されており、具体的な施策は決まっていない。

- フランス

フランスでは、カルテ情報システムや患者の予約システムの利用、治療費の支払い方法や処方箋発行作業の標準化、国・地域レベルでのサポート機能・生産活動・コールセンター等の統合管理、職種ごとに乱立している組合の一般組合への部分統合等の方法で、事務処理を簡素化している。このように、事務処理に係る人件費を削減することで、間接的に医療費の増加を抑制している。

- スウェーデン

スウェーデンのカロリンスカ大学病院は、病院を効率的に運営するために、デジタルスコアカードとデジタルプランニングのツールを導入した。

デジタルスコアカードの導入により、データの一元管理が実現された。管理者が容易に必要なデータを収集し、患者、研究、教育、財政、人事等、これまで別のシステムで管理されていたデータを自動で分析できるようになったことで、より効率的な病院運営に寄与している。

デジタルプランニングは、計画、データの整理等にかかる時間を削減するために導入された。Tableau という可視化ツールを用いて、医療全体のリソースについて、日次で統計をとることができるため、分析にも活用されている。

これらのツールを活用することにより、事務作業の時間が大幅に短縮され、時間のかかっていたデータの分析を比較的容易に行えるようになっており、その分析結果をさらなるコスト削減に活用することが期待されている。

- イギリス

イギリスでは、「5年間の展望(Five Year Forward View)」にて、情報技術の活用がひとつの論点として議論されている。電子健康記録により診療録のペーパーレス化を図り、患者がアクセスおよび書き込みができ、電子的に共有される際にはオプトアウト(個人データの第三者への提供を停止する)の権利を留保できることを打ち出している。また、安全と効率化のために社会サービスを含めてNHS番号が用いられると言及されており、今後記録管理の効率化によって間接的に医療費の抑制につながる可能性がある。

- アメリカ

アメリカでは、モニタリングシステムの活用等により、患者が自宅で医療サービスを受診できる自宅受診プログラムのパイロット運用を開始している。このプログラムが本格的に実用化されれば、従来の医療機関の固定費の削減により、メディケアと民間保険の加入者にとって大幅な医療費削減につながる。すでにパイロット運用では、従来の医療機関と同等の治療をより効率的に実現させた上で、事務手数料にかかる費用の30%以上を削減したという結果が出ている²⁶。

(3) 健康に悪影響を及ぼす慣習に対する増税

- ドイツ

ドイツでは、健康に悪影響を及ぼすと考えられる飲食料や慣習に対する課税について、まだ具体的には議論されていない。ただし、食品・飲料会社のネスレが自社製品の砂糖や塩分を減らす動きを見せている。

- フランス

2020年までに、現在約8ユーロのたばこ税は1箱あたり10ユーロに増税される予定である。

また、肥満を抑制するために、2018年7月より、100リットルあたり7.5ユーロのソーダ税を導入した。ソーダ税の導入後、シュウェップスやリプトンアイスティーは砂糖含有量が40%減、セブンアップとファンタは30%減になる等、肥満抑制に向けて一定の効果が見られている。

- スウェーデン

不健康な食べ物(例:塩分や脂肪分が高めの食べ物や、肉製品およびその他肥満につながると考えられる食材)に課税することで、国民のより健康的な食べ物の購入を推進すると考えられている。そのため、スウェーデンでも不健康な食べ物を対象とした健康税の導入が議論され始めているが、まだ具体的な検討はされていない。

- イギリス

イギリスでは、がん等の喫煙が原因と考えられる病気の治療にかかる医療費を考慮し、たばこにかかる税金は年々高く設定されている。たばこ税は2010年から2016年の間に50%ほど税率が上がっており、2018年10月より、1000本あたり228.29ポンド(約3.2万円)の税金に加え、小売価格の16.5%が課税されている。

また、2018年から、国民の肥満を抑制し、将来的な医療費の削減につなげるために、飲料に含まれる砂糖が課税対象になった。100ミリットルあたり5グラムの砂糖を含む飲料には18%、100ミリットルあたり8グラムの砂糖を含む飲料には24%課税されている。

- アメリカ

アメリカ全土ではまだ導入されていないが、2015年にカリフォルニア州で炭酸飲料に含まれる砂糖が課税対象になった(ソーダ税)。それ以降、複数の州で同様の課税が行われており、今後も導入州は拡大すると見られている²⁷。

