

日医総研ワーキングペーパー

医療関連データの国際比較

— 社会保障の給付と負担、医療費、医療提供体制 —

No. 407

2018年4月2日

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

医療関連データの国際比較

－社会保障の給付と負担、医療費、医療提供体制－

日本医師会総合政策研究機構（日医総研） 前田由美子

公益社団法人日本医師会 総合医療政策課

キーワード

- ◆ OECD
- ◆ 対 GDP 保健医療支出
- ◆ 高齢化率
- ◆ 医師数
- ◆ 病床数
- ◆ 長期居住型施設（介護施設）
- ◆ 社会保障の負担と給付
- ◆ 税・社会保障負担
- ◆ 社会支出

ポイント

- ◆ 2014 年の日本の対 GDP 保健医療支出は 10.2%で OECD 加盟国中 8 位であったが、2015 年には 11.4%で 3 位になった。2016 年には 10.9%で 6 位であった。これは 2015 年に保健医療支出、2016 年に GDP に OECD の新基準を適用して推計した影響もある。OECD 推計基準変更への対応は日本以外の国でも当然行われるが、対応年が異なるので、これだけで順位が変動する。そもそも各国の保健医療制度は大きく異なる。国際比較は、諸外国が提出しているデータの定義の違いを踏まえ、きわめて慎重に行う必要がある。
- ◆ 急性期病床について、諸外国はリハビリケア病床を含まないが、日本は回復期リハビリテーション病棟を含む。急性期病床とリハビリケア病床の合計は、日本よりもドイツのほうが多い。長期居住型施設（日本の介護施設に相当）についてもカバー範囲は各国で異なるが、日本は高い水準にはない。
- ◆ 日本の 1 人当たり保健医療支出は 1 人当たり GDP にほぼ見合った水準であるが、高齢化率の高さから見るとやや低い。1 人当たり医薬品費等は 1 人当たり GDP に比べて高い。

- ◆ 日本は高齢化の割に医療費や「高齢」（年金、介護）関係の社会支出が高くない。しかし、税・社会保障負担（特に税）が低いことから、高齢関係支出はもとより社会支出全体の水準が低く抑制されており、「家族」（日本の子ども・子育て支援）関係の支出はかなり少ない。

目次

はじめに	1
1. 保健医療支出	2
1.1. 推計範囲	2
1.2. 対 GDP 保健医療支出	4
1.3. 対 GDP 技術料関係支出	7
1.4. 1人当たり保健医療支出	9
1.5. 高齢化率と保健医療支出との関係	13
1.6. 医薬品およびその他非耐久性医療財	14
2. 医療従事者数	16
2.1. 人口1,000人当たり医師数	16
2.2. 人口1,000人当たり看護職員数	18
2.3. 人口1,000人当たり薬剤師数	20
3. 医療・介護施設	22
3.1. 医療施設（病床数）	22
3.2. 長期居住型施設（定員数）	24
3.3. 病床種類別	26
3.3.1. 急性期病床とリハビリケア病床	26
3.3.2. 精神ケア病床	28
3.3.3. 長期居住型施設（一部再掲）	30
4. 健康	32
4.1. 喫煙率	32
4.2. 平均寿命	34
4.3. 自殺死亡率	37
5. 社会保障の負担と給付	38
5.1. 税・社会保障負担	38
5.2. 社会支出	43
まとめ	52
参考資料	53

はじめに

2014年の日本の対GDP保健医療支出は10.2%でOECD加盟国中8位であったが、2015年には11.4%で3位になった。それまで日本は介護サービス費用の一部しか計上していなかったが、新しい推計基準にもとづきその範囲を拡大したためである。OECD加盟国の多くはすでに新基準を適用していたため、日本の順位が浮上した¹。

2016年の日本の対GDP保健医療支出は10.9%で6位であった。今度は分母のGDPに新基準を適用し分母が拡大したためである。OECD加盟国の多くはそれ以前に新基準を適用していたため、日本の順位が低下した。

OECD推計基準変更への対応は日本以外の国でも当然行われるが、対応年が異なるので、これだけで順位が変動する。そもそも各国の保健医療制度は大きく異なる。本稿では国際比較を示しているが、本稿の目的は比較そのものではない。諸外国が提出しているデータの定義の違いを踏まえ、国際比較をきわめて慎重に行う必要があることを確認しつつデータを示したい。

¹ 詳しくは、前田由美子「医療関連データの国際比較—OECD Health Statistics2016—」日医総研ワーキングペーパーNo.370, 2016年9月

1. 保健医療支出

1.1. 推計範囲

OECD の保健医療支出は、日本でいうところの国民医療費、介護サービス費のほか、一般薬、予防接種、健康診断、保険者の管理コスト等も対象である（表 1.1.1）。日本では全額自費医療や²、政府の一般保健医療管理業務費は計上されていないが³、そういった事情は他の国も同様である。

表 1.1.1 OECD データの範囲

SHA 2011	Description
HC.1	Curative care／治療
HC.1.1	Inpatient curative care／入院治療
HC.1.1.1	General inpatient curative care
HC.1.1.2	Specialised inpatient curative care
HC.1.2	Day curative care／日帰り治療
HC.1.2.1	General day curative care
HC.1.2.2	Specialised day curative care
HC.1.3	Outpatient curative care／外来治療
HC.1.3.1	General outpatient curative care
HC.1.3.2	Dental outpatient curative care
HC.1.3.3	Specialised outpatient curative care
HC.1.4	Home-based curative care／在宅治療
HC.2	Rehabilitative care／リハビリテーション
HC.2.1	Inpatient rehabilitative care
HC.2.2	Day rehabilitative care
HC.2.3	Outpatient rehabilitative care
HC.2.4	Home-based rehabilitative care

² 全額自費の中でも正常な分娩費用は保険者の出産育児一時金、出生数、正常分娩比率から推計されている。

³ 保険者の管理コストはカウントされている。

SHA 2011	Description
HC.3	Long-term care (health)／長期ケア
HC.3.1	Inpatient long-term care (health)
HC.3.2	Day long-term care (health)
HC.3.3	Outpatient long-term care (health)
HC.3.4	Home-based long-term care (health)
HC.4	Ancillary services (non-specified by function)
HC.4.1	Laboratory services／臨床検査
HC.4.2	Imaging services／画像検査
HC.4.3	Patient transportation／移送
HC.5	
HC.5.1	Pharmaceuticals and other medical non-durable goods／医薬品およびその他非耐久性医療財
HC 5.1.1	Prescribed medicines／処方薬
HC 5.1.2	Over-the-counter medicines／一般薬
HC 5.1.3	Other medical non-durable goods
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical goods／医療器具およびその他医療財
HC.5.2.1	Glasses and other vision products
HC.5.2.2	Hearing aids
HC.5.2.3	Other orthopaedic appliances and prosthetics (excluding glasses and
HC.5.2.9	All other medical durables, including medical technical devices
HC.6	Preventive care／予防的ケア
HC.6.1	Information, education and counseling programmes
HC.6.2	Immunisation programmes／予防接種プログラム
HC.6.3	Early disease detection programmes
HC.6.4	Healthy condition monitoring programmes／健康診断プログラム
HC.6.5	Epidemiological surveillance and risk and disease control programmes／
HC.6.6	Preparing for disaster and emergency response programmes／災害対策、救急対応
HC.7	Governance, and health system and financing administration／行政、保健システム、財政運営
HC.7.1	Governance and Health system administration
HC.7.2	Administration of health financing
HC.9	Other health care services not elsewhere classified (n.e.c.)

**"A System of Health Accounts 2011" (p83-84) に一部邦訳を加筆した
<http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf>

1.2. 対 GDP 保健医療支出

日本の対 GDP 保健医療支出は、2016 年 10.9%であり、OECD 加盟 35 か国中 6 位である（図 1.2.1）。G7 の中では米国、ドイツ、フランスよりも低い（図 1.2.2）。

日本の対 GDP 保健医療支出は 2010 年から 2011 年にかけて上昇しているが、“OECD Health Statistics 2016”において、新しい推計基準（SHA2011）を適用し介護保険サービス等を加えて推計し直し、2011 年以降の修正を行ったためである⁴。また“OECD Health Statistics 2017”では、GDP に新しい推計基準（2008SNA）を適用し、2011 年以降の修正を行った。OECD 加盟国の多くは日本よりも前に新基準を適用したため、他国に比べて日本の順位が上下した。

なお英国が 2013 年度に上昇しているのも、SHA2011 で 2013 年度を修正したためである。過去何年遡及修正するかは国によってさまざまである。

⁴ 日本は、介護保険サービスのうち、SHA1.0（旧基準）では訪問看護、訪問・通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護療養型医療施設（介護療養病床）等を計上していた。これらは、介護保険導入以前には医療保険から給付されていたサービスである。SHA2011（新基準）で、訪問・通所介護、介護老人福祉施設（特養）等に範囲が広がった。また、日本は 2011 年までしか遡及修正していないが、ドイツは 1992 年以降、カナダおよびフランスは 2006 年以降を SHA2011 で遡及修正している。対応は各国によってさまざまである。

図 1.2.1 対 GDP 保健医療支出

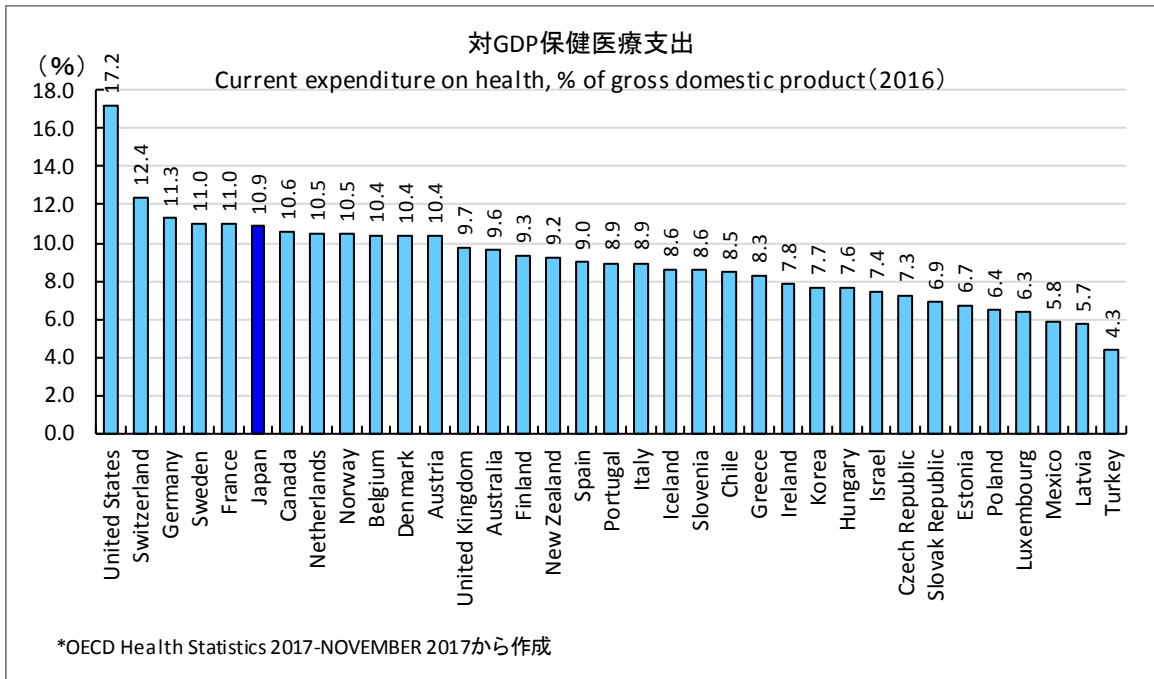
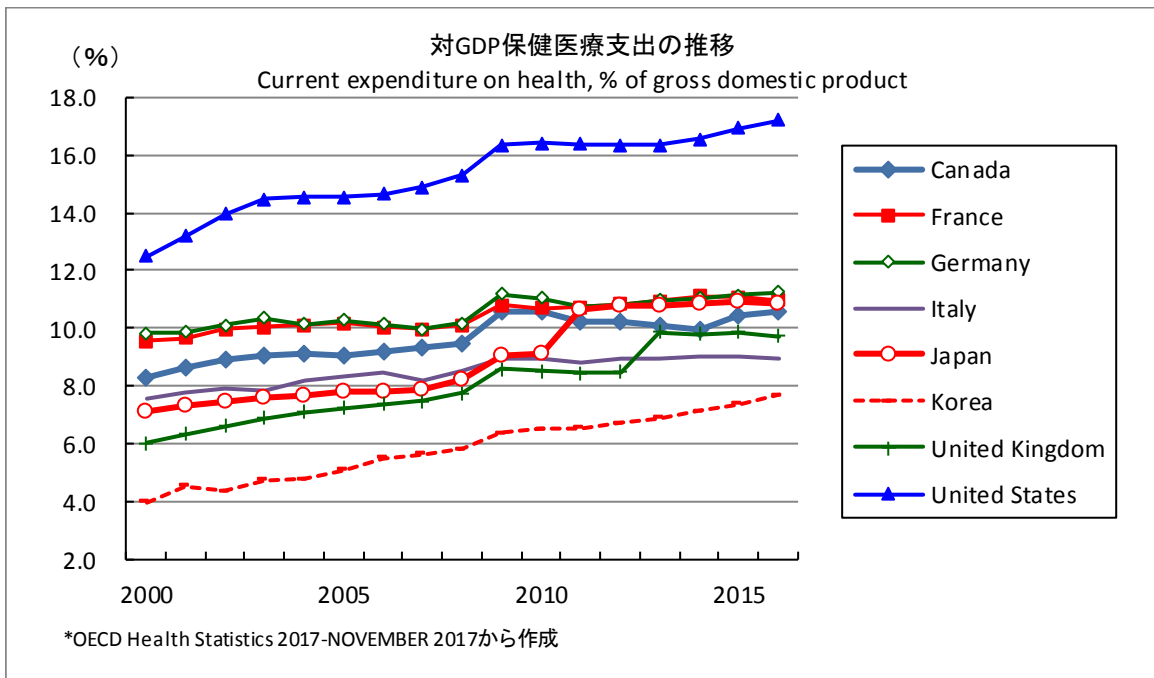


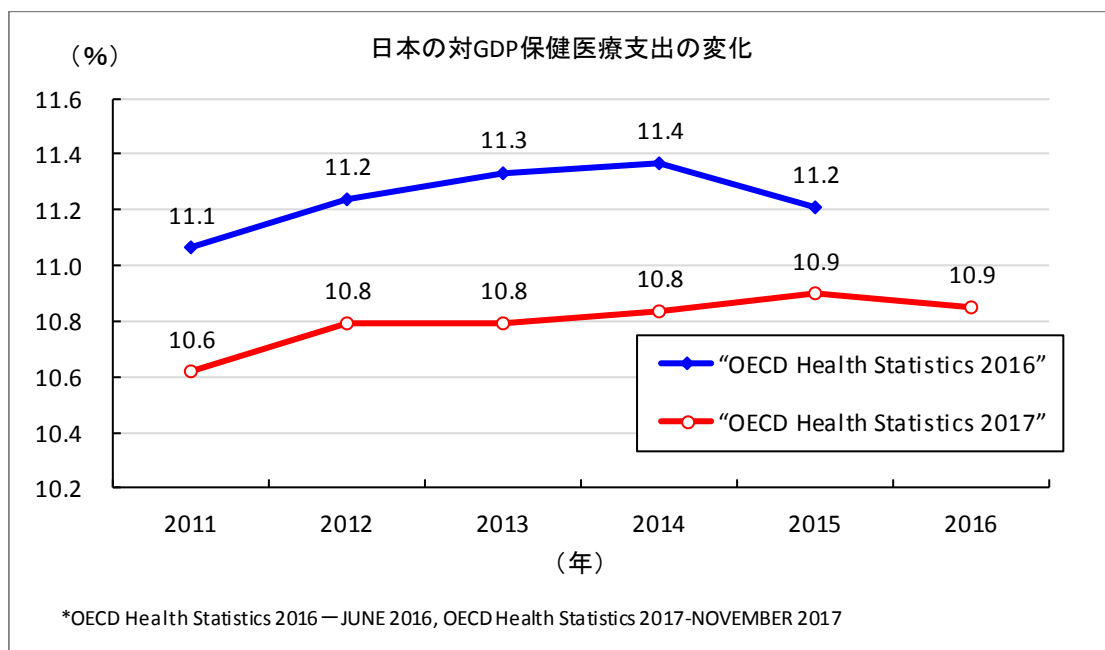
図 1.2.2 対 GDP 保健医療支出の推移



今般、日本が GDP に新基準（2008SNA）を適用し遡及修正した結果、日本の対 GDP 総医療費支出は“OECD Health Statistics 2016”では 2011 年 11.1%であったが、“OECD Health Statistics 2017”では 2011 年 10.9%に低下した。

