

# みずほレポート

2005年8月24日発行

## 医療費の総額管理制度の 導入をどう考えるか

本誌に関するお問い合わせは  
みずほ総合研究所株式会社 調査本部 電話 (03) 3201-0581 まで。

## 要旨

1. 次期、医療制度改革に関する議論が活発になっている。医療制度改革では、今後、老人医療費を中心に急増することが見込まれている医療費をどう抑制し、どう負担していくかが最大の課題である。
2. 医療費は、1990年代以降、特定の例外時を除き、経済成長率を上回るペースで増加を続けている。このため、今後の医療費の伸びを負担能力に応じた水準に抑制するために、経済成長に合わせて医療費の総額を管理する制度を導入する案が挙がっており、この案に関して様々な意見が出されている。
3. そもそも、日本で医療費の総額管理について具体的に検討されたのは、前回2002年の医療制度改革時である。それは、老人医療費について高齢化や経済成長率に応じて目標を設定し、目標を超過した時は次々年度の診療報酬を調整するというものであった。前回は、慎重論が強く、導入には至らなかったが、次期改革の議論の中で再び浮上してきた。
4. 医療費の総額管理については、現役世代の負担能力を著しく超えて医療費が増大すれば、安定的な医療保険制度が維持できなくなるため、何らかの形で経済指標とリンクさせた目標を設定すべきとする意見と、経済指標により医療費の伸びを管理すれば、必要かつ安全な医療の確保を阻害するとの意見が出ている。
5. 一方、諸外国でも高齢化とともに増大する医療費の抑制が課題となっており、ドイツ、フランス等では医療費の総額管理制度が導入されている。医療費の増大が目標を超過した場合の調整方法について、例外措置や一定の制限があるため、十分な伸び率のコントロールはできていないものの、フランスでは、近年目標と実績の乖離が縮小する傾向がみられる。
6. 医療費の総額管理制度については、その導入に賛否両論あるものの、今後、確実に大幅に増加する医療費を国民が無理なく負担でき、医療保険制度を持続可能な制度として確立させるためには、やはり、何らかの形で経済動向、すなわち国民の負担能力を考慮した医療費の抑制を図ることは欠かせないだろう。次期医療制度改革では、将来の保険料負担や患者の自己負担の姿を示すとともに、将来世代にとって負担可能となるような医療費総額を抑制する基本姿勢を示すことが求められている。

(政策調査部 堀江奈保子)

## 目次

1. はじめに	1
2. 医療費の現状と見通し	1
(1) 老人医療費を中心に増大	1
(2) 国際的に見た日本の医療費の水準	2
3. 医療費の総額管理を巡る議論	3
(1) 2002年の改革時の案	4
(2) 次期医療制度改革に向けて各種団体等の意見	5
a. 積極派意見	5
b. 慎重派意見	7
4. 諸外国の医療費抑制策	9
(1) ドイツ	10
a. 医療保険制度の概要	10
b. 近年の改革の動向	10
c. 改革の評価	12
(2) フランス	12
a. 医療保険制度の概要	12
b. 近年の改革の動向	12
c. 改革の評価	13
(3) 英国	14
a. 医療保険制度の概要	14
b. 近年の改革の動向	14
c. 改革の評価	14
5. 日本で導入すべき医療費抑制策の検討	14
(1) 医療費の伸び率の抑制に必要な視点	14
(2) 総額管理制度導入の検討	15
a. 老人医療費の伸びを適正化するための指針	15
b. 目標値の設定をどうすべきか	17
c. 目標を超過した時の調整	17
6. おわりに	18

## 1. はじめに

急速な少子高齢化が進展するなかで、社会保障の給付と負担のあり方の見直しが急務となっている。昨年の年金改革に続き、本年6月には介護保険改革法案が成立、公布された。さらに、今秋には、医療制度改革案が提示され、来年の通常国会に改正法案が提出される予定になっている。

このうち、医療制度改革に関しては、これまで保険料の引き上げや患者の自己負担の増加等により一時的な保険財政の安定化が図られてきたものの、人口が高齢化するなかで将来にわたり持続可能な制度を確立するための抜本的な改革は実施されていない。次期医療制度改革では、今後、老人医療費を中心に急増する医療費をどう負担し、どう医療費を適正化していくかが論点となっている。特に、医療費の適正化、すなわち、医療費の増加を抑制する対策については、経済成長に合わせた医療費の総額管理を実施する案が注目を集めており、様々な議論が出ている。

本稿では、各医療費抑制策と欧州諸国の導入例を概観し、日本での医療費の総額管理制度の導入の是非について検討する。

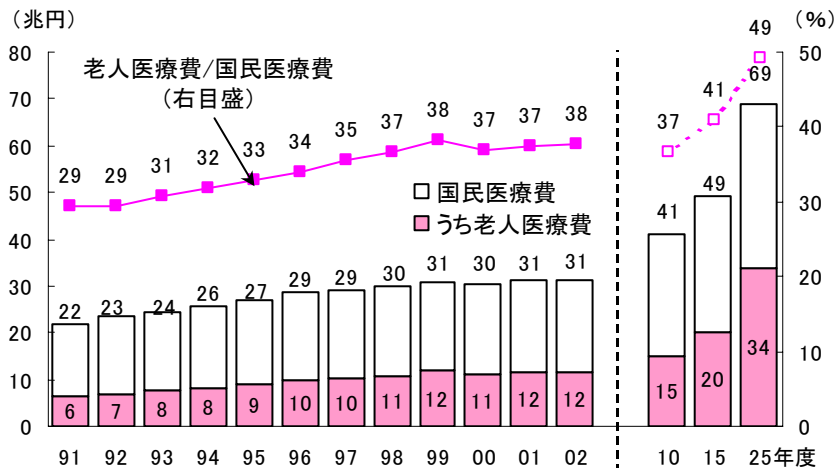
## 2. 医療費の現状と見通し

### (1) 老人医療費を中心に増大

はじめに、わが国の医療費の動向について確認する。

国民医療費は年々増加しており、2002年度時点では総額約31兆円となった。このうち老人医療費<sup>1</sup>が約12兆円と、全体の約40%を占めている。老人医療費が全体に占める割合は年々増加しており、2025年度にはほぼ50%になる見通しである（図表1）。