導入州の1つであるフィラデルフィア州では、ソーダ税導入後に、砂糖の含まれた飲料を飲む人の割合が40%下がったと報告されている²⁸。さらに、水を飲む割合も58%上がったと報告されており、一定の効果が確認されている。

VI. 日本の現状を踏まえた他国事例の検討

本章では、前章までの他国での事例調査の結果を踏まえ、日本の現状と照らし合わせてみる。

1. 日本と各国の施策比較

(1) 年金

年金に関する他国の抑制策としては、支給額の調整と支給開始年齢の引き上げが見られた。

① 支給額の調整

日本では、マクロ経済スライドの導入により、今後賃金や物価が上昇しても年金支給額の伸びが調整される。その結果、賃金や物価が上昇する限り年金の絶対額は減額されないが、所得代替率は低下していくことになる。

厚生年金保険料は、2017年以降将来にわたって固定されているため、今後引き上げられることはない。そのため、年金については社会保険料における事業主負担が増加することは考えにくい。

しかし、年金支給額の所得代替率が低下していくことを想定すると、イギリスやアメリカのように企業年金の導入を推進し、個人の責任で老後の資金を蓄える必要性が高まると推察される。その場合、企業は公的年金に加え、企業年金への拠出金をさらに負担する可能性がある。そのため、個人型確定拠出年金(iDeCo)の拡大により、公的年金に加えて個人が必要に応じて年金資産を蓄えること等の検討も考えられる。

現在、iDeCoには、拠出できる上限額が設けられており、企業年金の種類によって異なるものの、企業の従業員の場合は1.2万～2.3万円が上限拠出額となっている。同じく企業型拠出年金(DC)にも上限額があり、企業と従業員を合わせて最大でも月額5.5万円しか拠出できない。さらに、従業員が上乗せできる掛金額は、企業の掛金額を上回ることはできないため、従業員が最大で上乗せできる金額は制限されている。一方アメリカは、従業員のみで、年間1.9万ドル(約209万円)、つまり月額平均で約17.4万円までの拠出が可能である。

今後は、日本でも現行の上限額を引き上げもしくは撤廃することで、今以上に個人の財務状況に柔軟に対応できる年金制度を目指すことが可能ではないだろうか。

② 支給開始年齢の引き上げ

日本でも、他国と同様に支給開始年齢の引き上げが行われている。

日本の公的年金の支給開始年齢は、原則 65 歳であるが、厚生年金については、加入期間が 1 年以上あり、国民年金の受給資格を満たしていれば、特別支給の厚生年金が受給可能である。特別支給の支給開始年齢は、生年月日と性別に応じて異なるが、2019 年に定年を迎える者のうち、男性は 64 歳、女性は 61 歳から受給可能である。ただし、男性は 2025 年から、女性は 2030 年から一律 65 歳以上に変更されることが決まっている。

現在も、支給開始年齢を 70 歳以降まで拡大する等の年金制度の見直しが検討されており、高齢者も「支え手」となるような制度の検討が進められると推察される。

(2) 医療費

医療費に関する他国の抑制策としては、自己負担率/額の調整、ジェネリック医薬品の活用、診療報酬制度(人頭払い制度)による過剰診療の抑制が見られた。

① 自己負担率/額の調整

日本の医療費自己負担額は、6 歳未満は 2 割負担、6～70 歳未満は 3 割負担であるが、70 歳以上は、所得に応じて自己負担が異なる。一般所得者(年収約 156～370 万円)の場合は 70～75 歳は 2 割負担、75 歳以上は 1 割負担だが、現役並み所得者(年収約 370 万円以上)の場合は、70 歳以上であっても 3 割負担となっている。

70 歳以上の自己負担は、2001 年に 1 割と設定されて以降、定期的に改定されている。2002 年には現役並み所得者が 2 割負担に改正され、さらに 2006 年には現役並み所得者は 3 割負担となった。一般所得者の 75 歳以上が 1 割負担となったのは、2008 年に「後期高齢者医療制度」が導入されたためである。

なお、まだ具体的な議論はされていないものの、現在 1 割負担である 75 歳以上の自己負担についても、2 割への引き上げが検討されている。また、2017 年 8 月および 2018 年 8 月には、70 歳以上の高額療養費の自己負担上限額が段階的に見直された。2018 年の改定により、70 歳以上の現役並み所得者は、年間所得によって 3 段階に細分化され、70 歳未満の現役世代と同様の自己負担上限額まで引き上げられた。このように、今後も特に高齢者の自己負担についての見直しが続くのではないかと考えられる。