分母の GDP に研究開発費を計上するなどして、GDP が 2016 年に 4.2%（うち研究開発費分が 3.5%）上昇したためである。新基準（2008SNA）への対応は米国 2013 年、EU2014 年で、日本は 2016 年（2011 年まで修正）でもっとも遅かった⁵。

図 1.2.3 日本の対 GDP 保健医療支出の変化



⁵ 内閣府経済社会総合研究所国民経済計算部「2008SNA に対応した我が国国民経済計算について（平成 23 年基準版）」2016 年 11 月 30 日

http://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/seibi/2008sna/pdf/20161130_2008sna.pdf

1.3. 対 GDP 技術料関係支出

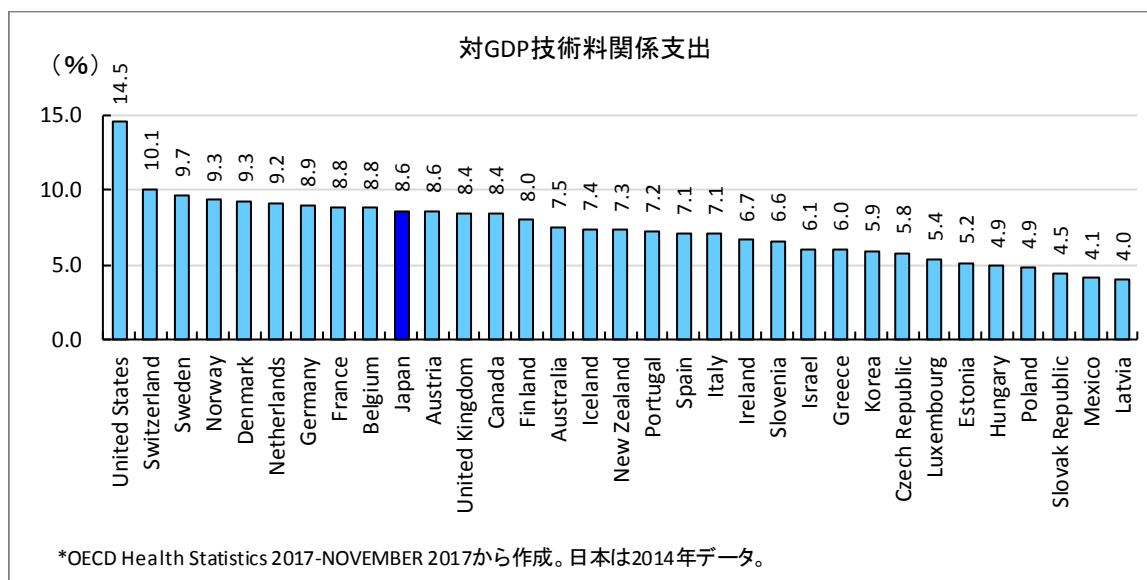
医療財（Medical goods, 医薬品（一般薬を含む）、医療器具等）以外の支出を「技術料関係支出」とした。日本の対 GDP 保健医療支出は 6 位であるが（前述）、対 GDP 技術料関係支出では 10 位にまで下がる（図 1.3.1）。

技術料関係支出には予防、公衆衛生サービスも含んでいるが、西沢（2015）は日本ではこれらの費用がほとんど算入されておらず、過小推計になっていると指摘している。ただし、こうした問題は他の国にもあると推察される。

日本の対 GDP 技術料関係支出は、近年、ドイツ、フランス、カナダと同じような水準および傾向である（図 1.3.2, 図 1.3.3）。

対 GDP 技術料関係支出が日本と同水準のドイツは医療費抑制のため、2004 年に受診抑制を狙って四半期毎の初回診療時外来診療料を課したが⁶、2013 年に廃止された⁷。

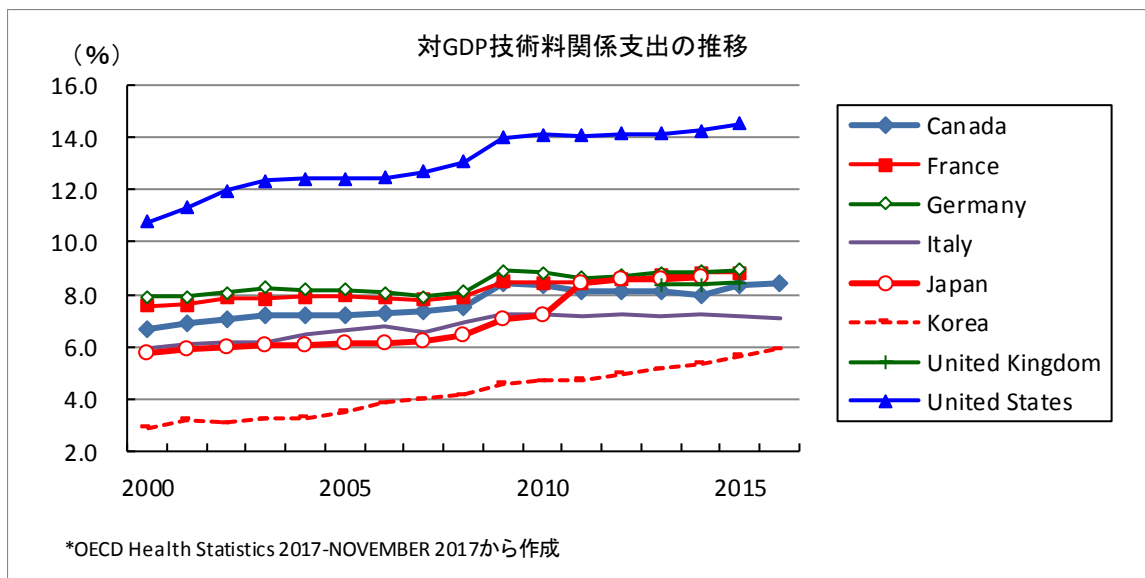
図 1.3.1 対 GDP 技術料関係支出



⁶ 戸田典子「ドイツの医療費抑制施策－保険医を中心に－」国立国会図書館，レファレンス 2008.11 http://www.ndl.go.jp/jp/diet/publication/refer/200811_694/069402.pdf

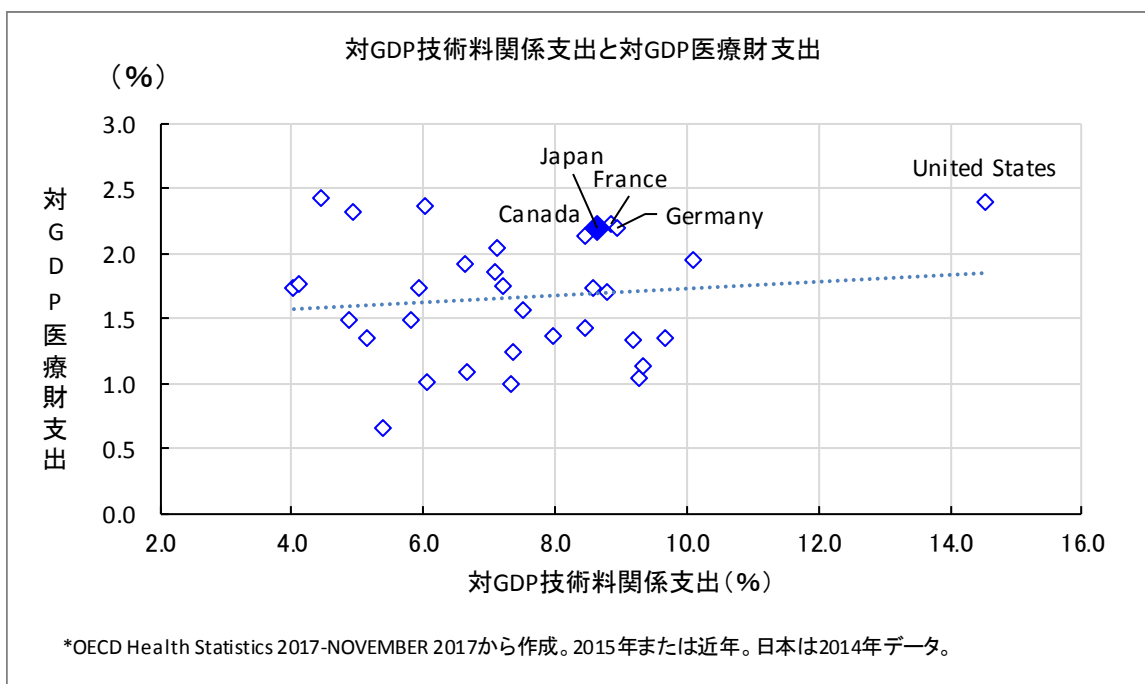
⁷ Dr. Joachim Müller 資料，「強力な医師会による当事者自治のドイツ医療」194 頁，2014 年 9 月，日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団 報告書Ⅱ

図 1.3.2 対 GDP 技術料関係支出の推移



日本の 2010 年から 2011 年にかけての上昇は推計手法の変更によるもの。
他の国も同様の年がある。

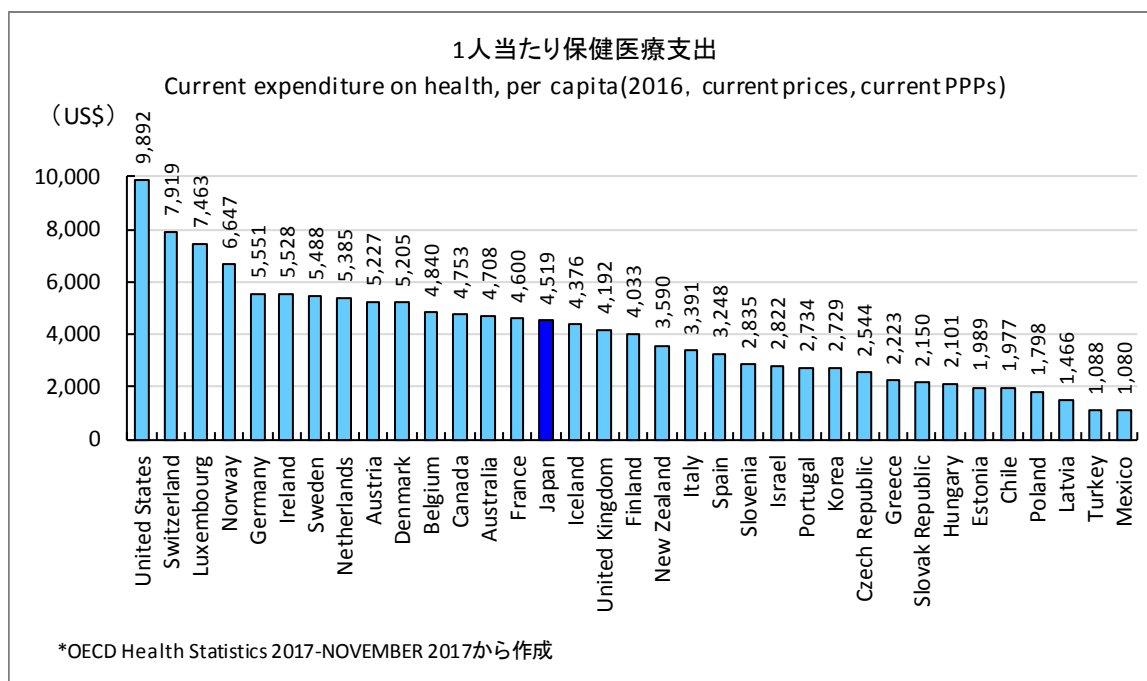
図 1.3.3 対 GDP 技術料関係支出と対 GDP 医療財支出



1.4. 1人当たり保健医療支出

1人当たり保健医療支出は米ドル購買力平価（PPP, purchasing power parity）で計算されている。為替レートの影響を受けることに留意しておく必要がある。日本の1人当たり保健医療支出は4,519ドルでOECD加盟35か国中15位であり、中央値よりやや高い程度である（図1.4.1）。

図 1.4.1 1人当たり保健医療支出



日本の1人当たり保健医療支出はG7の中では米国、ドイツ、カナダ、フランスよりも低い(図 1.4.2)。さらに日本ではここ数年1人当たり保健医療支出の伸びが鈍い(図 1.4.3)。

図 1.4.2 1人当たり保健医療支出の推移

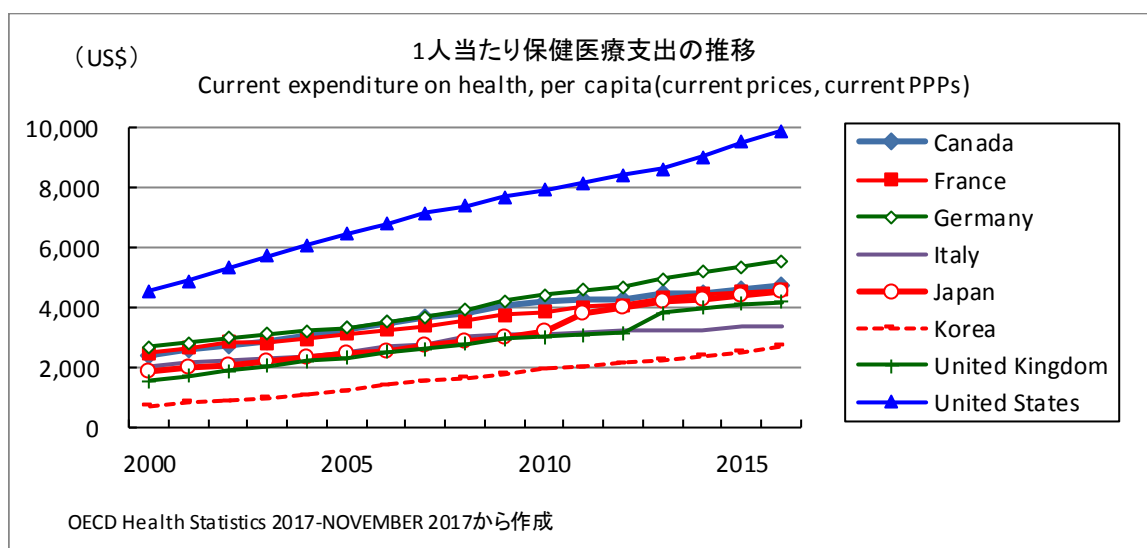
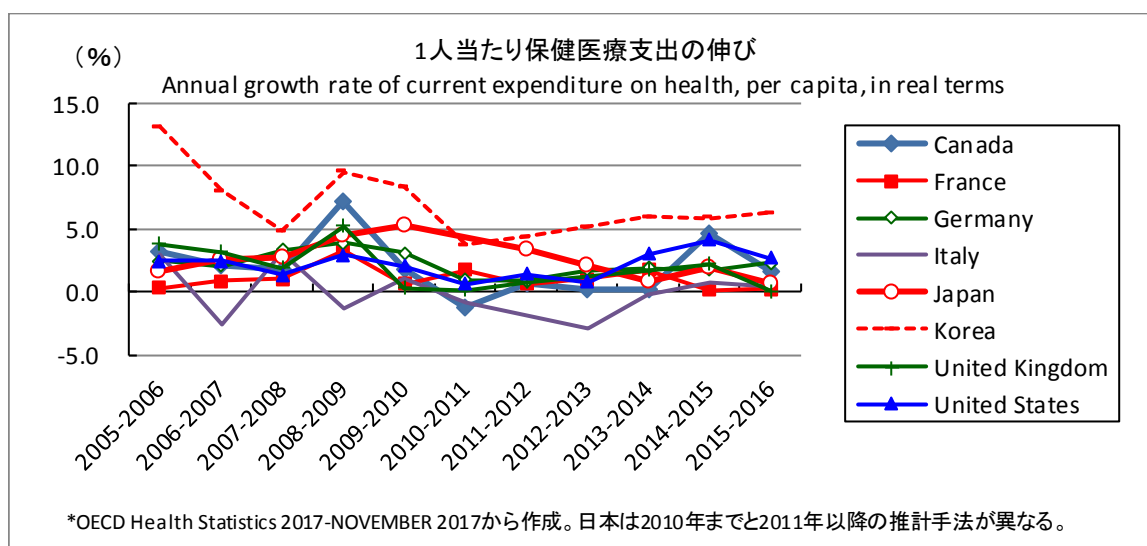