図表1：医療費の推移と見通し



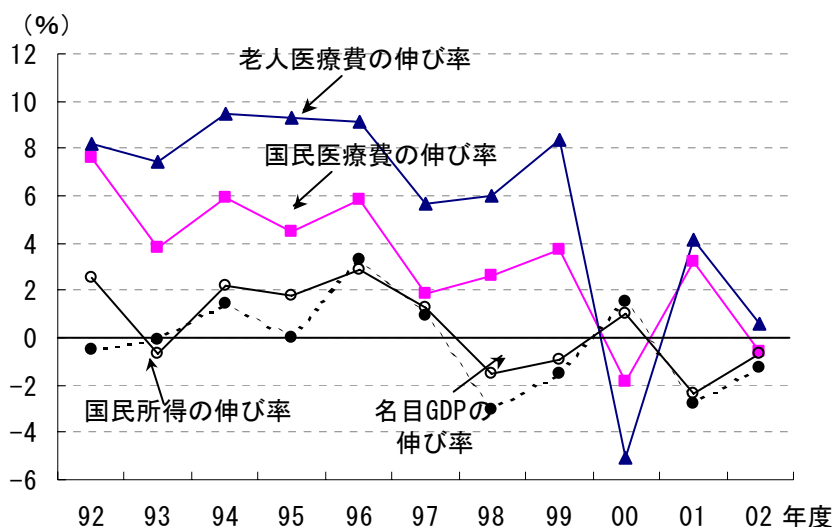
(注) 2010年度以降は政府見通し。

(資料) 厚生労働省

<sup>1</sup> 2002年9月までは、70歳以上と65歳以上70歳未満の寝たきり等の状態にある人に関する医療費。2002年10月以降、対象年齢が70歳から5年間で段階的に75歳以上に引き上げられている。

このように医療費が増加しても、それを上回る経済成長があれば、国民の負担能力が向上しているため問題はない。しかし、国民医療費の伸び率と経済成長率を比較すると、景気が低迷した 1992 年度以降、医療費は基本的に経済成長率を大幅に上回って増加を続けている（図表 2）。なお、健康保険の被保険者本人の患者の自己負担割合が引き上げられた<sup>2</sup>1997 年度と、診療報酬が 2.7%マイナス改定された<sup>3</sup>2002 年度は、一時的に医療費の伸びが抑制されたほか、介護保険制度が導入された<sup>4</sup>2000 年度は医療費の伸びが経済成長を下回った。

図表 2：医療費の伸び率の推移と経済成長率の動向



(資料) 内閣府「国民経済計算年報」、厚生労働省「国民医療費の概況」「老人医療事業年報」

## (2) 国際的に見た日本の医療費の水準

ここで、日本の医療費の動向を諸外国と比較すると、日本の 1 人当たり医療費は OECD 加盟国中 5 位と比較的高水準にある。なお、総医療費の GDP 比で見ると、同 17 位とそれほど高くないため（図表 3）、日本の医療費の水準は国際的に見て低いとの指摘もあるが、4 位のカナダやフランス（9.4%）と日本（7.8%）は大差ない。

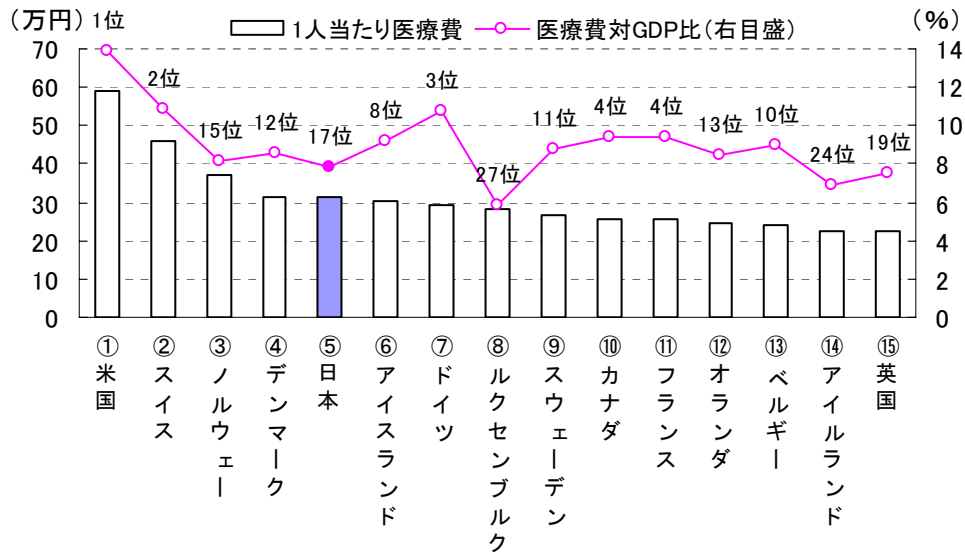
また、わが国においては、一人当たりの外来受診率や平均在院日数が、欧米主要国と比べて圧倒的に高水準であること（図表 4）、また、技術集約的な高額医療機器の設置台数割合も高いこと、さらには、世界に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでいること等から考えると、改革が行われなければ、将来、医療費が国際的に更に高水準となる可能性がある。

<sup>2</sup> 健康保険の被保険者本人の患者自己負担が 2 割から 3 割へ引き上げられた。

<sup>3</sup> 医師の技術料など診療報酬本体を初めて 1.3%引き下げられ、薬や医療材料の価格も計 1.4%引き下げられた。両者あわせた改定幅はマイナス 2.7%で過去最大のマイナス幅となった。

<sup>4</sup> 介護保険制度の導入に伴い、老人医療費の一部（約 2 兆円）が介護保険制度に移行されたため、老人医療費が前年比減少した。

図表 3 : OECD 加盟国の医療費の状況 (2001 年)



(注) 医療費は現地通貨で発表の統計数値を年間平均為替レートで換算。  
 (出所) 厚生労働省 (原典 OECD Health Data 2004)

図表 4 : 主要国の病院利用状況の比較 (2001 年)

	外来受診率	平均在院日数
日本	14.5	28.3 (2003年)
ドイツ	7.3 (2000年)	11.6
フランス	6.9	13.5
英国	4.9 (2000年)	8.3
米国	9.0	6.7

(注) 外来受診率は、1人の国民が1年間に外来医を受診する平均回数。  
 (資料) 厚生労働省「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会」資料、2005年5月 (原典: 厚生労働省「病院報告」(2003年)、OECD Health Data 2004)

### 3. 医療費の総額管理を巡る議論

以上のような状況にある日本で、医療費の総額管理が具体的に議論されたのは、前回2002年の医療制度改革の時である。この時は、老人医療費の伸び率管理制度の導入が検討されたものの、最終的には、導入に至らなかった。しかし、次期医療制度改革に向けての議論のなかで医療費の総額管理が再び浮上してきた。以下では、2002年改革時の案と、最近、相次いで発表された各団体や審議会等の医療費の総額管理に関する議論の主要なものについて整理する。

## (1) 2002 年の改革時の案

2001 年 9 月に発表された厚生労働省の医療制度改革試案では、老人医療費の伸び率管理制度の導入が明記された。持続可能な高齢者医療制度を確立するため、毎年の老人医療費の伸びが経済動向と大きく乖離しないよう、その伸び率を抑制する仕組みを導入するとされたのである。