フランスも、日本と同様に医療保険は社会保険料で運営されており、自己負担率は原則 3 割であるが、日本のような高齢者への優遇措置は実施されていない。また、治療内容および受診方法によって自己負担率が異なっている。日本では、症状が重症化しやすい子どもや高齢者が、適切な治療を安価に受診できるからこそ、症状の悪化を防ぎやすく、結果として医療費の抑制に寄与しているという側面もあるものの、どの医療機関でも気軽にかかることができることが、過剰診療に繋がっている可能性も否定できない。昨今の状況を踏まえると、かかりつけ医制度の導入や治療内容によって自己負担率を変更する等の方策を検討することも考えられる。

また、アメリカの民間保険で実施されているような最低自己負担額の設定に関する議論は現在のところ日本では行われていない。確かに、同制度は個人の責任範囲が広いアメリカだからこそ成立する制度かもしれないものの、過剰医療を抑制する方法としては検討の余地があると考えられる。仮に日本で導入する場合、全疾病に対する仕組みではなく、緊急性の低い疾患や傷病に対してのみ適応することで、過剰な受診を抑制できる可能性があると考えられる。

② ジェネリック医薬品の活用

ジェネリック医薬品の日本の数量シェアは、2018年時点で72.6%である。各国の最新の数量シェアは、シェアの高い順に、アメリカが92%(2017年)、ドイツが87%(2017年)、イギリスが77%(2017年)、フランスが68%(2017年)、スウェーデンが44%(2014年)である。

日本においては、2020年に数量シェアを80%以上にすることを目標に、薬局における後発医薬品調剤体制加算の要件の見直し、医科における後発医薬品使用体制加算の基準の見直し、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名で処方される場合の評価の新設等、様々な後発品の使用促進策が導入されている。

今後さらに数量シェアを向上させるためには、イギリスやドイツのようにジェネリック医薬品と先発医薬品の差額を薬局もしくは患者負担にする、もしくはスウェーデンのようにジェネリック医薬品の処方を義務化する等、ある程度の強制力を伴う施策の検討も必要になると推察される。

③ 過剰医療の抑制

過剰診療の抑制策としては、イギリスにおける診療報酬制度上の人頭払い制度の事例を取り上げた。

日本の診療報酬制度は、一部の大病院で診断病名と医療サービスから1日あたりの医療費の一部を包括的に定める包括払い制度(DPC制度)が採用されているものの、多くの場合は提供した医療サービスの量に応じて金額が決定する出来高払いである。そのため、医者側は医療サービスを提供するほど診療報酬が支払われることにより、過剰診療につながりやすい。

イギリスは税財源かつ患者の自己負担は原則無料のため、日本に比べて医療費支出を抑制する必要性が高いことから、人頭払いを採用していると考えられる。そのため、医療制度の前提が異なる日本でも同様に採用するのは困難だと予想されるが、日本においても、人頭払いの考え方を応用して、市町村等の自治体で、患者が自身のかかりつけ医を選択できるようにした上で人頭払い制度を導入すれば、少なくとも一次診療における過剰診療は抑制できるのではないだろうか。

④ その他医療費抑制につながる取り組み

その他、医療費の抑制が見込まれる取り組みとしては、疾病予防活動の推進、技術の活用による人件費等の削減、健康に悪影響を及ぼす慣習に対する増税の事例を紹介した。

・ 疾病予防活動の推進

日本でも、他国と同様に予防接種をはじめとする予防活動の推進がなされている。結核や麻疹・風疹等の A 類疾病の予防接種は、原則無料で接種できるが、あくまでも努力義務であるため、予防接種が義務化されているフランスやドイツのブランデンブルクに比べると強制力は低い。また、流行性耳下腺炎(おたふく風邪)の予防接種が無料の定期接種に含まれていないのは、調査対象国の中では日本のみであり、難聴等の合併症につながる可能性もあることから、日本の接種率の低さが懸念されている²⁹。

また、近年は予防活動が実際に医療費抑制にどの程度効果があるのかについて疑問の声も多い。実際に、財務省の公表資料においても、「予防医療等による医療費や介護費の節減効果は定量的に明らかではなく、一部にはむしろ増大させるとの指摘もある。³⁰」と記載されている。