図 1.4.3 1人当たり保健医療支出の伸び



GDP との関係を見るに当たり、まず主要国の GDP を示す (図 1.4.4)。BRICs (ブラジル、ロシア、インド、中国) は OECD 加盟国ではなく、OECD 加盟国は必ずしも経済大国というわけではない。また日本は GDP に比べて 1 人当たり GDP の順位が低い (図 1.4.5)。

図 1.4.4 GDP 上位 (2016 年)

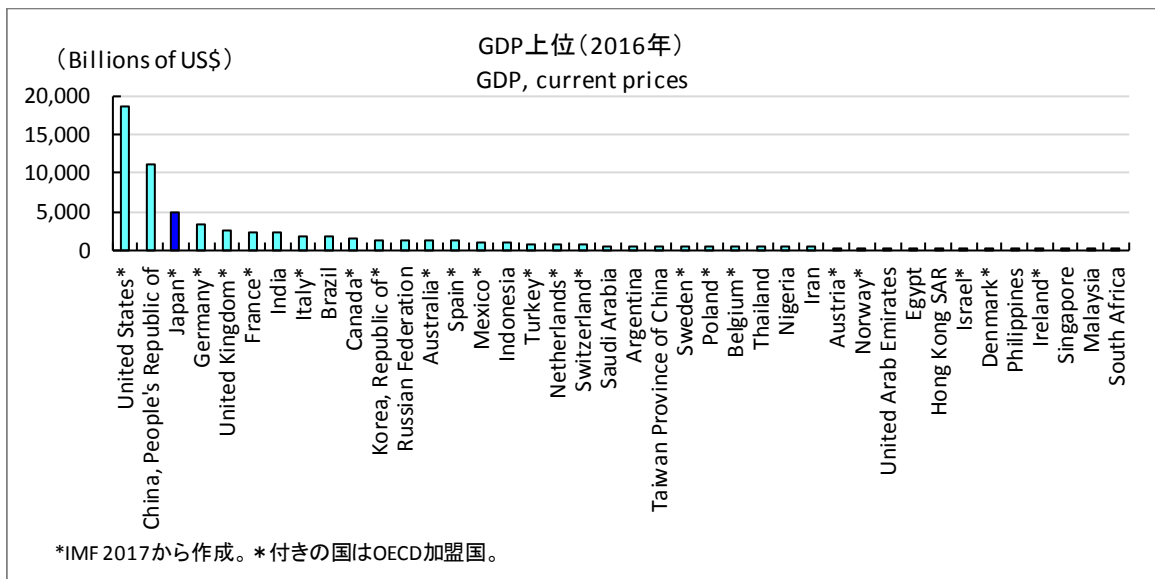
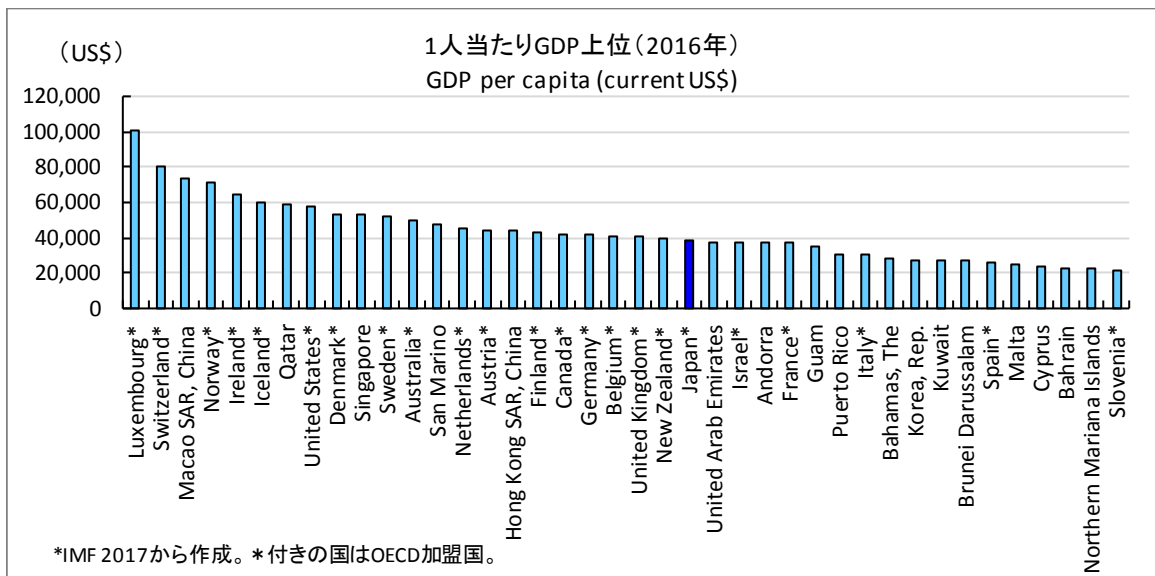
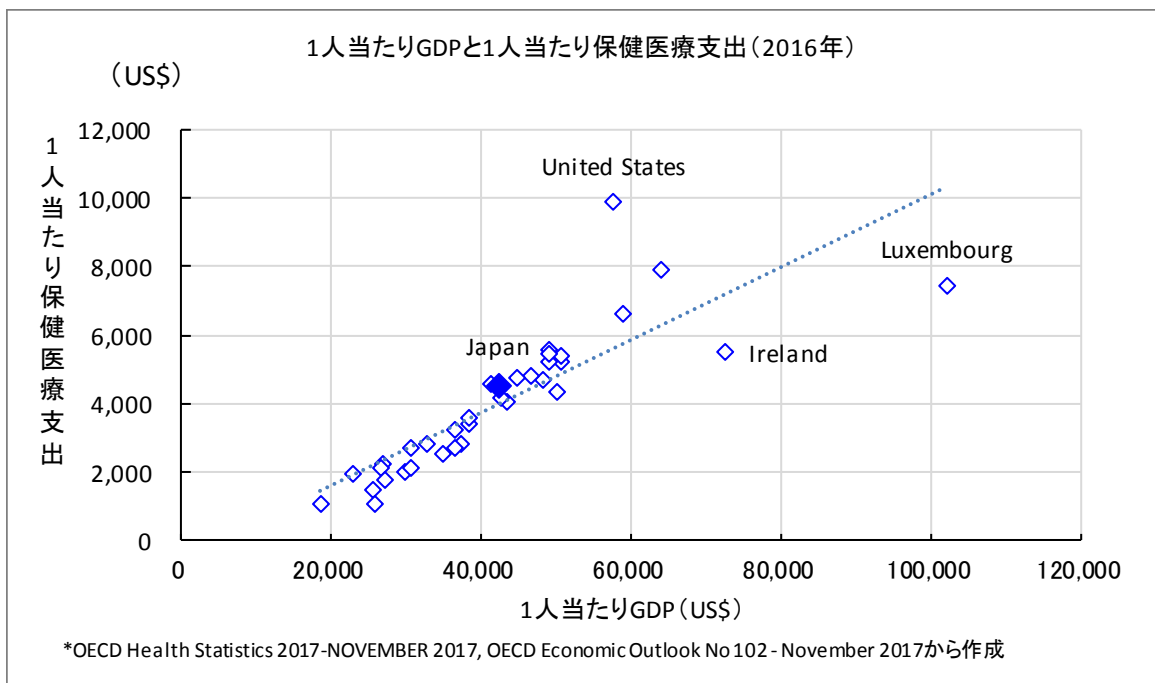


図 1.4.5 1人当たりGDP 上位 (2016年)



1人当たりGDPと1人当たり保健医療支出は相関が高く(相関係数0.841)、日本の1人当たり保健医療支出も1人当たりGDPにほぼ見合った水準である(図1.4.6)。

図 1.4.6 1人当たりGDPと1人当たり保健医療支出



1.5. 高齢化率と保健医療支出との関係

高齢化率との関係では、日本は高齢化率（65歳以上人口比率）がもっとも高いが、その割に対 GDP 保健医療支出、1人当たり保健医療支出はやや低い（図 1.5.1, 図 1.5.2）。

図 1.5.1 高齢化率と対 GDP 保健医療支出（2015年）

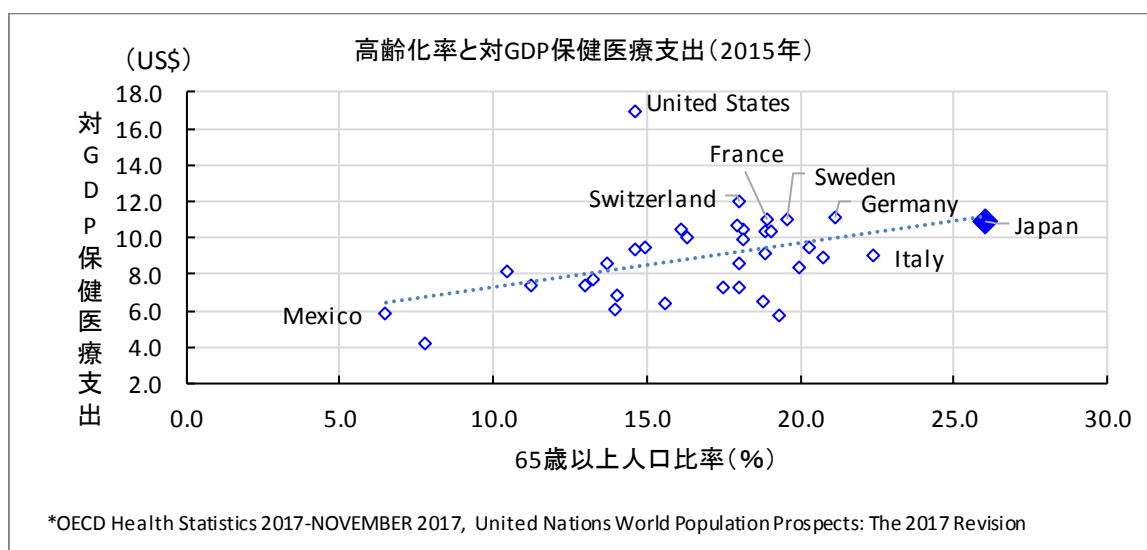
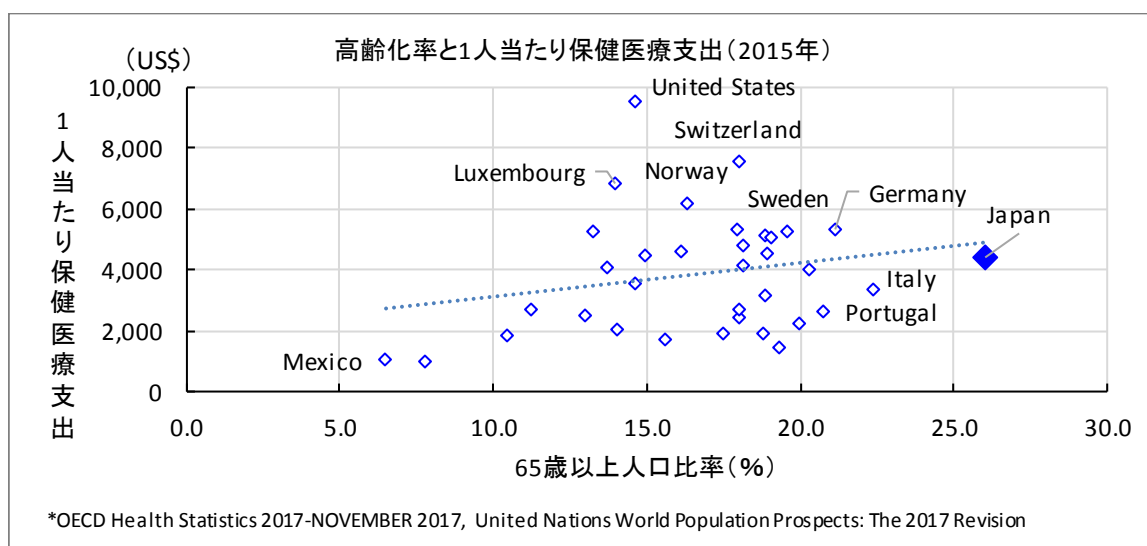


図 1.5.2 高齢化率と1人当たり保健医療支出

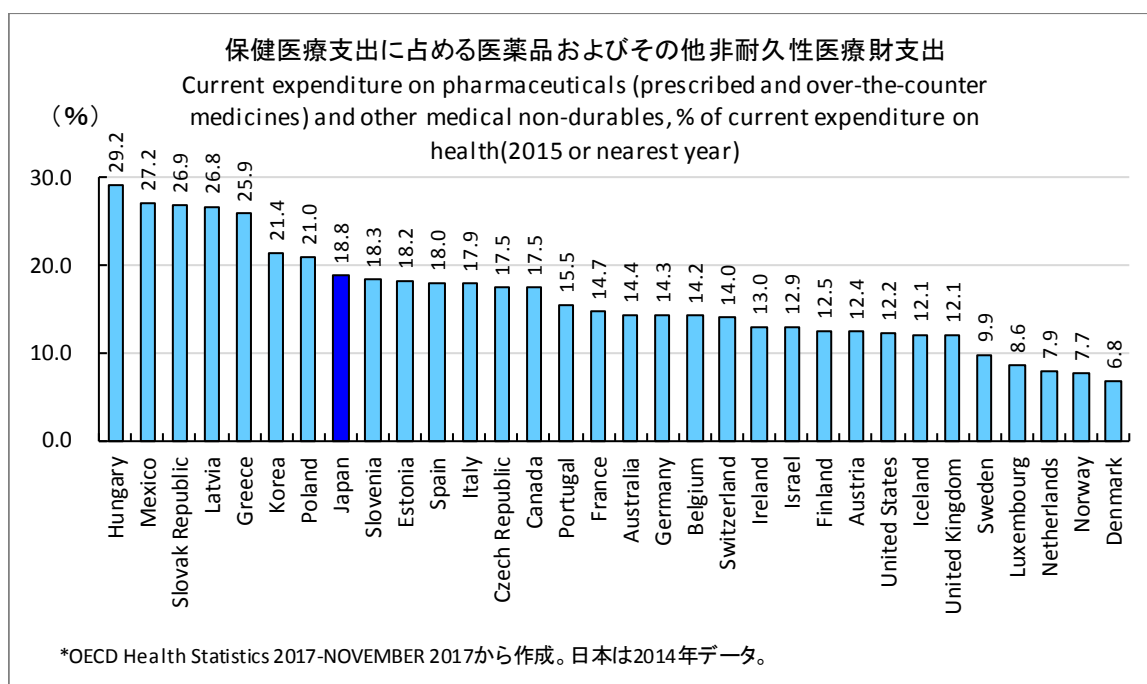


1.6. 医薬品およびその他非耐久性医療財

“OECD Health Statistics”の医薬品およびその他非耐久性医療財（以下、医薬品費等）には一般薬も含まれる⁸。保健医療支出に占める医薬品費等の割合は日本では2014年18.8%でOECD加盟国中8位である（図1.6.1）。なお日本で高額薬剤が本格的に薬価収載されたのは2015年以降であり⁹、まだその影響は出ていない。