具体的には、①高齢者数の伸びと経済成長率に応じて老人医療費の伸び率の目標を設定し、②目標値を踏まえた診療報酬の合理化や保険事業の推進により医療を効率化し、③目標を超過したときは、次々年度の診療報酬を調整することが提案された（図表 5）。

**図表 5：老人医療費の伸び率管理制度の導入（抜粋）**

<p>○高齢者医療制度の持続可能性を確保するため、老人医療費の伸びが経済の動向と大きく乖離しないよう、その伸びを抑制する仕組みを新たに導入する</p> <p>○老人医療費の伸び率管理制度は、以下の仕組みとする</p> <p>①老人医療費の伸び率目標値の設定 毎年度の老人医療費の総額の伸び率について、高齢者数の伸び率に一人当たり国内総生産の伸び率を乗ずることにより、目標値を設定する</p> <p>②目標値を踏まえた医療の効率化等の推進 診療報酬の合理化、保健事業の推進等により、医療の効率化等に取り組み、その達成に努める</p> <p>③目標を超過した場合の措置 各年度の老人医療費の伸び率が目標値を超過した場合には、超過相当分を基礎として算定した調整率を次々年度の診療報酬支払額に乗ずる措置を講ずる。</p> <p><b>老人医療費を対象とした伸び率管理制度導入の考え方</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 医療費の伸びを抑制していくためには制度的に伸び率を管理していく枠組みが必要との認識が高まったのは、医療費の伸びが経済の動向を恒常的に大きく上回り、医療保険制度の持続可能性について懸念がもたれるようになった比較的近年の動き</li><li>・ 医療費の伸びの太宗を占めるのは、高齢化の進展に伴って急増する老人医療費であり、老人医療費の伸びを抑制すれば、医療費全体の伸びの大部分を抑えることが可能</li><li>・ 一般の医療保険制度は、各保険者により自立的に運営されており、保険者機能の強化など保険者の自主的・自立的な取り組みが求められている今日、老人医療費以外の一般医療費についても国による一律な伸び率管理の仕組みを導入することはこうした流れに逆行するおそれ</li><li>・ こうした背景を踏まえ、今回の試案では、老人医療費を対象とした伸び率管理制度を提案。これにより、高齢化のピーク時の 2025 年度の政管健保の保険料率は 10%を下回る水準と見込まれる</li></ul> <p><b>医療機関等に対する支払額の調整を行う時期</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 伸び率の目標値を設定した年度の老人医療費の実績額が確定する時期が、翌年末であることから、医療機関に対する支払額の調整を次々年度に行うことを提案</li></ul>
---

（資料）厚生労働省「医療制度改革試案」2001 年 9 月 25 日



この方式を採用すると、医療費が目標値を超過した分については、次々年度の診療報酬で調整が行われるために確実に医療費の抑制効果はある。しかし、その導入には、慎重論が強く、その後 2001 年 12 月に閣議決定された「平成 14 年度予算編成の基本方針」では、「医療費、特に高齢者人口の増を大きく上回って増加する老人医療費について、その伸びを適正なものとするよう、伸び率抑制のための指針を定め、その指針を遵守できるよう有効な方策を検討し、実施するものとする」との記述がなされたものの、2002 年の改正では試案で呈示されたような方式が導入されることはなかった。

## (2) 次期医療制度改革に向けて各種団体等の意見

次期医療制度改革に対して各種団体等が意見を発表している。そのなかで医療費の総額管理については、経済成長率に応じた医療費の抑制策を主張する積極的な意見と、医療費の抑制は重要であるとしながらも経済成長率による調整には慎重な考え方を示す意見に分かれる。

### a. 積極派意見

#### (a) 財政制度等審議会

財政制度等審議会は、「平成 18 年度予算編成の基本的な考え方について」（2005 年 6 月 6 日）の中で、①社会保障給付の伸びを経済成長率並みに抑制した場合と、②経済成長率に加えて高齢者の増減や高齢者 1 人当たり医療費の適正化を加味した場合について、以下のように試算している（図表 6）。これによると、2025 年度時点の医療費が、経済成長率等により抑制された場合には、厚生労働省試算に基づく自然体と比較して約 3 割抑制できるという。

図表 6：医療費の推移（試算）

	2005 年度	2015 年度	2025 年度
厚生労働省試算に基づく自然体	27.5 兆円 (7 1/2%)	41 兆円 (9%)	58 兆円 (11%)
①経済成長率並みに抑制	27.5 兆円 (7 1/2%)	33 兆円 (7 1/2%)	39 兆円 (7 1/2%)
②経済成長率+高齢者数等の増減－高齢者医療費の適正化	27.5 兆円 (7 1/2%)	33.5 兆円 (7 1/2%)	41.5 兆円 (8%)

(注) ( ) 内は国民所得比。

(資料) 財政制度等審議会資料

また、社会保障給付の伸びが経済成長率並みに抑制されれば、支え手の負担水準の大幅な上昇が一定程度抑制されるとしているが、この場合でも公費負担の額は多額であり、これを賄うための安定した財源の確保が持続可能な社会保障制度を構築するためには必要となると指摘している。

なお、高齢者数の増加を一定程度勘案する場合には、更なる財源の確保が必要となる。経済とのバランスの観点からは、高齢者一人当たり医療費の適正化をはじめ、各般の合理化・適正化を更に進めることにより、高齢化による影響を吸収し、社会保障給付の伸びを

できる限り抑制する必要があるとしている。

特に、医療費は、今後とも経済の伸びを大きく上回って伸びる見込みであり、社会保障給付の伸びの主要な要因となっている。中でも、高齢者医療費は、現行の水準・伸びが放置された場合、2025年には国民医療費の約5割を占めることとなり、世代間の負担の公平性の確保といった観点からも、その伸びの抑制を図る必要があると指摘している。

そこで、財政制度等審議会は、2006年に予定されている次期医療制度改革に関して立てた4つの柱の一つに公的医療給付と経済・財政とのバランスを取ることを掲げた(図表7)。具体的には後者の動向を踏まえて前者の目標を定め、前者の伸びがその目標と整合的なものとなるよう、適時、制度の見直し、サービス提供コストの効率化を図っていくべきであるとしている。

**図表 7：次期医療制度改革で実現すべき事項**

<b>① 公的医療保険がカバーする範囲の見直し</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 混合診療、特定療養費の弾力化、抜本的拡充</li><li>・ 入院時の日常生活費用に対する保険適用のありかた</li><li>・ 一定金額までの保険免責制の導入</li><li>・ 医薬品に係る保険適用の見直し 等</li></ul>
<b>② 医療の効率化の徹底等</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 社会的入院や過剰診療の解消等のための高齢者医療コストの縮減</li><li>・ 地域・保険者による医療費適正化への取り組み強化</li><li>・ 医療提供体制の再構築・効率化</li></ul>
<b>③ 世代間・世代内の負担の公平化</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 年齢を問わず負担能力に応じた負担(保険料、自己負担)の見直し</li></ul>
<b>④ 公的医療給付費と経済・財政とのバランスの確保</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 公的医療保険給付の伸びを経済・財政とバランスのとれたものとするための枠組みが必要</li></ul>