しかし、民間保険会社における健康増進型保険の導入や、企業における健康経営の重要性が日本でも注目を集めており、今後も疾病予防活動推進の動きは高まっていくと予想される。

・ 技術の活用による人件費等の削減

他国では、カルテ情報の活用や ICT 技術の導入によるデータの統合等による、各個人の保険料の調整や、事務処理にかかる人件費の削減が見込まれている。日本でも、2021 年 3 月よりマイナンバーカードが健康保険証としての運用できるようになると公表されており、カードの利便性を高めて普及を促すと同時に、受診時の本人確認を確実にすることで、医療保険の不正利用を防ぐことが期待されている。また、将来的には患者の処方薬の情報をデータで一元管理することができれば、処方薬の数に一定の制限を設け、過剰な処方を抑制することも可能ではないだろうか。

アメリカで見られたような遠隔診療の技術の活用は、日本でも検討が進められており、2018 年 3 月に厚生労働省より「オンライン診療の適切な実施に関する指針」が発表されている。ただし、まだ具体的な検討ではなく、あくまでも導入の指針が議論された段階にあるため、今後のより本格的な導入に向けて、他国の試験導入状況を参考にすることができると考える。

・ 健康に悪影響を及ぼす慣習に対する増税

フランス、イギリス、アメリカでは健康に悪影響を及ぼし、医療費の増大につながっているという考えのもとで、たばこ税の増税や、飲料に含まれる砂糖への課税を開始している。

日本では、たばこ税は 2016 年 4 月より段階的に引き上げられており、2019 年 4 月から 1000 本あたり 12,244 円が課税される³¹。これは、2017 年 3 月までと比べると、約 1.8 倍となっており、日本においても喫煙を抑制しようとする動きが高まっていると言える。さらに、2021 年には 1000 本あたり 15,244 円が課税されることが決定しており、今後もたばこ税増税の動きは継続すると推察される。

一方、飲料に含まれる砂糖税の導入については、タイ、フィリピン、インド等のアジア諸国に広がっているものの、日本ではまだ具体的な検討はされていない。しかし、すでに導入しているフランスやアメリカでは一定の効果が見られることを踏まえると、たばこ税等に代わる税収の確保が必要になった場合に、日本でも導入される可能性は少なくないと考える。

2. おわりに

本調査では、社会保険制度および社会保険料事業主負担の国際比較を行った。その結果、日本の社会保険料の事業主負担は一概に低いとは言えないが、社会保障給付費(受益)に対して、社会保険料負担の割合が、他国に比べて低い。今後、少子高齢化が進行すると、年金や医療費をはじめとする社会保障給付費を受給する高齢者が増加する一方、社会保険料を負担する現役世代は減少するため、ますます受益と負担の均衡をとるのが困難になることが推察される。

そのような状況を可能な限り緩和するために、各国の社会保障給付費抑制策を参考にしうえて、今後の日本における対応策を検討することは極めて重要だと考える。

全国法人会総連合の青年部会連絡協議会が2019年6月に公表した「財政健全化のための健康経営プロジェクト～日本の未来を担う子供たちのために～」においても、全国民が必要な治療と過剰な医療を見極め、アクションを起こすことにより年間4兆円を超える医療費の適正化が可能ではないかと提案している。

また、社会保障給付費が増加する中、給付費を抑制するだけではなく、適正な負担も必要である。その財源を確保するためには、他国と比べても税率の低い消費税の引き上げについても議論を始める必要があるのではないだろうか。さらに、社会保障制度における所得の再分配機能を維持するためには、個人の能力に応じた負担の導入等、公平性を保つための仕組みが必要ではないかと考える。

今後ますます高齢化が進行し、社会保障給付費の増加が見込まれている中、日本社会に適した社会保障制度についてさらに踏み込んだ協議が必要ではないだろうか。

(参考資料・文献)