1人当たり医薬品費等支出では、米国、スイスの水準が高く、日本は第3位である（図1.6.2）。1人当たりGDPと1人当たり医薬品およびその他の非耐久消費財支出には強い相関はなく（相関係数0.437）、ばらついている（図1.6.3）。日本は1人当たりGDPに比べると、1人当たり医薬品費等支出の水準が高い。繰り返しになるが、医薬品費等には一般薬を含む。

図 1.6.1 保健医療支出に占める医薬品およびその他の非耐久性医療財支出



⁸ 日本では一般薬は「薬事工業生産動態統計調査」の出荷額等から推計されている。

⁹ 「オプジーボ」は2014年9月2日薬価収載、2015年12月効能・効果追加承認取得、2016年2月用法・用量変更承認取得。「ソバルディ」は2015年5月薬価収載、「ハーボニー」は2015年8月薬価収載。

図 1.6.2 1人当たり医薬品およびその他の非耐久性医療財支出

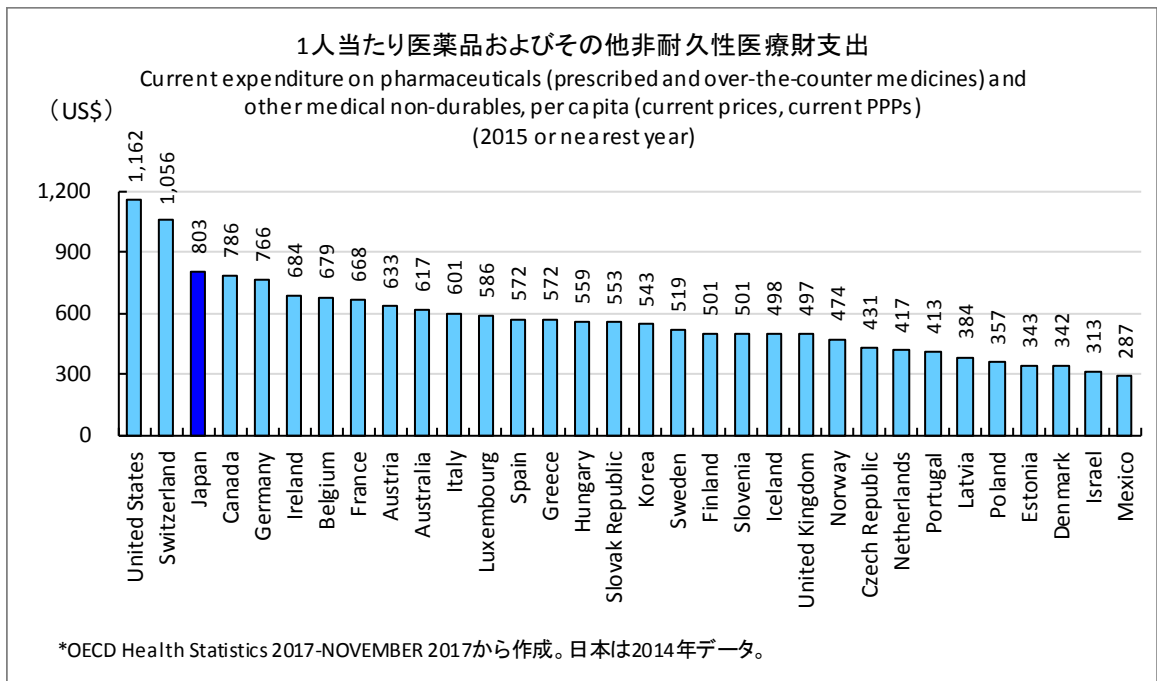
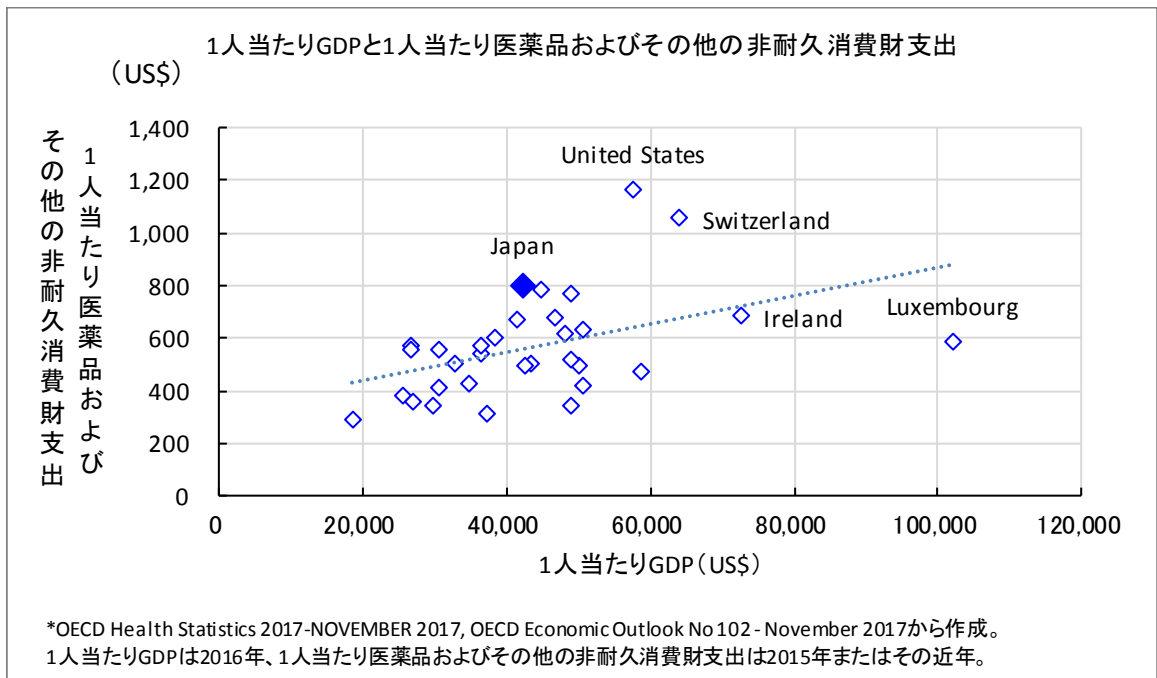


図 1.6.3 1人当たりGDPと1人当たり医薬品およびその他の非耐久消費財支出



2. 医療従事者数

2.1. 人口 1,000 人当たり医師数

ほとんどの国は臨床医を報告しているが、他の業務に従事する医師を含む国もある。歯科医は含まない。

日本の人口 1,000 人当たり医師数は 2.4 人で OECD 加盟国 35 か国中 30 位であり (図 2.1.1)、増加傾向で推移している (

図 2.1.2)。日本では 2008 年以降、本格的な医師養成数の増員に転じているが、2014 年はその効果はまだわずかしか出ていない時期である。

G7 の中ではドイツの医師数が増加しているが外国人医師の国内流入が多いという報告や¹⁰、ドイツでも地方の医師不足が課題であるとの分析がある¹¹。

Practising physicians (表にはポイントのみを示し脚注に OECD が公表している各国の範囲を記した (以下同じ))

日本	「医師・歯科医師・薬剤師調査」 ¹² の医療施設および介護保健施設の従事医師数の合計。2014 年 300,075 人 (直近の 2016 年データでは 308,105 人)。
フランス ¹³	研修医を含まない。
ドイツ ¹⁴	一般開業医、専門医、インターン、外国人医師を含む。
英国 ¹⁵	NHS の医師のみ。検眼の医師、非常勤医師を含まない。

¹⁰ ドイツ国内の外国人医師の比率は 8.7% (2013 年 12 月)

真野俊樹「強力な医師会による当事者自治のドイツ医療－「ゲートキーパーはドイツの文化に合わず」」2014 年 9 月, 日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書Ⅱ, 17 頁

¹¹ 渡辺富久子「【ドイツ】医療供給を強化するための公的医療保険法の改正」(外国の立法 (2015.11))によると、州での保険医 1 人当たりの住民の格差は 1.8 倍。

http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9531505_po_02650207.pdf?contentNo=1

¹² 「医師・歯科医師・薬剤師調査」は病院勤務医退職後、アルバイトで診療している医師等を捕捉しきれていない。

¹³ France: Interns and residents are not included.

¹⁴ Germany: Included are general practitioners, specialists, interns and resident physicians and foreign physicians licensed to practice and actively practising medicine in the country.

¹⁵ United Kingdom: Data cover National Health Service staff only. Data exclude dental staff, optometrists/opticians, and locum staff.

図 2.1.1 人口1,000人当たり医師数

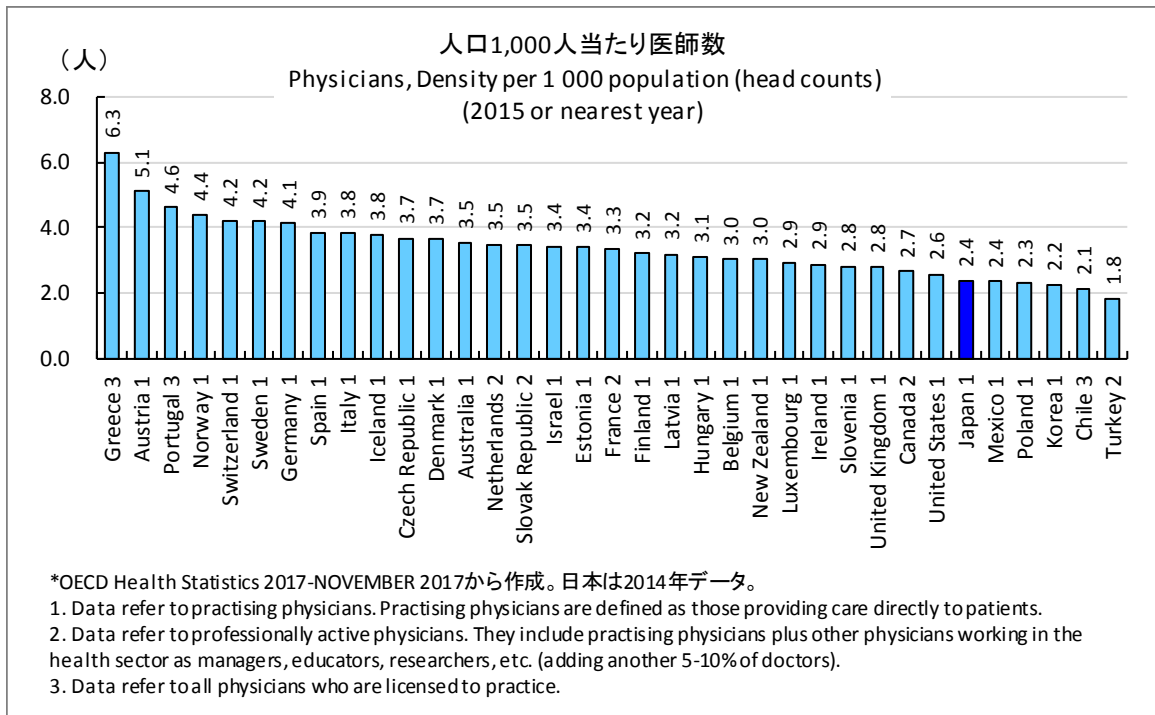
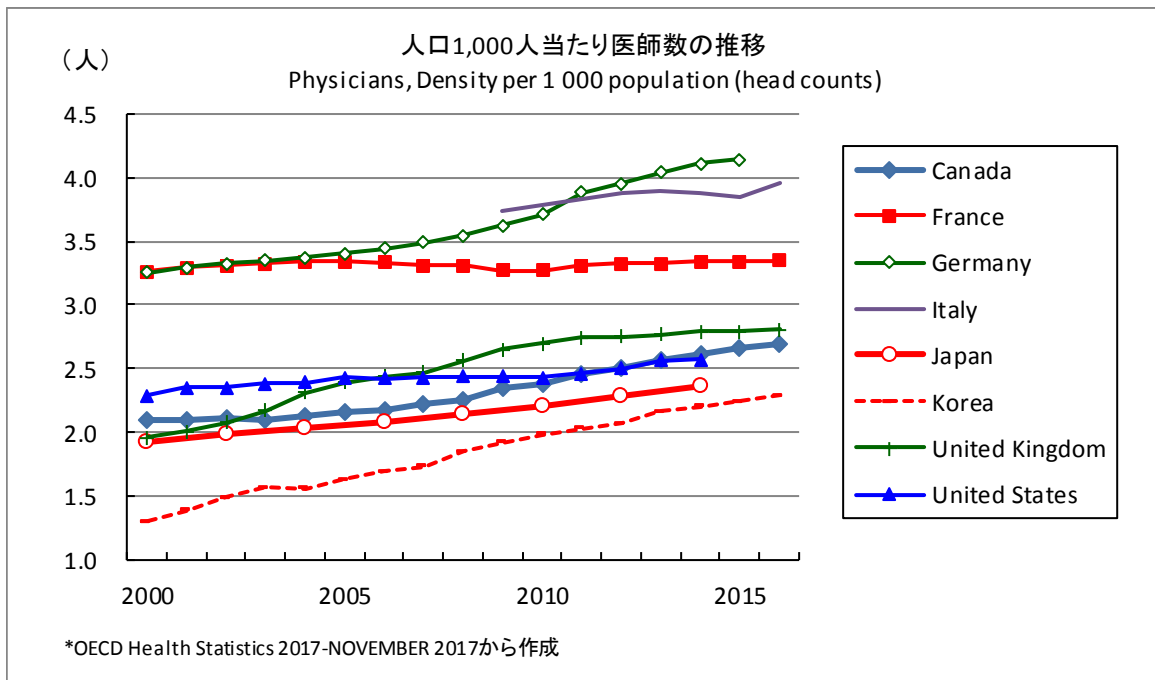


図 2.1.2 人口1,000人当たり医師数の推移



2.2. 人口 1,000 人当たり看護職員数

多くの国が臨床看護職員を報告しているが、フランス、米国などでは研究機関等の看護職員を含む。日本の人口 1,000 人当たり看護職員数は 11.0 人であり (図 2.2.1)、上昇傾向にある (図 2.2.2)。

G7 ではドイツが 13.3 人ともっとも高い。ドイツでは高度外国人材の中でも医療・介護分野 (医師、看護師、介護士等) の専門人材を積極的に受け入れようとする動きがあるとのことである¹⁶。

フランスでは開業看護師がオフィスを開設し、在宅や老人ホームで看護を提供している¹⁷。

Nurses

日本 ¹⁸	厚生労働省「衛生行政報告例」2014 年 1,394,985 人 <ul style="list-style-type: none"> • 就業看護師、就業准看護師 • 病院、診療所、助産所、訪問看護ステーション、介護保険施設等 (居宅サービス事業所を含む)、社会福祉施設、その他
フランス ¹⁹	研究機関等の看護職員を含む。
ドイツ ²⁰	看護師、小児看護師、高齢者看護師の合計。
英国 ²¹	プライベートセクターは含まず、地域もすべてではない。
米国 ²²	専門看護職員で、研究機関等の看護職員を含む。

¹⁶ 「諸外国における外国人受け入れ制度の概要と影響をめぐる各種議論に関する調査」独立行政法人労働政策研究機構, 2015 年 5 月 <http://www.jil.go.jp/institute/siryo/2015/153.html>

¹⁷ 松田晋哉「フランスの医療提供体制について」, 「岐路に立つフランス医療—日本にも迫るイギリス化の圧力—」2011 年 8 月, 日本医師会・民間病院フランス医療・福祉調査団 報告書 II

¹⁸ Japan: Data consist of public health nurses, nurses and assistant nurses working at hospitals, clinics, maternity homes, home-visit nursing care stations, institutions covered by long-term care insurance, social welfare institutions and other establishments.