(資料) 財政制度等審議会資料

**(b) 「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2005」**

2005年6月21日に閣議決定された政府の「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2005」では、社会保障制度の持続可能性を確保するために、給付費の過大な伸びの抑制策として、医療費適正化の実質的な成果を目指すための政策目標を設定することが明記された(図表8)。ただし、具体的な目標の設定基準は示されておらず、2005年中に結論を得るとの表記にとどまった。

**図表 8：持続可能性を確保するための過大な伸びの抑制策**

- ・ 超高齢社会にあたっては、社会保障制度が持続可能であることは国民生活にとって不可欠
  - ・ 日本の経済規模とその動向に留意し、過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制するために以下の取り組みを行う
- ① 社会保障給付費の伸びについて、特に伸びの著しい医療を念頭に、医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、達成のための必要な措置を講じる。目標については、国民が受容しうる負担水準、人口高齢化、地域での取り組み、医療の特性等を踏まえ、具体的な措置の内容とあわせて 2005 年中に結論を得る。その上で、2006 年度医療制度改革を断行する
  - ② 目標達成のために、これまでの施策の効果を検証しつつ、総合的に直ちに取り組む。
  - ③ 2006 年度の医療制度改革においては、保険給付の内容について、相当性・妥当性などの観点から幅広く検討を行う。診療報酬・薬価改定は、近年の賃金・物価の動向や経済・財政とのバランス等を踏まえ検討する

(資料) 「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2005」 (2005 年 6 月 21 日)

### (c) 経済財政諮問会議の有識者議員意見

2005 年 6 月 1 日の経済財政諮問会議で有識者議員は、社会保障制度を経済の身の丈に合ったものとするために、社会保障給付費について経済の規模とリンクした指標を設定することを提案している。

具体的には、社会保障の規模(伸び率)は、給付のみならず、負担をも十分に考慮して選択されるべきであるとして、負担を所得(名目 GDP)の伸びにリンクさせると同時に、給付については、経済成長率に高齢化要因等を加味した高齢化修正 GDP に連動させることを、例として挙げている。

### (d) 日本経団連

日本経団連は、2005 年 5 月 17 日に発表した「医療制度のあり方について」の中で、公的医療保険制度が現役世代の負担により成り立っている以上、公的給付費については、制度を持続可能とするためには、経済と整合的な制度を構築していくべきであり、現役世代の支払能力の指標である名目 GDP 成長率を基軸に伸び率を抑制することが重要であるとしている。なお、計画の実効性を確保するためには、目標未達成の場合の超過費用の負担や、調整のルールを予め定めておくことが必要不可欠であり、中長期的な課題としてこのルールを検討すべきであると指摘しているものの、具体的な調整ルールは明示していない。

#### b. 慎重派意見

##### (a) 厚生労働省

厚生労働省は、構造的な医療費適正化の取り組みを進める上で、医療費の伸びの約 7 割を占める高齢者医療費の伸びを政策的に抑えられる要素に着目している。なかでも、①生活習慣病対策の推進、②医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮、③地域における高齢者の生活機能の重視、といった点を特に重視し、都道府県ごとに取り組みの目標

を設定する方針を明らかにしている<sup>5</sup>。

また、これらの取り組みを行うことで、医療給付費は 2015 年に約 2.8 兆円（約 7%）減、2025 年には約 6.5 兆円（約 11%）減の効果が期待できると試算している。

なお、医療費の伸びは、技術進歩等による医療の高度化や地域の受診行動等、経済成長率以外の要素にも左右されるため、経済成長率を基本に医療費の伸びの目標に設定することには否定的な見解を明らかにしている。

仮に、これまで経済成長率を 2%程度上回って推移してきた医療費を、今後、経済成長に合わせて抑制すると、2025 年度には給付額の約 4 割を削減する必要があると厚生労働省は試算している。この削減分を全額患者負担に転嫁すれば、自己負担額は現在の 2.5～3.0 倍となり、限界を超えた利用者負担を求めることになる。また、この分だけ診療報酬を引き下げれば、医療費抑制のための粗診疎療、もしくは収入最大化のための乱診濫療を招く懸念（医療の質の低下）がある。さらに、良質な医療を効率的に供給する医療機関と、乱診濫療を行った医療機関の診療報酬が同様に引き下げられることは、不公平感を生むことにもなる。それゆえ、一律に医療費を調整することは不平等であると同省は指摘している。

#### **(b) 健康保険組合連合会**

健康保険組合連合会は、2005 年 7 月 22 日に「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」を発表している。

同提言は、医療保険制度の持続安定性を確保するためには、国民の負担力と調和のとれた国民医療費となるよう、医療の質と安心・安全性を担保しつつ、中長期的視点に立ち、政策に裏打ちされた目標の下で医療提供体制の改革を含む医療費の適正化施策を進める必要があるとしている。

また、医療費総額については、国民経済の動向などを考慮した国民合意に基づき、概ね 5 年間程度を単位として一定の政策目標を設けることが重要であり、この目標を達成するため、医療費を構成する分野ごとに具体的な適正化方策を策定し、効果的な施策を実行することで医療費総額の増大に歯止めをかけていくことが必要であるとしている。ただし、機械的手法で一律的・強制的に医療費抑制を行う方式の導入には慎重な姿勢を示している。

#### **(c) 日本医師会**

日本医師会は、2005 年 6 月 20 日に、医療制度改革に対する考え方を取りまとめ、公表している。

医療制度改革全般に関する考え方は図表 9 の通りである。このうち、医療費の総額管理については、前回の医療制度改革の時にも強い反対を表明していたが、次期医療制度改革

---

<sup>5</sup> 厚生労働省は、都道府県が医療計画を立て、そこに盛り込む個別指標（①健康診断の受診率、②ガン検診の受診率、③疾病自覚率、④早期社会復帰率、⑤地域医療カバー率、⑥地域連携支援率、⑦在宅支援率、⑧死亡率の 8 項目）に数値目標を設定させ、定期的にその達成状況を検証して、交付金支給に反映させて計画の実効性を高める方針を打ち出している。2006 年度医療改革に盛り込まれる見込み。

の議論の中で「GDP（国内総生産）等の経済指標を使って、医療費の伸び率を管理しようとする考え方については、必要かつ安全な医療の確保を阻害する点からも容認することはできず、今後も引き続き、その導入に反対していく」との方針を明らかにしている。

医療費の伸びを経済指標により抑制しようとする考え方については、医療は必要なときに提供すべきものであり、経済が悪化しているからといって、それを抑制できるものではないと指摘している。他方で、医療費の自然増の中身を分析し、その伸びの要因を特定することによって、医療費の適正化を図るとしている。