- ¹ 財務省「国および地方の長期債務残高」, 2017
- ² 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」, 2018
- ³ 財務省「社会保障について」, 2019
- ⁴ 内閣府、総務省、財務省、文部科学省、厚生労働省「幼児教育の無償化について」, 2018
- ⁵ 財務省「社会保障について」, 2019
- ⁶ 内閣府「経済財政運営と改革の基本方針 2019～「令和」新時代:「Society 5.0」への挑戦～」, 2019
- ⁷ 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」, 2018
- ⁸ EXPATICA “Pensions in Germany: a guide to the German pension system”, 2019
<<https://www.expatica.com/de/finance/retirement/german-pension-guide-understanding-your-pension-in-germany-831124/>>
(2019/6/25 アクセス)
- ⁹ 厚生労働省「英国の年金制度」,2015
<<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/nenkin/nenkin/pdf/shogaikoku-england.pdf>> (2019/6/25 アクセス)
- ¹⁰ Edward R. Berchick, Emily Hood, and Jessica C. Barnett ”Health Insurance Coverage in the United States: 2017”, 2018
- ¹¹ Congressional Research Service “Social Security: What Would Happen If the Trust Funds Ran Out?”, 2019
- ¹² OECD “Pension at a Glance 2017, OECD and G20 Indicators”, 2017
- ¹³ 財務省「社会保障について」, 2019
- ¹⁴ EXPATICA “French pension guide: The French pension system for expats”, 2019
- ¹⁵ GOV.UK Department for Work & Pensions, “Guidance Your State Pension explained”, 2019/4/8
<<https://www.gov.uk/government/publications/your-new-state-pension-explained/your-state-pension-explained>>_ (2019/6/25 アクセス)
- ¹⁶ GOV.UK Workplace and personal pensions, “Workplace pensions”, 2019
<<https://www.gov.uk/workplace-pensions>> (2019/6/25 アクセス)
- ¹⁷ 健康保険組合連合会 社会保障研究グループ「健保連海外医療保障」No.119, 2018
- ¹⁸ 厚生労働省「医薬品価格調査(薬価本調査)の速報値について」, 2018
- ¹⁹ 厚生労働省「後発医薬品の市場シェア【新目標】」, 2018
- ²⁰ Association for Accessible Medicines “Introduction to the Generic Drug Supply Chain and Key Considerations for Policymakers”, 発行年不明
- ²¹ 中田達大、楊珏、馬奈木俊介、「OECDにおける診療報酬制度が医療支出と医療の質に与える影響の評価」,2016
- ²² Independent, Katie Forster “France to make vaccination mandatory from 2018 as it is 'unacceptable children are still dying of measles'” ,2017/7/5
<<https://www.independent.co.uk/news/world/europe/france-vaccination-mandatory-2018-next-year-children-health-measles-dying-anti-vaxxers-edouard-a7824246.html>> (2019/6/25 アクセス)

- ²³ NHS, “FIVE YEAR FORWARD VIEW”, 2014
- ²⁴ ProCon.org “State Vaccination Exemptions for Children Entering Public Schools”, 2019/6/14
<<https://vaccines.procon.org/view.resource.php?resourceID=003597>> (2019/6/25 アクセス)
- ²⁵ Vox, German Lopez, “Are vaccination requirements popular?”, 2016/8/25
<<https://www.vox.com/2018/8/21/17588110/vaccines-surveys-polls-popular>> (2019/6/25 アクセス)
- ²⁶ The Commonwealth Fund, Sarah Klein “Hospital at Home” Programs Improve Outcomes, Lower Costs But Face Resistance from Providers and Payers”, 発行年不明
<<https://www.commonwealthfund.org/publications/newsletter-article/hospital-home-programs-improve-outcomes-lower-costs-face-resistance>> (2019/6/25 アクセス)
- ²⁷ the balance, Beverly Bird, “What Is the Soda Tax and Which Cities Have One?”, 2018/11/25
<<https://www.thebalance.com/soda-tax-and-which-cities-have-one-4151209>> (2019/6/25 アクセス)
- ²⁸ healthline, Heather Cruickshank “Could UK’s New ‘Sugar Tax’ Work in the US?”, 2018/4/19
<<https://www.healthline.com/health-news/could-uk-sugar-tax-work-in-the-us#3>> (2019/6/25 アクセス)
- ²⁹ 国立感染症研究所「おたふくかぜワクチンについて」, 2016
<<https://www.niid.go.jp/niid/ja/allarticles/surveillance/2349-iasr/related-articles/related-articles-440/6832-440r11.html>>
(2019/6/25 アクセス)
- ³⁰ 財務省「社会保障について」, 2019
- ³¹ 国税庁「たばこ税の手持品課税の概要」, 発行年不明
<<https://www.nta.go.jp/information/other/data/h22/tabacco/01.htm>> (2019/6/25 アクセス)