¹⁹ France: Data are available for "professionally active" nurses (including nurses in administrative, academic or research functions who are not providing direct care to patients).

²⁰ Germany: Data include professional nurses with a 3-year education and associate professional nurses with a 1-year education (nurses, paediatric nurses and nurses for the elderly).

²¹ United Kingdom: Does not include private sector. Data for professional and associate professional nurses available for England, Scotland and Northern Ireland only.

²² United States: Data are available for "professionally active" nurses (including nurses in administrative, academic or research functions who are not providing direct care to patients).

図 2.2.1 人口1,000人当たり看護職員数

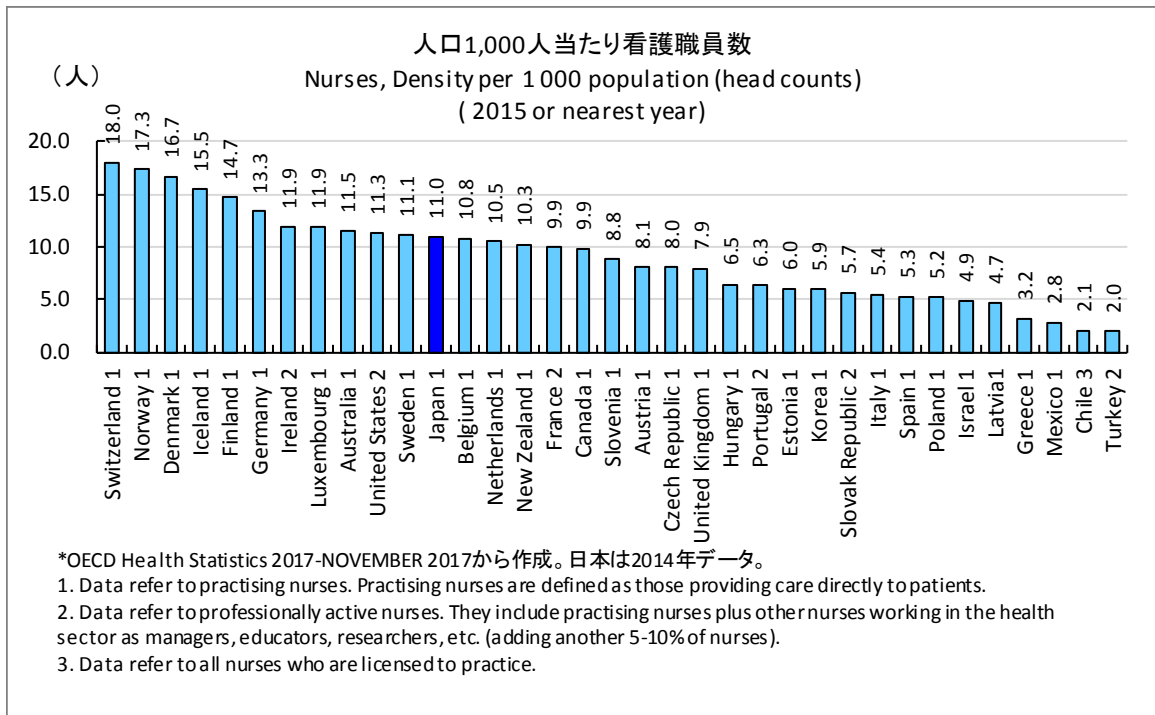
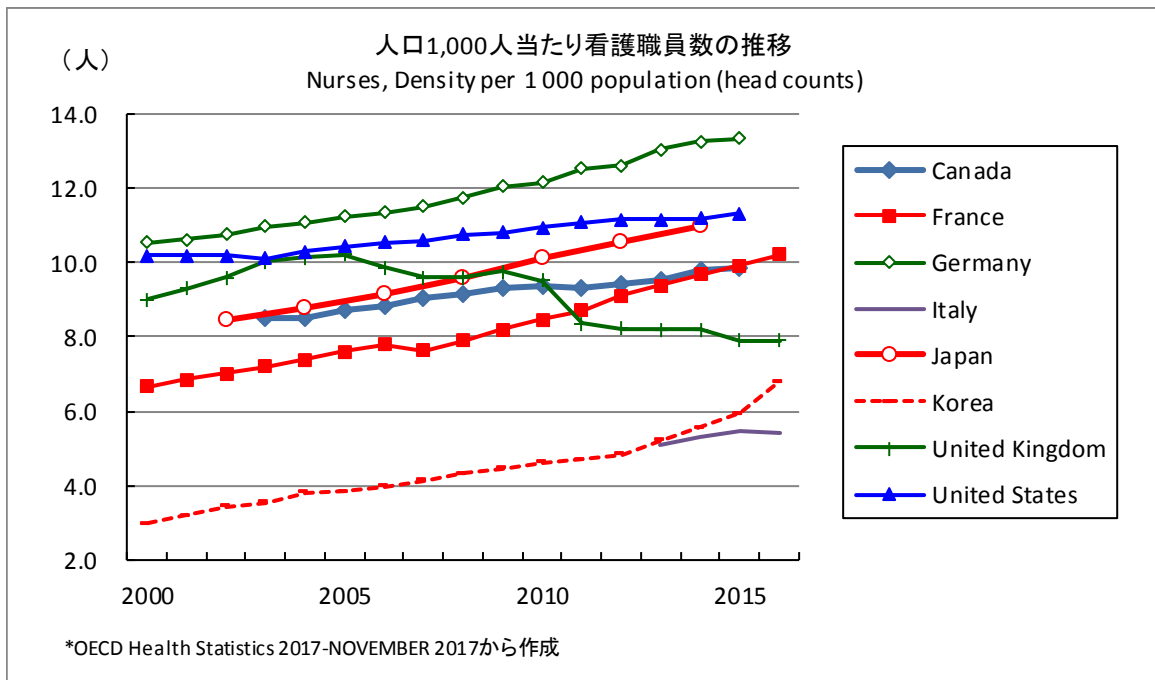


図 2.2.2 人口1,000人当たり看護職員数の推移



2.3. 人口 1,000 人当たり薬剤師数

多くの国が実働薬剤師を報告しているが、定義はさまざまである。

日本の人口 1,000 人当たり薬剤師数は 1.7 人で OECD 加盟国中もっとも高く（図 2.3.1）、かつ増加傾向にある（図 2.3.2）。

日本とフランス、ドイツ、英国の人口 1,000 人当たり薬剤師数の定義はほぼ同じであるが、日本の人口 1,000 人当たり薬剤師数は突出して多い。

Practising pharmacists

日本	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」 2014 年 216,077 人（薬局の従事者 161,198 人、医療施設の従事者 54,879 人）。大学（研究・教育、大学院生）、医薬品関係企業（医薬品製造販売業・製造業、医薬品販売業、行政、その他）の従事者は含まない。 直近の 2016 年は 230,186 人
フランス ²³	薬剤師および助手を含む。製薬企業、研究機関の従事者を含まない。医療機関研究所の生物学者を含む。
ドイツ ²⁴	製薬企業、研究機関等を含まない。
英国 ²⁵	行政職、研究機関の薬剤師を含む。
米国 ²⁶	研究機関、行政職の薬剤師を含む。

²³ France: Data concern pharmacists and assistant pharmacists working in pharmacies (excluding those working in pharmaceutical industry, managing directors or assistant directors of laboratories, pharmacist working in administration, research, etc.). Data also include biologists working in medical laboratories.

²⁴ Germany: The number of practising pharmacists includes pharmacists working in a public or hospital pharmacy. The data exclude qualified pharmacists who are working abroad, working in administration, research and industry positions, unemployed and retired pharmacists and students who have not yet graduated.

²⁵ United Kingdom: Data exclude: Pharmacists working in administration, research and in other posts that exclude direct contact with the patients (clients).

²⁶ United States: Data are available for "professionally active" pharmacists (including pharmacists in administrative, academic or research functions who are not providing direct care to patients).

図 2.3.1 人口1,000人当たり薬剤師数

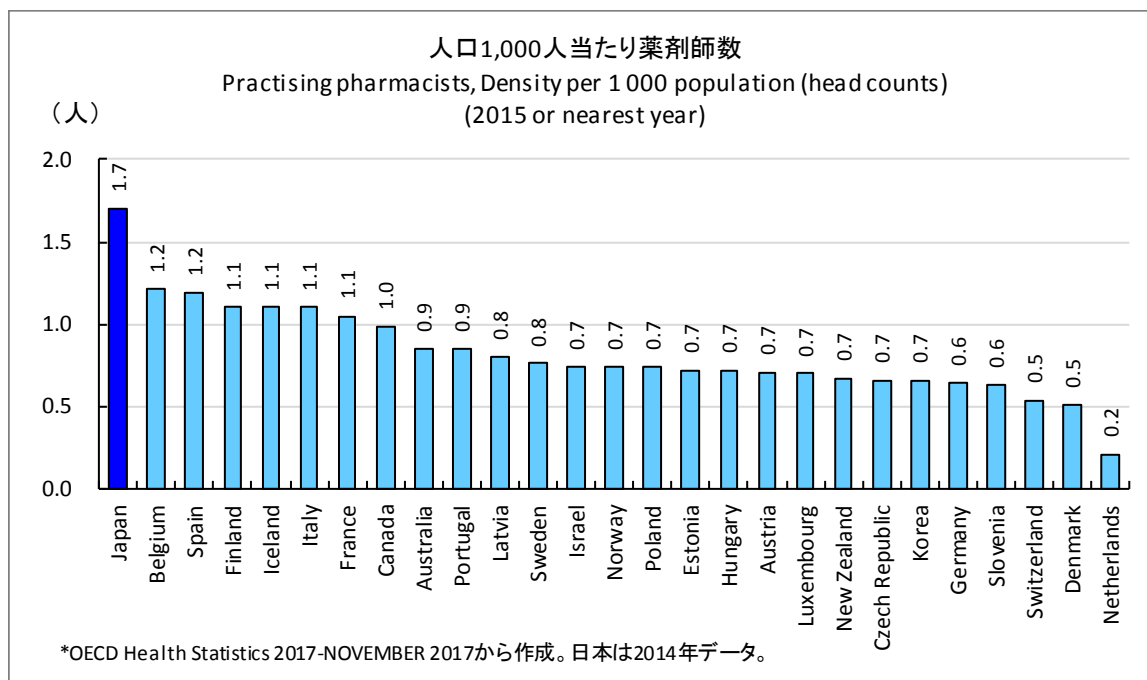
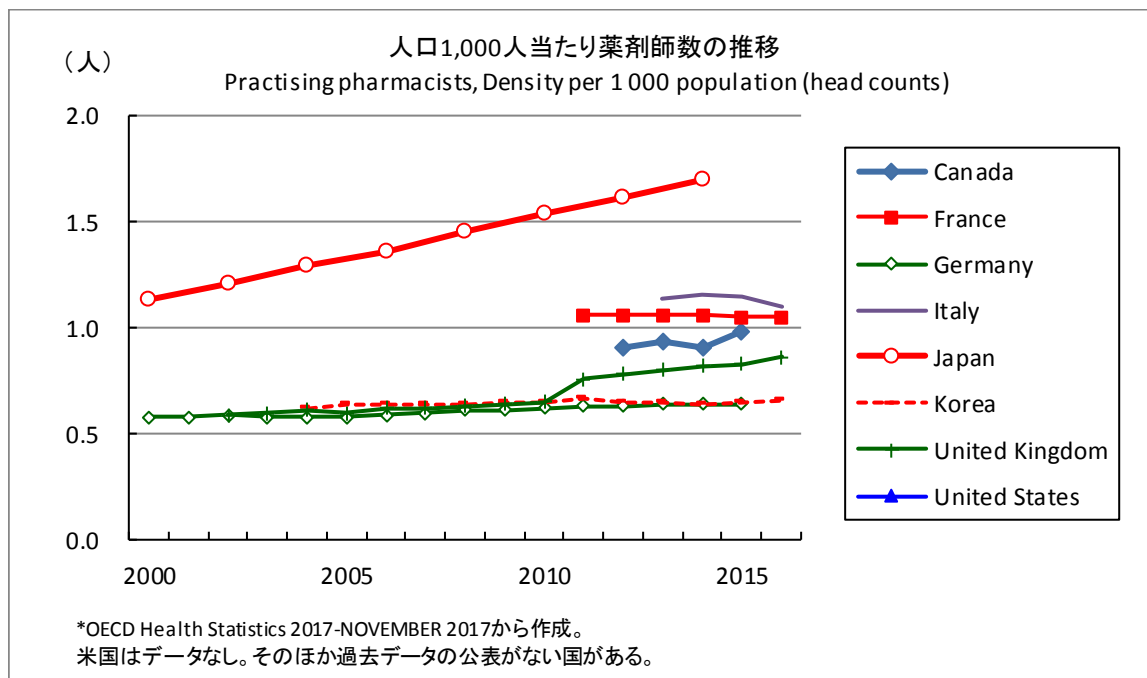


図 2.3.2 人口1,000人当たり薬剤師数の推移



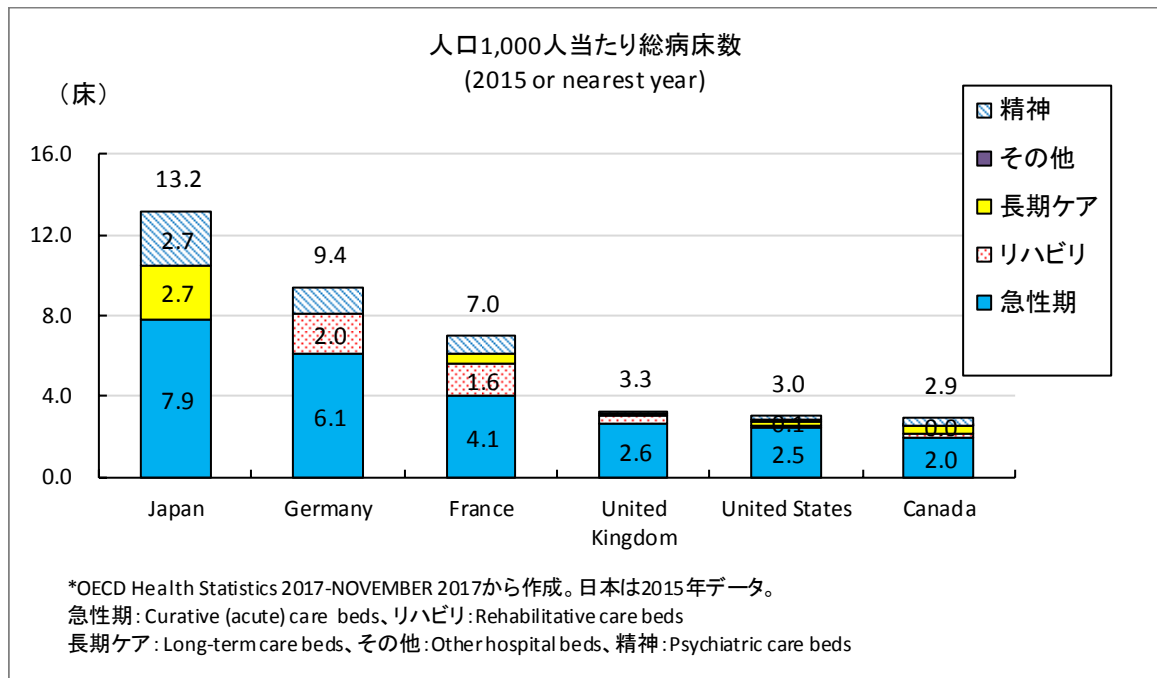
3. 医療・介護施設

3.1. 医療施設（病床数）

国によって病床区分が異なるので慎重な対応が必要である。第一に、諸外国は病院病床数（Total hospital beds）²⁷に Psychiatric care beds（精神病床）を含まないが、日本では精神病床を重複計上している。第二に、諸外国は Rehabilitative care beds（リハビリケア病床）を急性期病床数に含まないが、日本は回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ）を含む（表 3.1.1）。