**図表 9：医療保険制度改革における日本医師会の考え方**

<p><b>1. 医療保険制度改革における基本方針</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国民皆保険制度を堅持する</li> <li>・ 新たな高齢者医療保険制度を創設し、国民の不安を払拭する</li> <li>・ 高齢者医療保険制度においては、高齢者の特性ならびに個々の疾患に配慮するが、医療内容が年齢によって急に規制されるものであってはならない</li> <li>・ 高齢者医療保険制度においても保険制度であることを堅持し、自助・共助・公助を基本とする</li> <li>・ 医療保険制度は国民に必要な医療を給付するため現物給付によって成り立っている。現金給付である介護保険制度とは統合し得ない</li> <li>・ <u>GDP 等の経済指標を基本とする医療費の伸び率管理は、必要かつ安全な医療の確保を阻害する点から容認できない</u></li> <li>・ 高齢者医療の充実のためには、生活習慣病対策を推進し、高齢者になっても健康を維持できるようにする</li> <li>・ 患者自己負担は軽減すべきであり、少なくとも現状を超えるものであってはならない</li> <li>・ 国は被用者の定年退職年齢が 65 歳になるよう努力すべきである</li> </ul>
<p><b>2. 新たな高齢者医療保険制度の創設</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象：75 歳以上の高齢者</li> <li>・ 保険者：国とする。ただし一定期間後、都道府県単位とすることも検討する</li> <li>・ 財源構成：患者自己負担 10%、保険料 10%（ただし低所得者への配慮を行う）、残りは公費ならびに国民的共助によって構成する</li> </ul>
<p><b>3. 一般医療保険制度改革</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 老健拠出金、退職者給付拠出金は廃止する</li> <li>・ 被用者は退職後、すべて国民健康保険に加入し、その場合、患者自己負担以外の給付金を保険料および被用者保険による制度間共助により賄う。</li> </ul>

(注) 下線部分が医療費の総額管理に関する記述。

(資料) 日本医師会

#### 4. 諸外国の医療費抑制策

人口の高齢化とともに増大する医療費の抑制は、各国共通の課題となっており、各国とも保険料率の引き上げや給付範囲の見直し、患者負担の増加といった支出の抑制面を中心

とする対応を実施してきた。しかし、こうした対応は、増大する医療費を一時的に抑制する効果はあるものの、医療保険の赤字構造を解消する抜本的な解決策には至らない。そこで、近年では、医療提供体制や医療保険制度の枠組み自体の見直し等の構造的な対策の実施が進められている。ただし、構造的な対策は、長期的に大きな効果が期待される一方で、短期的には即効性に欠ける面もあることから、当面の緊急避難的な対策として、医療費の伸びを一定の水準に定めるという方策も同時に取られている。

以下、医療費の総額管理制度を導入した代表的な国として知られるドイツ、フランス、英国の医療保険制度の概要と近年の改革について概観する。

## **(1) ドイツ**

### **a. 医療保険制度の概要**

ドイツの医療保険制度は、社会保険方式で、一般労働者、職員、年金受給者、学生等を対象とした一般制度と、自営農業者を対象とした農業者疾病保険に大別できる。保険者は、地区や企業等を単位として設置されている公法人の疾病金庫である。

一般制度においては、一定所得以上の者と官吏が強制適用となっていないので、公的医療保険に加入率は 2004 年現在全国民の約 85%となっている。

財源は、労使折半で負担する保険料で、国庫負担は原則として行われていない。保険料率は疾病金庫ごとに決められており、2004 年 1 月現在平均で 14.27%である。

給付は、現物給付が原則で、傷病手当金や出産手当金等の現金給付もある。

### **b. 近年の改革の動向**

ドイツでは、1970 年代に医療保険の給付拡大が行われ保険料率が増大したため、1970 年代後半から 1980 年代には、患者の自己負担の引き上げなど医療サービスの需要側からの医療費抑制策がとられてきた。しかし、前述の通り、こうした対策の効果は、短期間しか持続せず、1989 年の医療保険改革法以降は、医療保険制度の構造そのものを改革し持続可能な制度を構築するための改革が実施されている（図表 10）。

以下では、これまでの改革のうち、特に医療費の上限設定に関する改革を中心に見ていく。

#### **(a) 1993 年の改革**

1993 年の医療改革では、医療費をコントロールするため、病院の診療報酬支払方式が変更され、診療報酬の包括化や患者 1 日当たりの定額給付が導入された。また、支払方式の変更が実施されるまでの期間（1993 年から 1995 年まで）の暫定的な措置として、病院の診療報酬の引き上げ幅が、1992 年をベースとして毎年の基礎賃金（医療保険料算定の対象となる収入）の伸びの範囲に抑制された。しかし、多くの例外が認められたため、この効果は限定的となった。また、開業医の診療報酬総額についても、病院と同様、診療報酬総額の引上幅が抑制された。さらに、薬剤費については医薬品の総支出に上限を設ける等の対策が実施された。

図表 10：ドイツの主要な医療保険改革

<p><b>○医療保険改革法（1989年実施）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者負担の引き上げ</li> <li>医薬品について参照価格制度の導入</li> <li>保険料率安定化の原則の導入</li> <li>保険給付範囲の縮小・限定</li> </ul> <p><b>○医療保険構造法（1993年実施）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者負担の引き上げ</li> <li>開業医診療報酬、病院医療費、薬剤費の各分野で予算枠を設定</li> <li>新しい診療報酬体系の導入</li> <li>保険医定年制（68歳）の導入</li> </ul> <p><b>○医療保険第3次改革（1997年実施）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者負担の引き上げ</li> <li>開業医診療報酬等に出来高要素復活</li> <li>保険料率引き上げに対応して、患者負担を引き上げることを義務化</li> </ul>	<p><b>○医療保険連帯強化法（1999年実施）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者負担の引き上げ</li> <li>医療費の予算制、薬剤の支出上限を再導入</li> </ul> <p><b>○医療改革 2000（2000年実施）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>家庭医の役割強化</li> <li>被保険者の健康増進活動の強化</li> <li>リハビリテーションの強化</li> <li>病院診療報酬の包括化を全診療に拡大</li> <li>医療費の予算制の強化、過剰医療の強制的調整等により医療費の増大を抑制しようとしたが、医療関係者の猛反発により頓挫</li> </ul> <p><b>○医療保険近代化法（2004年実施）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新たな患者自己負担の導入</li> <li>歯科補填等の給付対象からの除外</li> </ul>
--	---

（資料）厚生労働省ほか

**(b) 1997年の改革**

続く1997年の第3次医療保険改革では、疾病金庫の保険料率の引き上げと患者負担の引き上げをリンクさせる仕組みの導入等により、疾病金庫間の競争を促進する一方で、開業医の医療費の予算制と、薬剤費の支出上限制は98年から廃止された。