病院病床および精神病床の合計を総病床とすると、日本の人口 1,000 人当たり総病床数は 13.2 床でドイツ 9.4 床の 1.4 倍であるが、「急性期病床＋リハビリケア病床」は日本 7.9 床、ドイツ 8.1 床でドイツのほうが多い（図 3.1.1）。

図 3.1.1 人口 1,000 人当たり総病床数



²⁷ 日本では有床診療所を含むが、精神病床を含む「総病床数」と区別するため、「病院病床数」とした。

表 3.1.1 病床数の内訳

病床数								
	調査年	Total hospital beds	Curative (acute) care beds	Rehabilitative care beds	Long-term care beds	Other hospital beds※	Psychiatric care beds ※	
								カナダ
フランス	2015	408,245	271,013	105,593	31,639	—	57,503	
ドイツ	2015	664,364	499,351	165,013	—	—	103,992	
イタリア	2015	194,065	160,085	24,836	9,144	—	5,671	
日本 ※	2015	1,673,594	998,249	—	339,063	336,282	336,282	
英国	2015	169,995	内訳報告なし					27,040
米国	2014	902,202	793,209	15,560	58,800	34,633	67,707	

*OECD Health Statistics 2017-NOVEMBER 2017から作成
 ※日本のOther hospital beds(その他)とPsychiatric care beds(精神病床)は重複計上

日本の病床数の内訳

	計	一般病床	感染症病床	結核病床	療養病床	精神病床
診療所	107,626	96,969	—	—	10,657	—
計	1,337,312	990,939	1,814	5,496	339,063	—
Curative (acute) care beds	998,249					

*厚生労働省「平成27年 医療施設調査」から作成

人口1,000人当たり病床数

	調査年	Total hospital beds	Curative (acute) care beds	Rehabilitative care beds	Long-term care beds	Other hospital beds※	Psychiatric care beds ※	
								カナダ
フランス	2015	6.1	4.1	1.6	0.5	—	0.9	
ドイツ	2015	8.1	6.1	2.0	—	—	1.3	
イタリア	2015	3.2	2.6	0.4	0.2	—	0.1	
日本 ※	2015	13.2	7.9	—	2.7	2.7	2.7	
英国	2016	2.6	内訳報告なし					0.4
米国	2014	2.8	2.5	0.1	0.2	0.1	0.2	

*OECD Health Statistics 2017-NOVEMBER 2017から作成
 ※日本のOther hospital beds(その他)とPsychiatric care beds(精神病床)は重複計上

3.2. 長期居住型施設（定員数）

長期居住型施設は、諸外国ではナーシングホーム、ケアホームその他が対象である。日本は介護老人保健施設（老健）、介護老人福祉施設（特養）が対象である（表 3.2.1）。

各国の定義が異なるので単純に比較できないが、65 歳以上人口 1,000 人当たりで見ると、日本は病院長期ケア病床（療養病床）に、老健、特養、有料老人ホーム、サ高住を加えて、ようやく先進諸国に近い水準になる（図 3.2.1）。

図 3.2.1 65 歳以上人口 1,000 人当たり病院長期ケア病床と
長期居住型施設病床（定員）数

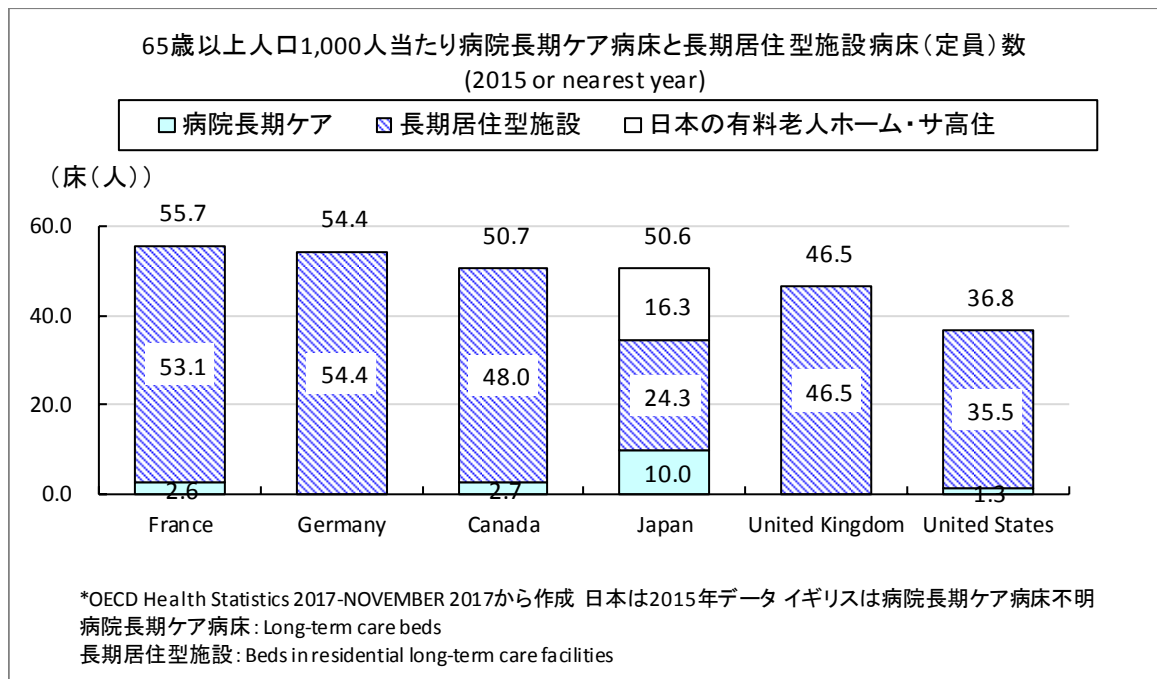


表 3.2.1 長期居住型施設の内訳

Beds in residential long-term care facilities				
	対象年	病床数	人口1,000人当たり	
			総人口	65歳以上
カナダ	2016	287,338	7.9	48.0
フランス	2015	649,554	9.7	53.1
ドイツ	2015	928,939	11.4	54.4
イタリア	2015	244,395	4.0	18.5
日本	2015	823,495	6.5	24.3
英国	2016	545,010	8.3	46.5
米国	2014	1,638,328	5.1	35.5

*OECD Health Statistics 2017-NOVEMBER 2017

日本の病床数(定員数)の内訳

	基本票	詳細票
介護老人福祉施設	518,273	484,353
介護老人保健施設	368,201	339,142
計	886,474	823,495
有料老人ホーム	424,828	366,886
サービス付き高齢者住宅(2015.9)		185,512

厚生労働省「平成27年 介護サービス施設・事業所調査」「平成27年 社会福祉施設等調査」
 基本票: 都道府県に対する調査、詳細票: 施設・事業所に対する調査
 一般社団法人 高齢者住宅推進機構「サービス付き高齢者向け住宅の登録状況」

日本	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設、介護老人保健施設 療養病床、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)を含まない
フランス ²⁸	EHPAD (要介護高齢者滞在施設)
ドイツ ²⁹	ナーシングホームを含む
英国 ³⁰	ケアホームサービス、ナーシングサービス
米国 ³¹	ナーシングホーム (認定施設を含む)

²⁸ Data account for beds in EHPAD ("Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes", institutions for dependent elderly people under specific agreement).

²⁹ Germany: Long-term care beds comprise beds in nursing homes in all sectors.

³⁰ United Kingdom: Care homes include 'Care home service with nursing' and 'Care home service without nursing'. Data include beds or places in all nursing homes and those registered for personal care.

³¹ United States: The estimates of long-term care beds in nursing homes include certified nursing facility beds.

3.3. 病床種類別

3.3.1. 急性期病床とリハビリケア病床

諸外国は急性期病床とリハビリケア病床を分離しているが、日本は急性期病床に回りハ病床を含んでいる。そこで、ここでは急性期病床とリハビリケア病床を合計する。

急性期病床は、日本では一般病床、結核病床、感染症病床の合計で、有床診療所を含む。イギリスは急性期病床と長期ケア病床、リハビリテーション病床を切り分けられないという理由で、“OECD Health Statistics 2017”にデータが掲載されていない³²。米国は在院期間が短い病院が対象である。

人口 1,000 人当たり急性期病床およびリハビリケア病床はドイツ 8.1 床、日本 7.9 床である（図 3.3.1）。ドイツと日本は傾向としてもおおむね同様に推移している（図 3.3.2）。

Curative (acute) care beds

日本	厚生労働省「医療施設調査」 2015 年 998,249 床：一般病床（病院 893,970 床、有床診療所 96,969 床）、感染症病床 1,814 床、結核病床 5,496 床。
フランス	手術、産科、その他医療的ケアを行う病床が対象であるが、精神科ケアベッドも含む ³³ 。
ドイツ	リハビリテーション施設等のリハビリ病床を含まない ³⁴ 。
米国	AHA に登録された短期一般病院（short-term general hospitals）が対象で、その多くは 30 日未満の入院日数である ³⁵ 。

³² United Kingdom: In England, it is not possible to separate long-term care beds, rehabilitation beds and other hospital beds from curative care beds.

³³ France: Curative care beds are beds for surgery, obstetrics and other medical care. Data are not available for a detailed breakdown of psychiatric care beds between the curative, rehabilitative and long-term care beds categories. Therefore, all psychiatric care beds have been allocated into curative care beds.

³⁴ Germany: Excluded are rehabilitative care beds (psychiatric and non-psychiatric) in prevention and rehabilitation facilities.

³⁵ United States: AHA-registered hospitals in the United States. Short term general hospitals, as defined by the AHA, are hospitals that may provide either non-specialised or specialised care with the majority of their patients staying for fewer than 30 days.

図 3.3.1 人口1,000人当たり急性期病床+リハビリテーション病床数

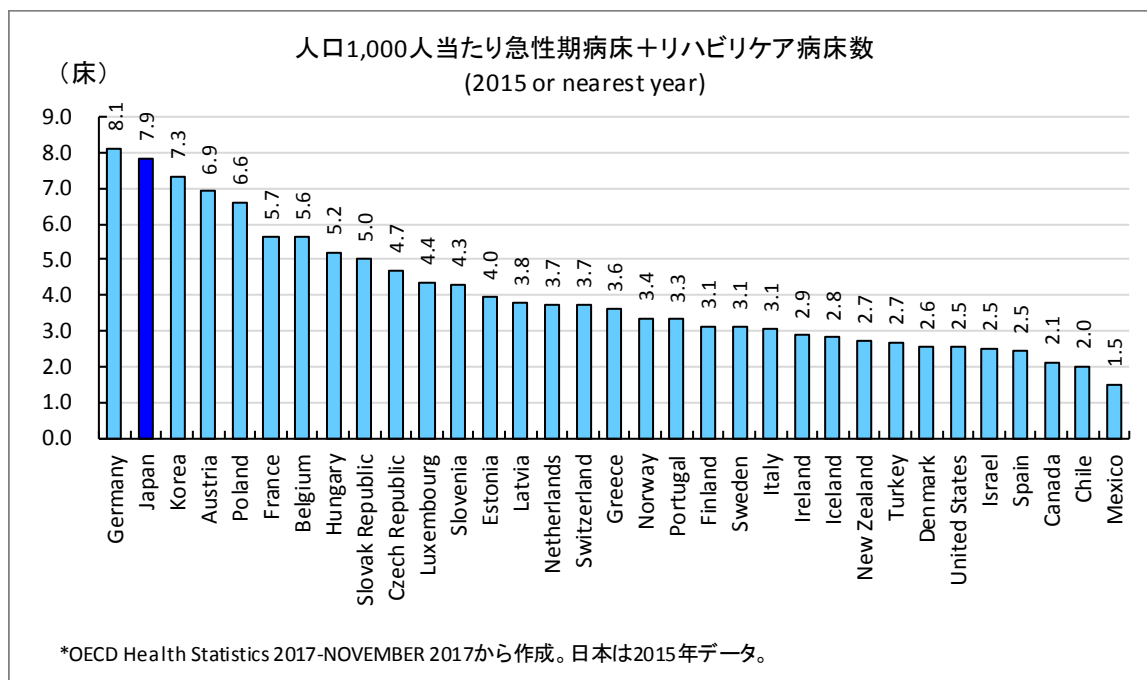
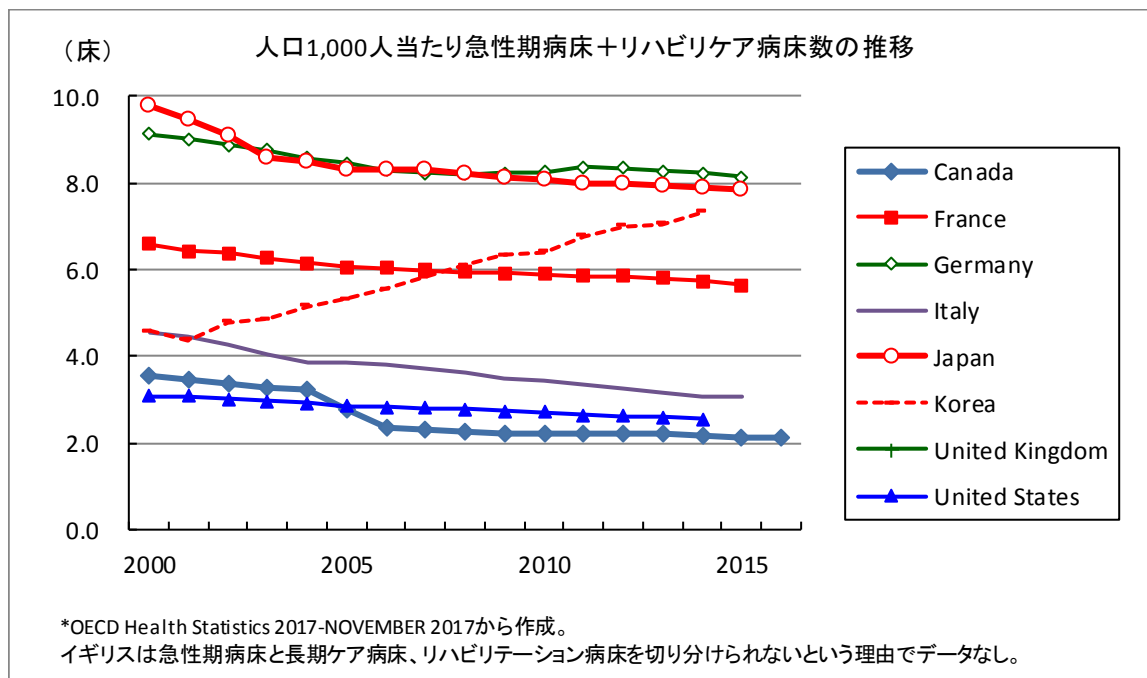


図 3.3.2 人口1,000人当たり急性期病床+リハビリケア病床数の推移



3.3.2. 精神ケア病床

精神ケア病床は、日本では一般病院も含めすべての精神病床が対象である。OECD 加盟国の中でもっとも高いが、微減傾向にとどまっている（図 3.3.3, 図 3.3.4）。

G7 の中ではドイツが高く、やや増加傾向にある。ドイツについては、公的規制の対象外である心身症・精神療法病床（治療とリハビリ）が増加したという報告がある³⁶。

³⁶ 厚生労働省「諸外国における地域移行をめぐる動向について」2015年6月、内閣府障害者政策委員会資料

（ドイツは）「1970年代にはほぼゼロだった心身症・精神療法病床が、2001年には治療のために3,200床、リハビリテーションのために15,400床に増加した。これらの病床は公的規制の対象となっておらず、問題視されている。」

http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/ws2/270601/pdf/s3.pdf

図 3.3.3 人口 1,000 人当たり精神ケア病床数

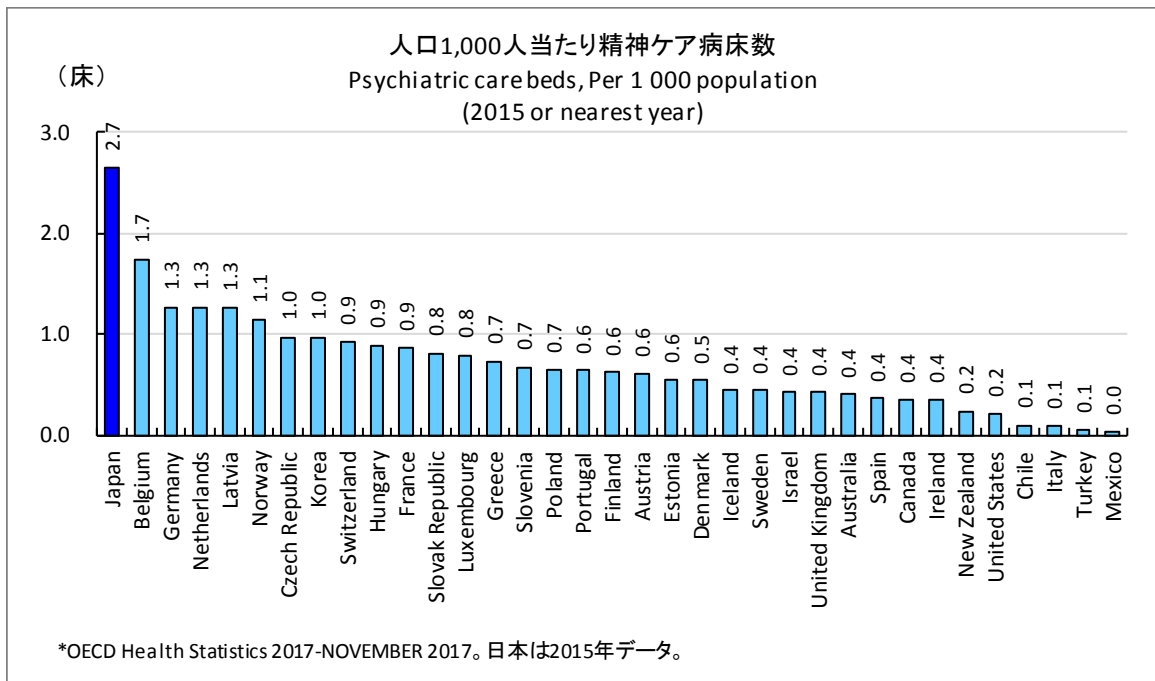
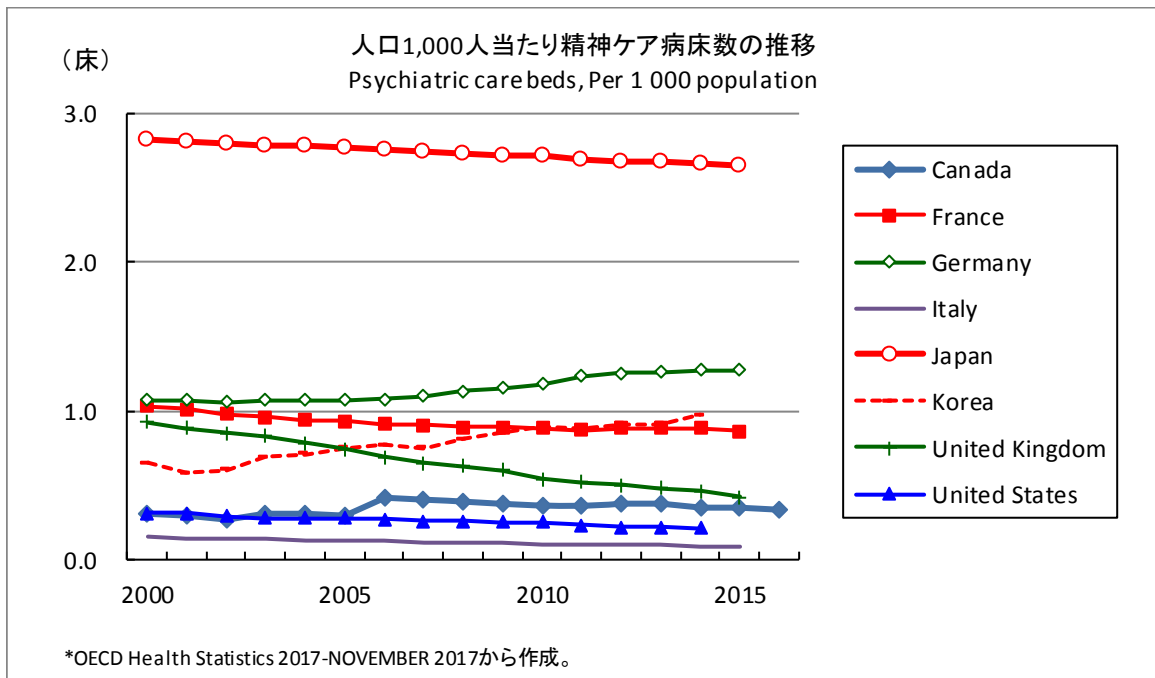


図 3.3.4 人口 1,000 人当たり精神ケア病床数の推移



3.3.3. 長期居住型施設（一部再掲）

長期居住型施設は、諸外国ではナーシングホーム、ケアホームを対象としている。日本は老健、特養が対象である。

65 歳以上人口 1,000 人当たり長期滞在型病床数は北欧諸国で高く、日本は 24.3 床で OECD 加盟国中かなり低い水準である（図 3.3.5）。

また近年の推移を見ても日本は高齢化の進展の割に長期滞在型病床数が伸びていない（図 3.3.6）。

※日本の療養病床、有料老人ホーム、サ高住を加えたデータについては前述長期居住型施設の項参照。

図 3.3.5 65歳以上人口1,000人当たり長期居住型病床数

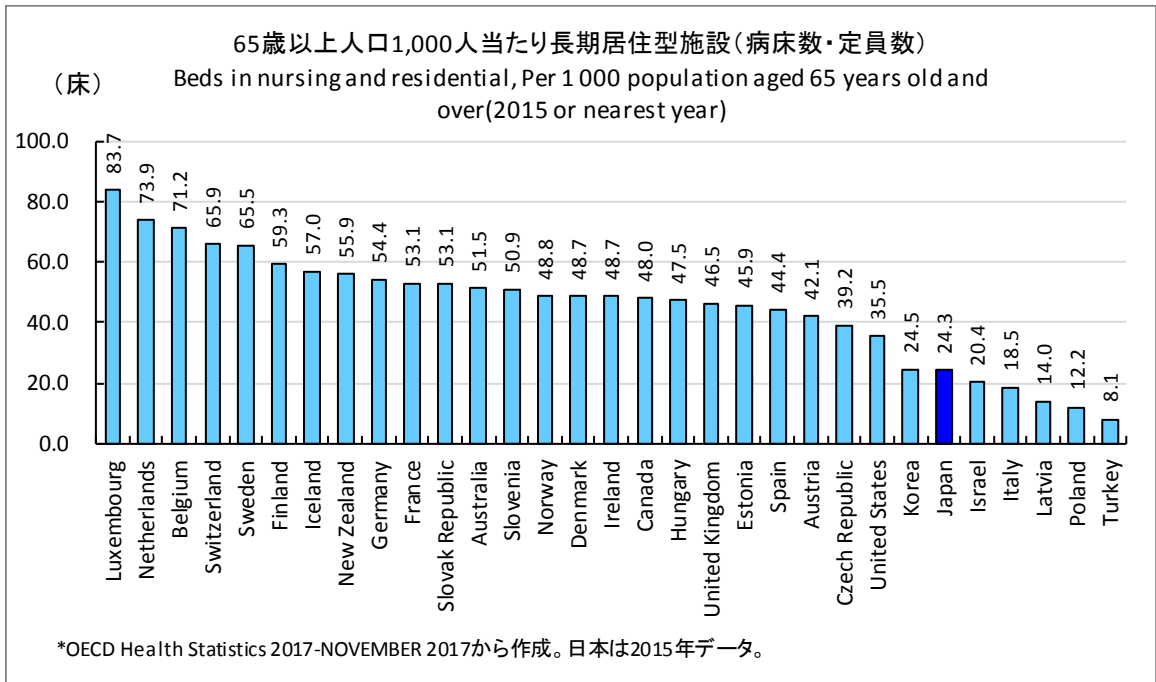
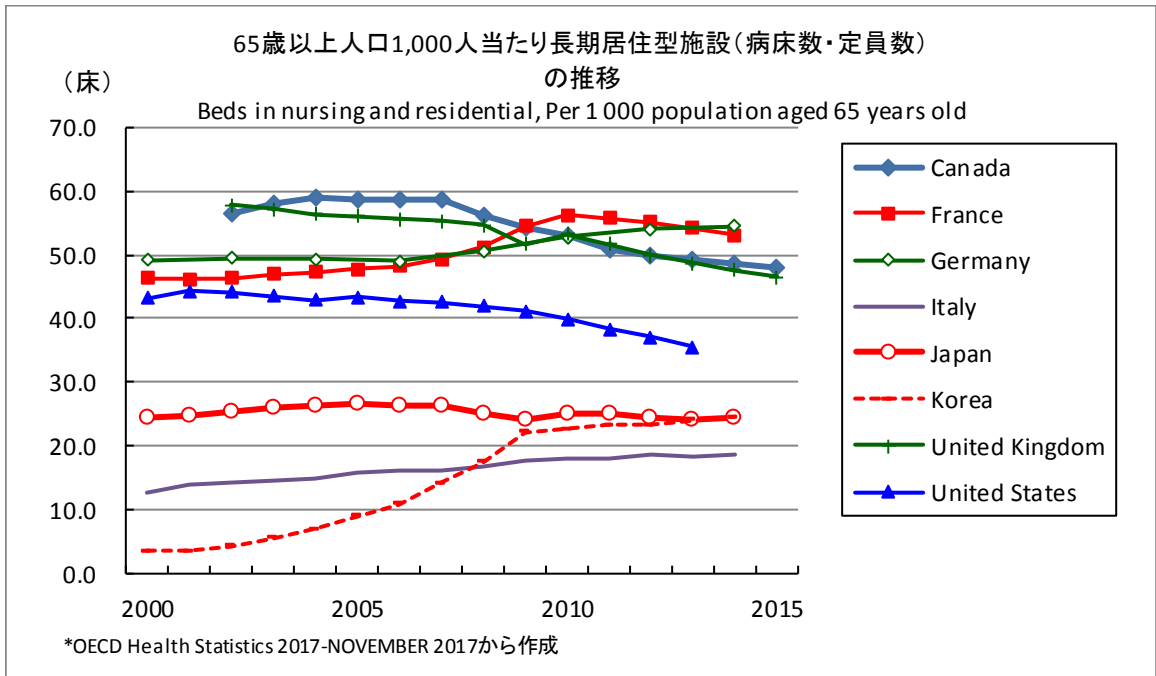


図 3.3.6 65歳以上人口1,000人当たり長期居住型病床数(定員数)の推移



4. 健康

4.1. 喫煙率

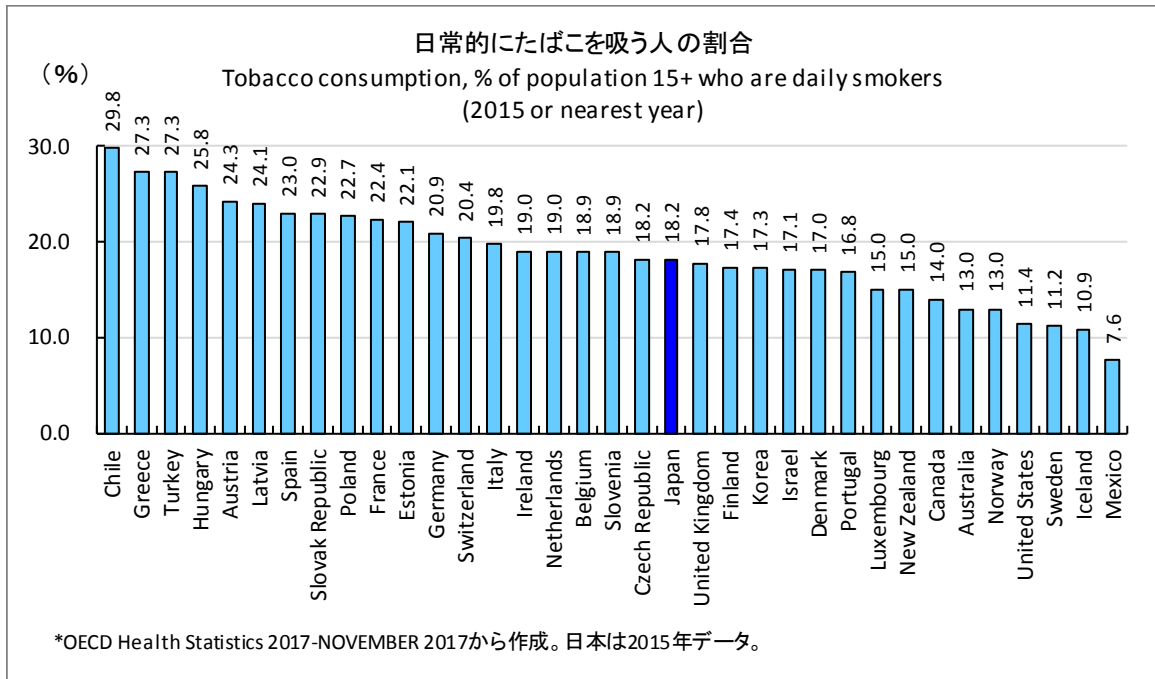
日本における日常的にたばこを吸う人の比率（以下、喫煙率）は 2015 年 18.2%であり、OECD 加盟国中 19 位である（図 4.1.1）。なお日本のデータは「国民健康・栄養調査」のものであるが、対象者数が少ない。特定健診データでは日本の喫煙率は 23.0%である（表 4.1.1）。

表 4.1.1 日本の喫煙率データ

厚生労働省「国民健康・栄養調査」 「毎日吸っている」「時々吸う日がある人」の割合 2015年 18.2%（調査人員 7,052人） 2016年 18.3%（調査人員 25,638人（拡大調査））
厚生労働省「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ標準的な質問票の分析に関する中間報告」（2014年度実施分） ³⁷ 「現在、たばこを習慣的に吸っている」割合 計 23.0%、男性 34.2%、女性 9.4% 分析対象者数：男性 14,448,013人、女性 11,971,971人

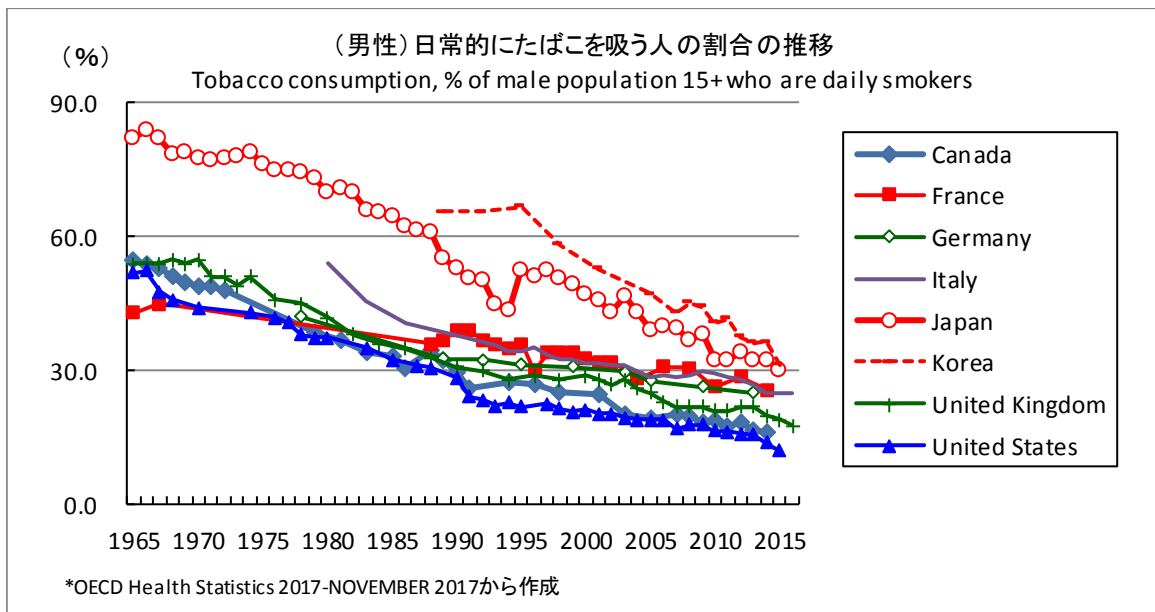
³⁷ 第 26 回保険者による健診・保健指導等に関する検討会資料, 2016 年 12 月