**(c) 1999年の改革**

政権交代後の1999年には、医療保険連帯強化法により、2000年の抜本改革までの暫定的な支出抑制措置として、保険医、歯科保険医、病院及び薬剤に関する支出に対し、法律による上限額の設定が行われた（図表11）。

図表 11：1999年改革の医療費支出の上限額

<p><b>保険医の99年の診療報酬総額</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>97年の診療報酬総額に98年の基礎賃金の伸び率を乗じた額</li> </ul> <p><b>病院の99年の総予算</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>98年予算に99年の公務員ベアの伸び率を乗じた額</li> </ul> <p><b>薬剤の99年の上限</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>96年の支出額に7.5%を足した額</li> <li>超えた場合は医師に対して予算の5%を上限に払い戻し請求</li> </ul>
--

（資料）財政制度等審議会・財政制度分科会資料より作成

**(d) 2000年の改革**

「医療改革 2000」では、これまで保険医、病院、医薬品に分かれて設定されていた予算の上限について、支出項目を1つにまとめ、総医療費として政府が全国規模で予算を決

定する方法により医療費の増大を抑制することが提案された。具体的に、2000年については、98年の総医療費支出をベースとして、これに99年から2000年までの基礎賃金の上昇率<sup>6</sup>を連動させたものが予算上限枠とされた。

しかし、この改革案は医療関係者等の猛反発を受けて頓挫し、家庭医の役割強化等のみが実施されることになった。なお、分野ごとの予算制については、2000年以降も引き続き継続された。

### **(e) 2003年の改革**

その後、医療保険料率の上昇に対する抜本的な改正が再び必要であるという判断から、新たな患者負担の導入、歯科治療給付の公的医療保険給付からの除外、医療保険改革の財源効果による保険料率の引き下げ（2007年に12.15%）等を内容とする法案が2003年9月に成立した。

#### **c. 改革の評価**

医療費の抑制策に関しては医療関係者等の反対が強いものの、保険料率の安定化のために医療費を抑制するという方向性については概ね国民の支持が得られている。

効果の高い医療費抑制策は、医師の診療報酬額の上限設定である。ただし、病院診療については、上限設定に多くの例外事項があったことから、伸び率のコントロールが十分にできていない状況である。

## **(2) フランス**

### **a. 医療保険制度の概要**

フランスの医療保険（疾病保険）は、社会保険方式であり、職域に応じて分立しており、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。民間の給与所得者を対象とする「一般制度」に最も加入者が多く、これに国民の80%が加入している。一般制度の財源は、主として労使拠出の保険料であり、使用者負担が給与総額の12.8%、被用者負担が給与総額の0.75%である。

保険給付は償還払いが基本だが、入院等の場合には直接、医療機関に支払われる。償還率は医療行為により異なるが、原則、外来の場合は70%、通常の医薬品の場合は65%である。ただし、差額（自己負担分）は共済組合や相互補助組合等により支払われることが多く、これらによって支払われない部分が最終的な自己負担になる。

### **b. 近年の改革の動向**

フランスでは、1970年代以降、医療保険制度の財政赤字を削減するために数次にわたる改革が行われてきた。しかし、その内容は、日本やドイツと同様に、被保険者の保険料率の引き上げや患者負担割合の引き上げによるものが中心であり、90年代以降になって供給側に重点をおいた医療費抑制政策へと政策の方向性が転換された。

このうち、1996年の制度改正で実施された医療保険支出国家目標（ONDAM）が注目

---

<sup>6</sup> 一般的にはGDPの伸びの方が基礎賃金の伸びより大きいとされ、保険料率抑制のため基礎賃金をベースとされた。



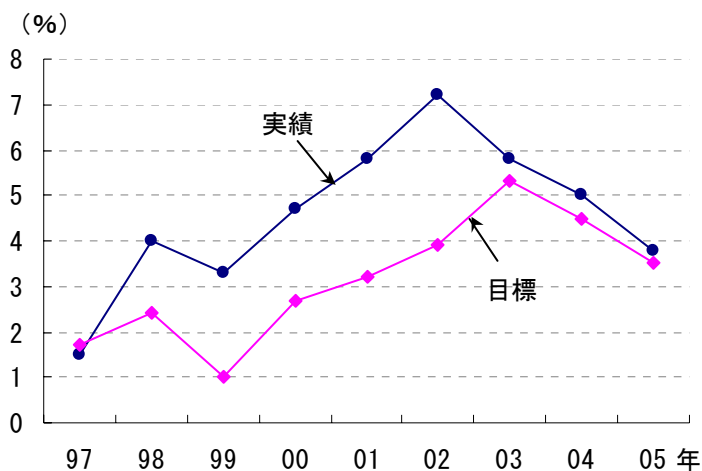
されているが、これは、社会保障の収入と支出の均衡を盛り込んだ社会保障予算法が国の予算と同様、国会の議決対象となり、その中で医療保険支出の全国目標額が設定された。この目標は、保険料収入等の見込みや国民の健康確保等の観点を踏まえて設定され、開業医、公立病院、私立病院、障害者等を対象とする社会医療の分野ごとにも設定される。

目標を超過して医療保険支出があった場合の措置については、例えば、開業医の場合は、医師の診療報酬については超過分全額を、また医薬品代については5%分を保険に払い戻させるというものであった。しかし、目標超過時の開業医に対する一律の医療費返還義務に違憲判決<sup>7</sup>が出たために、実際には実施に至らず、医療保険支出が目標を超過した場合のペナルティは限定的なものとなっている。

### c. 改革の評価

国民医療費全体が実際に目標（ONDAM）を達成したのは、改革実施の初年度である97年のみで、その後の医療保険支出は目標を超過し続けており、期待されたほどの効果は上げていないと言われていた。しかし、近年は、実績が目標に近づいており、一定の医療費抑制効果が現れたものと考えられる（図表12）。なお、医療費目標超過の場合の対応については、試行錯誤の段階でもあり、今後さらに有効な手法についてどのような取り組みが行われるか注目されている。

図表 12：医療支出国家目標と実績の推移



(注) 前年比伸び率。2005年の実績は見込み。

(資料) フランス経済財政産業省

<sup>7</sup> 野党議員からこの法案は違憲性の疑いがあるとして、憲法評議会に提訴された。憲法評議会の判断は、支出削減のために、医師が協力するのは当然と認めながらも、医師への報酬及び処方に関する上限超過の集団罰則制裁は、国家目標の医療費を守り、適正な医療・処方を行った医師をも含めて制裁するものであり、各医師の個人性を認めていないもので不公平であるとし、負担は各医師の削減努力を奨励するような方向で決めるべきというものであった。

### (3) 英国

#### a. 医療保険制度の概要

英国では、国民保健サービス（NHS）が実施されており、すべての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスが税財源により原則無料で提供されている。

英国は、これまで先進国の中で比較的少ない医療費で相対的に高い健康水準を維持してきたものの、長年にわたる病床数の削減等を背景に、近年では入院や手術等の待機期間の長期化や診療内容のばらつきが問題となってきた。なお、民間保険や自費によるプライベート医療も行われており、これらが国民医療費の1割強を占めている。

#### b. 近年の改革の動向

英国では、定められた予算を通して全体としての医療費をコントロールすることにより医療費を抑制する対策がとられていた。しかし、入院待機患者の増加や年度末の病院閉鎖といった弊害が生じたこと、英国の国民医療費が欧州諸国でも低位であることから、2000年には、国民医療費の規模をEU諸国の平均レベルまで引き上げるため、医療予算を拡大する方向に政策が転換された。

また、2002年には、今後5年間、医療予算を毎年実質7.4%ずつ増加させ、2001年時点でGDP比7.5%の医療費を2007年度には同9.4%に引き上げる計画が発表されたほか、設備施設や人員の拡充による医療提供体制の拡大等を柱とするNHS改革目標が設定されるなど、現在随時改革が進行している（図表13）。

図表 13 : NHS サービス改革目標

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 最大待機期間を2005年末までに外来3カ月、入院6カ月とし、2008年には入院も3カ月とする</li><li>・ 救急患者の最大待機期間を2004年までに4時間とする</li><li>・ 2004年までに一般家庭医へのアクセス待機時間を最大48時間以内とする</li><li>・ 専門外来や入院を2005年までにすべて予約制とする</li><li>・ 2010年までに主要疾患の死亡率を相当程度削減する</li></ul> |
|---|

（資料）厚生労働省資料

#### c. 改革の評価

英国の場合は、行き過ぎた医療費抑制策が、ベッドや医師の不足による手術の遅れなどの医療サービス水準を低下させ、国民の健康に弊害をもたらした。現在はNHS改革が進められている段階であるが、進捗状況を見ると、改革の目標とされている数値を下回っている。

## 5. 日本で導入すべき医療費抑制策の検討

### (1) 医療費の伸び率の抑制に必要な視点

日本の医療保険制度は、全ての国民が公的な医療保険制度に加入しており、誰でも、い

つでも、どこの医療機関においても、少ない自己負担で必要な医療が受けられる体制となっており、国際的にも高い評価を受けている。しかし、今後、急速な人口の少子高齢化が進み、老人医療費を中心とした医療費の増大が避けられない一方で、制度の支え手となる現役世代の人口が減少していくことを踏まえると、持続可能な医療保険制度を確立するためには、様々な工夫が必要になる。

これまでは、保険料の引き上げや患者負担の拡大といった負担の引き上げを中心とした改革が繰り返し行われる一方で、給付を抑制するための本格的な改革は行われていない。高齢化や医療の高度化を考慮すれば、医療費が増加を続けることは避けられないものの、将来、国民の3人に1人が65歳以上となる社会を迎える前に、特に将来世代の負担が過重なものとならないような医療費の抑制のための工夫が必要である。ただし、医療の場合は、医療費の総額は抑制しつつも医療の質は維持しなければならないという点が難しい。

抑制しなければならない医療費については、まず、医療保険による給付分のみでいいという考え方がある。しかし、医療保険による給付部分のみを抑制するとすると、負担能力のある人には多額の自己負担金の支払いを求めることになる一方で、低所得者層は公的に保護するということになる。ここで、今後の高齢化社会を考えると、この方法では、結局、公的に保護すべき者が増加し、医療保険やその他の公的負担が拡大することになる可能性がある。

他方で、医療費の伸びの最大の要因である老人医療費を抑制すべしとの考え方は有力である。このためには、ライフサイクルを通じて、生活習慣病対策の促進や、医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮等を一体的に行うことが不可欠となる。

## (2) 総額管理制度導入の検討

以上のような考え方の下、医療費の伸びを、経済・財政とも均衡のとれた適正なものとしていくとともに、増加する負担をどう国民全体で公平に分かち合っていくことが重要な視点となる。そこで、先に見たように、経済成長とリンクさせた医療費の総額管理制度を導入させる考え方が浮上してきたわけである。導入に当たっては、総額の目標値をどう設定するのかと、総額がその目標を超えた場合には、誰の負担でどう調整するのがポイントになる。

前述の通り、前回の医療制度改革では、医療費の総額管理制度の導入は見送られたものの、医療費増加の主因である老人医療費についてその伸びを適正化するための指針が定められている。以下では、「指針」の内容とその効果を確認するとともに、今後、医療費の総額管理制度を導入する場合の目標設定と目標超過時の調整方法について考察する。

### a. 老人医療費の伸びを適正化するための指針

2002年に改正された老人保健法の規定<sup>8</sup>に基づき、2003年9月に「老人医療費の伸び

---

<sup>8</sup> 「厚生労働大臣は、老人医療費（医療等に要する費用の額の総額をいう。）の伸びを適正化するための事項を内容とする指針を定め、当該指針に即した都道府県及び市町村の取組に対する必要な助言その他の援助に努めるものとする。」（老人保健法第46の22）

を適正化するための指針」が定められた。同指針では、老人医療費の水準に地域特性があることから、老人医療費の伸びの適正化に当たっては、地域における老人医療費の現状の把握及び分析を行った上で、地域の実情を踏まえた施策の推進を図ることが重要であるとされている。また、老人医療費の分析・施策の推進のため、都道府県に対して推進体制の整備を図るとともに、計画の策定を行うことを求めている（図表 14）。

しかし、この指針に強制力はなく、その効果は未知数である。なお、その後の老人医療費の動向を見ると、前年比伸び率は、2001 年度 5.5%、2002 年度 0.3%、2003 年度 4.7%、2004 年度 3.8%（厚生労働省「医療費の動向」による<sup>9)</sup>）となっており、現在のところ、明確な効果は確認できない。

したがって、より効果的な医療費抑制対策を実施するには、目標と目標超過時の調整方法を伴った医療費総額管理制度を実施する必要がある。

**図表 14：老人医療費の伸びを適正化するための指針**

<b>第一 基本的な考え方</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療保険制度を持続可能なものとするため、現役世代の負担が過重なものとならないよう、老人医療費の伸びの適正化を図っていくことが重要</li> <li>・ そこで、地域における老人医療費の現状の把握や分析を行った上で、地域の実情に踏まえた施策の推進を図ることが重要</li> <li>・ 都道府県や市町村が関係者との連携の下に老人医療費の伸びの適正化に向けた取り組みを支援し、地域における良質かつ効率的な医療を確保することを目的として策定するもの</li> </ul>
<b>第二 老人医療費の現状及び地域における老人医療の現状の把握及び分析</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 老人医療費の分析</li> <li>・ 老人医療費と関連する事項（医療提供体制、保険事業等）の分析</li> </ul>
<b>第三 地域の実情を踏まえた施策の推進</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康づくり、疾病予防等の推進</li> <li>・ 高齢者の心身の特性を踏まえた適切かつ効率的な医療提供</li> <li>・ 適正な受診の促進等</li> </ul>
<b>第四 老人医療費の伸びの適正化の推進体制等</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 推進体制の整備</li> <li>・ 都道府県における計画の策定</li> <li>・ 市町村の取り組み</li> </ul>
<b>第五 国の支援等</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国は、都道府県や市町村に対し、情報提供、助言及び援助等を行う</li> <li>・ 状況により必要な見直しを行う</li> </ul>

（資料）「老人医療費の伸びを適正化するための指針」（平成 15 年厚生労働省告示第 305 号）

<sup>9)</sup> 社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会における審査分の医療費（算定ベース）。

## b. 目標値の設定をどうすべきか

では、医療費総額管理制度の導入を検討するに当たり、目標値をどう設定すべきか。

まず、医療費増加の内訳を確認する。経済財政諮問会議の資料によると、医療費の伸びは、診療報酬改定、人口増、高齢化、制度改正等を除いたその他の要因（医療の高度化等）による増加部分が大きく、これが経済動向に関わらず、年3%程度医療費を増加させている。このため、制度改正や診療報酬の引き下げ等により医療費の伸び率を抑制しても、経済成長率の低かった1997～2003年度には、医療費の伸び率が名目GDP成長率を上回っていた（図表15）。なお、このことが、医療費の伸び率の目標に経済指標を用いることに対する反対の根拠となっている。

確かに、経済成長率の高低のみにより医療費の総額を管理すると、好況時には医療費の過剰な増加が可能になるとともに、不況時に弊害を生むことが予想される。しかし、中長期的には、マクロ経済の動向と比較して医療費の伸びが大幅に乖離した状況は放置できないし、目標もなく医療費の適正化対策を実施したところで、その効果は期待できない。したがって、医療費と経済動向を単年度ごとに見直すのではなく、例えば5～10年位の中期で考えるとともに、経済指標のみではなく、人口の高齢化や先進医療の開発等の医療の高度化も加味した上で、目標値を柔軟に設定することが求められよう。なお、その際、先に触れたように、英国のような過度な予算制約により、国民の健康に弊害が出ないように充分配慮する必要があることは言うまでもない。

図表 15：医療費の伸びについて

		85～89年度	97～03年度
名目GDP伸び率		6.2%	▲0.4%
国民医療費の伸び率		5.5%	1.6%
増加内訳	診療報酬改定・薬価基準改定の影響	0.6%	▲0.5%
	人口増	0.5%	0.2%
	人口の高齢化	1.2%	1.7%
	その他	3.0%	0.2%
	制度改正	▲0.3%	▲1.2%
	介護保険移行	—	▲1.0%
	その他（医療の高度化等）	3.4%	2.5%

（資料）経済財政諮問会議資料「社会保障制度の一体的見直しについて」2005年4月27日

## c. 目標を超過した時の調整

次に、医療費の総額管理制度を導入した場合は、目標を超過した時に超過した医療費をどうするかを考える。実はこれが最大の難題である。前回の医療制度改革時には、老人医療費が目標値を上回った場合には、次々年度の診療報酬を調整するという仕組みが検討されていた。しかし、ドイツやフランスにおいて、医療費が目標を超過した場合に一律に機

械的に予算を制約する制度は導入が見送られていることから考えると、わが国でも、超過分を診療報酬の引き下げのみで対応する、すなわち、医師や医療機関のみに負担させることは現実的に難しいと考えられる。

また、目標を超える医療保険給付は行わずに、超過分は患者の自己負担とすれば、目標を大幅に超過した場合の患者負担が過大になり、国民の適切な受診や円滑な医療提供に支障を及ぼすことも懸念される。

医療費が目標値を上回った場合には、それまでの医療費抑制策の効果を検証し、強化すべき点は強化し、また、新たな取り組みが必要な場合は積極的に取り入れる等により、医療費の効率化を図るとともに、患者負担の見直しや診療報酬の調整等の多様な手段により対応するしかないであろう。

なお、診療報酬の引き下げは、先述の通り、効率的な医療を実施した医療機関と非効率的な医療を実施した医療機関に対して一律にペナルティを与えるものであるとする指摘がある。これについては第三者による医療機関の評価を徹底することや、医療業界による強力な指導、徹底等により解消を図る努力を進めるべきである。効率的な医療を実施する医療機関に不利になるからとの理由で診療報酬の引き下げが不可能と断定する考え方は、保険料負担や患者の自己負担等が増加するなかで特定の聖域を設けることになり、国民の納得を得るのは難しいのではないか。

## 6. おわりに

医療費の総額管理制度については、その導入に賛否両論ある。しかし、今後、確実に大幅に増加する医療費を国民が無理なく負担でき、安定した医療保険制度を確立させるためには、やはり、何らかの形で経済動向、すなわち国民の負担能力、を考慮した医療費の抑制を図ることは欠かせないだろう。

また、公的な医療保険給付費を抑制するための対策としては、その給付範囲の見直しが挙げられる。給付範囲については、介護保険同様に低所得者には配慮しながら入院中の食費や居住費の負担を自己負担とすることや、現役世代並みの所得のある高齢者については現役世代と同様の給付率とするなど、負担能力に応じた自己負担を求めていくことも、若年世代との不公平感を緩和させる効果もあり問題ないと考えられる。

その他、無駄な医療サービスの排除、医療施設の機能分化や医療資源の効率的配分を進めることや、医療のIT化（カルテやレセプトの電子化の推進等）により効率化を進めること、さらには、生活習慣病の予防対策の強化等により、医療費の抑制を図ることも同時に進めていく必要があるだろう。

公的年金では、改正の都度、給付抑制、保険料引き上げといった小手先の改革が繰り返され、抜本的な改革が先送りされたため、国民の不信を招いた。医療保険制度についても、何らかの給付抑制の仕組みで制度の持続可能性を担保しなければ、国民は信頼を失いかねない。次期医療制度改革では、将来の保険料負担や患者の自己負担の姿を示すとともに、

将来世代にとって負担可能となるような医療費総額を抑制する基本姿勢を示すことが求められている。

**【参考文献】**

- ・ 厚生労働省編「世界の厚生労働 海外情勢白書」各年版
- ・ 厚生労働省「厚生労働白書」各年版
- ・ 厚生省保険局企画課「欧米諸国の医療保障」法研、97年
- ・ 健康保険組合連合会編「社会保障年鑑」2005年版
- ・ 内閣府「経済財政白書」平成17年版
- ・ OECD 編著／阿萬哲也訳「世界の医療制度改革」明石書店、2005年
- ・ 医療経済研究機構「医療白書 2004年度版」日本医療企画、2004年