図 4.1.1 日常的にたばこを吸う人の割合



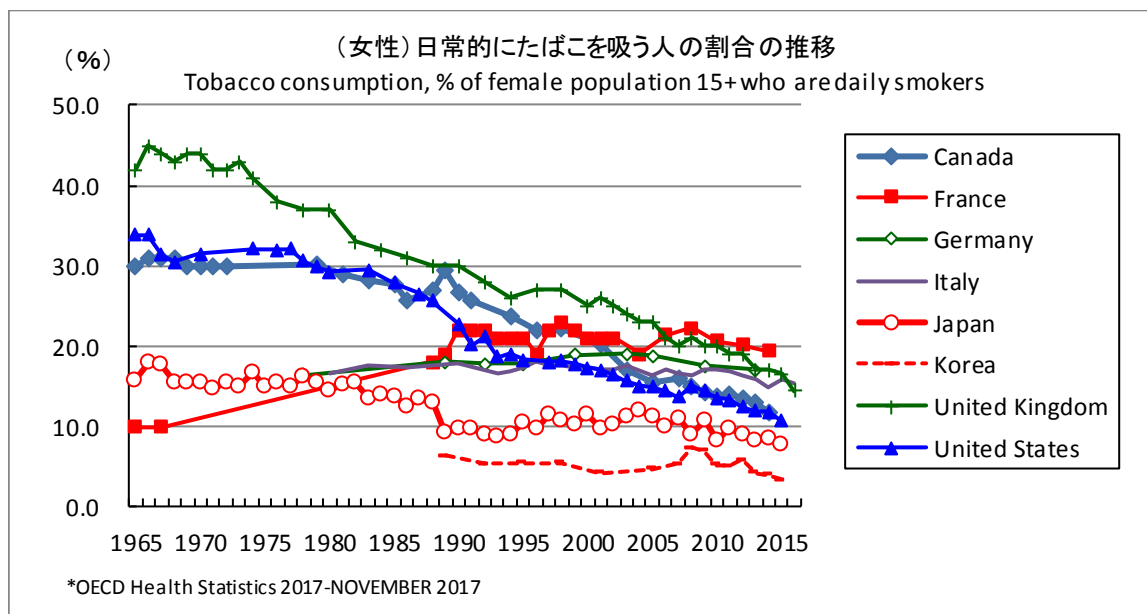
日本では男性の喫煙率が 30%を超えており G7 中もっとも高い(図 4.1.2)。

図 4.1.2 (男性) 日常的にたばこを吸う人の割合の推移



日本では女性の喫煙率は G7 の中でもっとも低い (図 4.1.3)。

図 4.1.3 (女性) 日常的にたばこを吸う人の割合の推移



4.2. 平均寿命

日本の平均寿命は 83.9 歳である (図 4.2.1)。日本の平均寿命は高度経済成長を経て先進国中もっとも高い水準になった (図 4.2.2)。

図 4.2.1 平均寿命

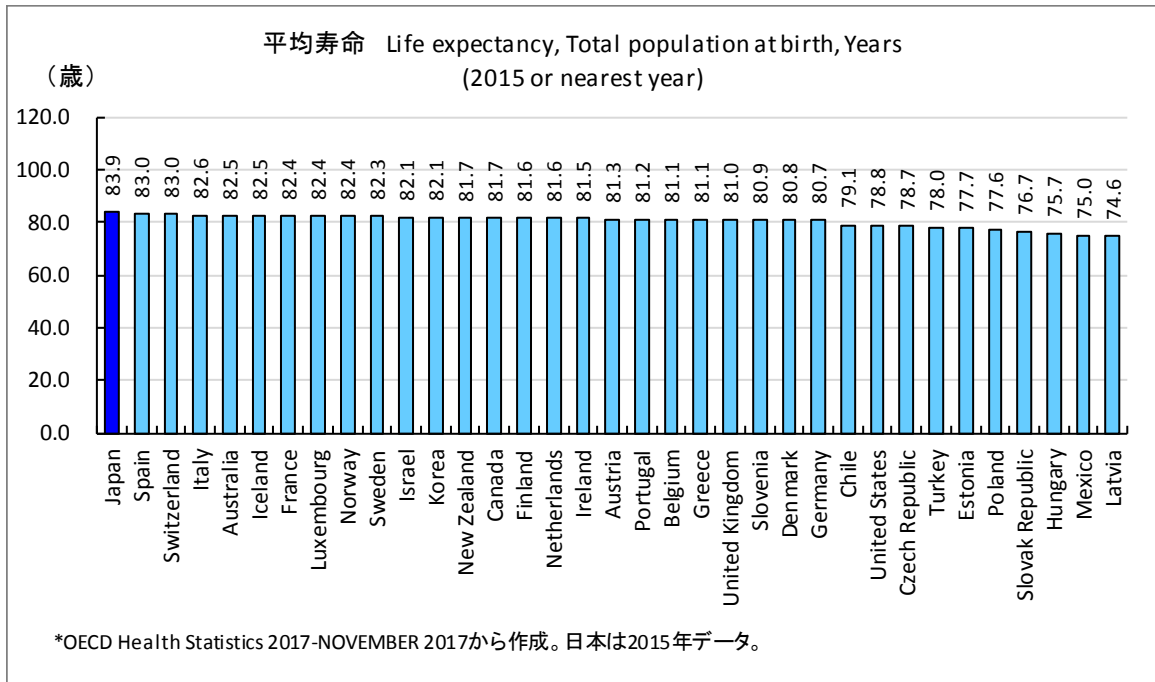
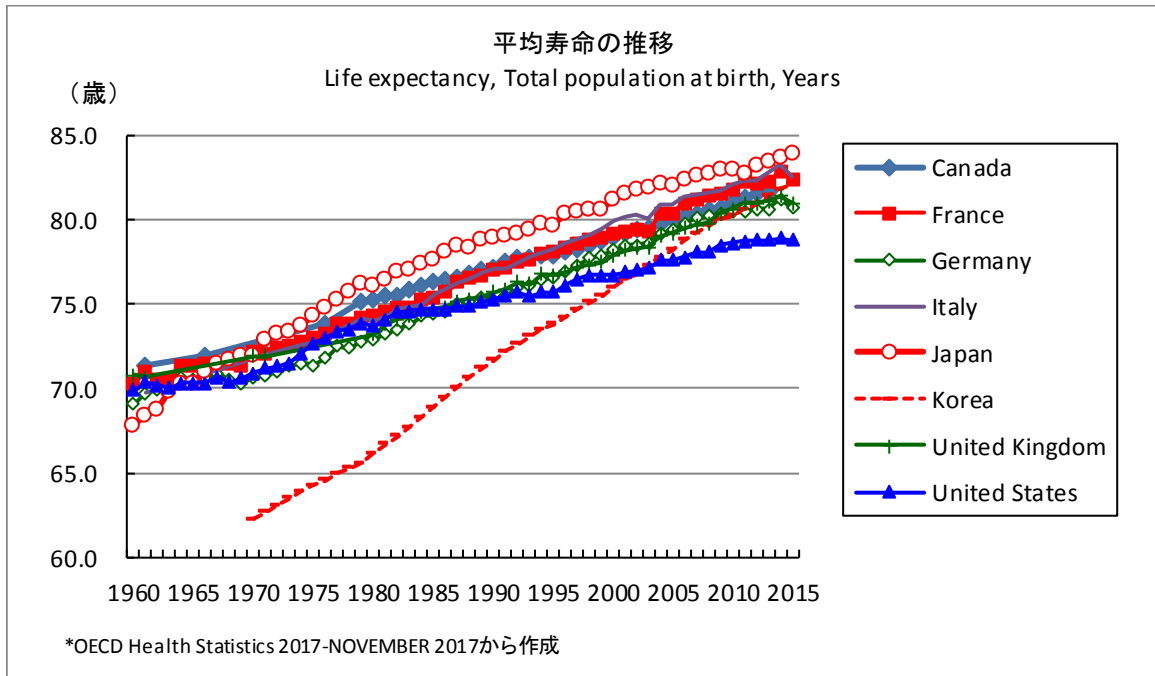


図 4.2.2 平均寿命の推移



経済と平均寿命の関係を見ると、OECD加盟国では1人当たりGDPと平均寿命にやや相関がある(図4.2.3)。世界規模でも、1人当たりGDPと平均寿命とは相関がある(図4.2.4)。

図 4.2.3 1人当たりGDPと平均寿命

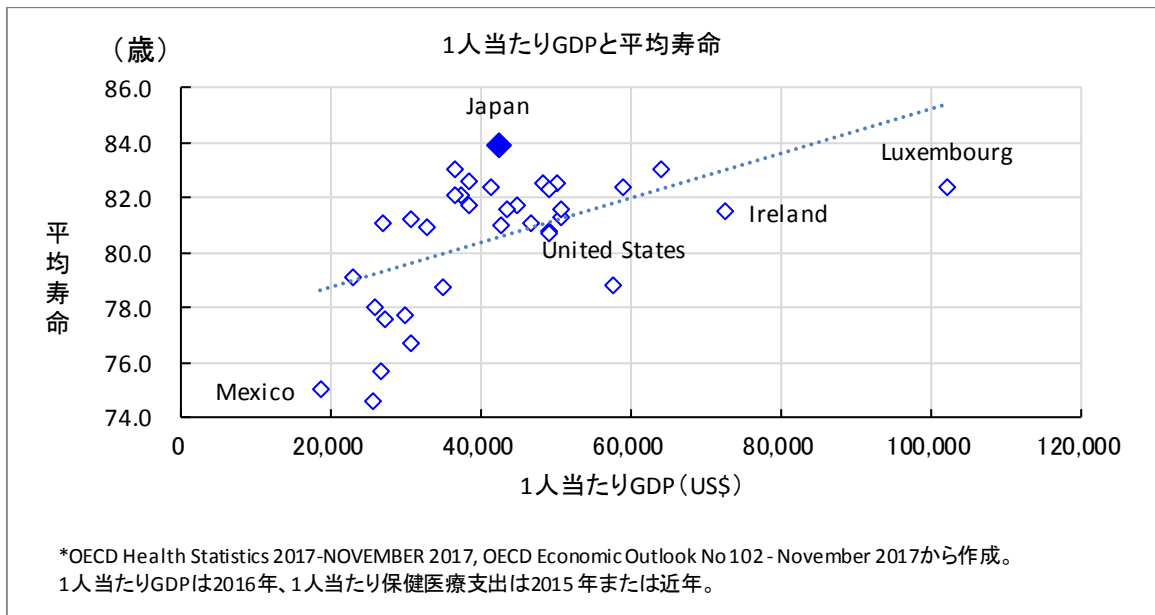
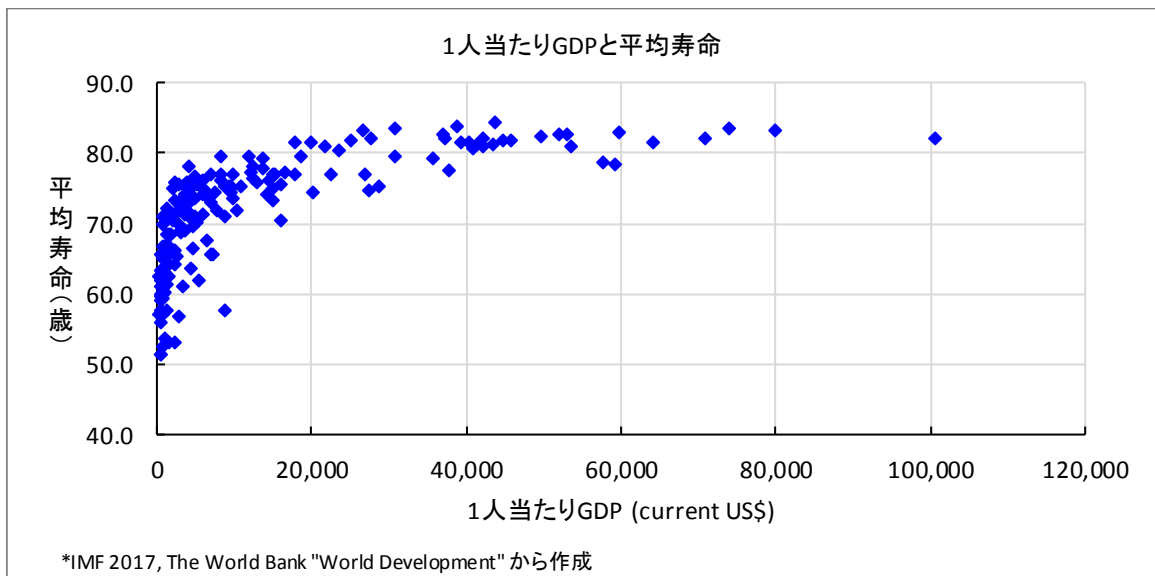


図 4.2.4 1人当たりGDPと平均寿命



4.3. 自殺死亡率

日本の人口10万人当たり自殺死亡率は17.6人であり（図4.3.1）、G7の中ではもっとも高い（図4.3.2）。また、G7の中では米国が上昇傾向にある。

図 4.3.1 人口10万人当たり自殺死亡率

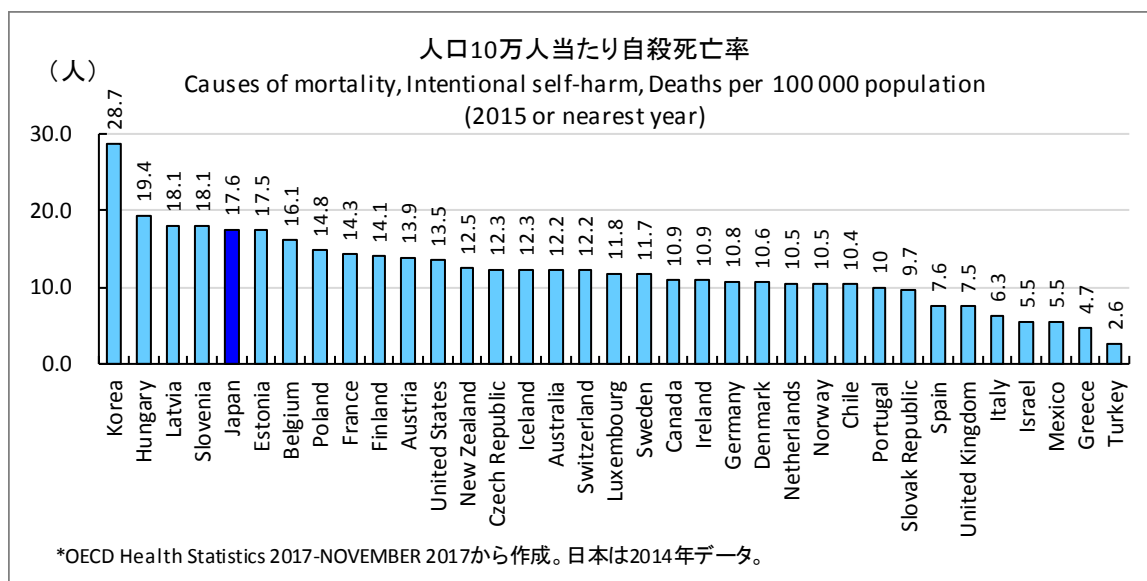
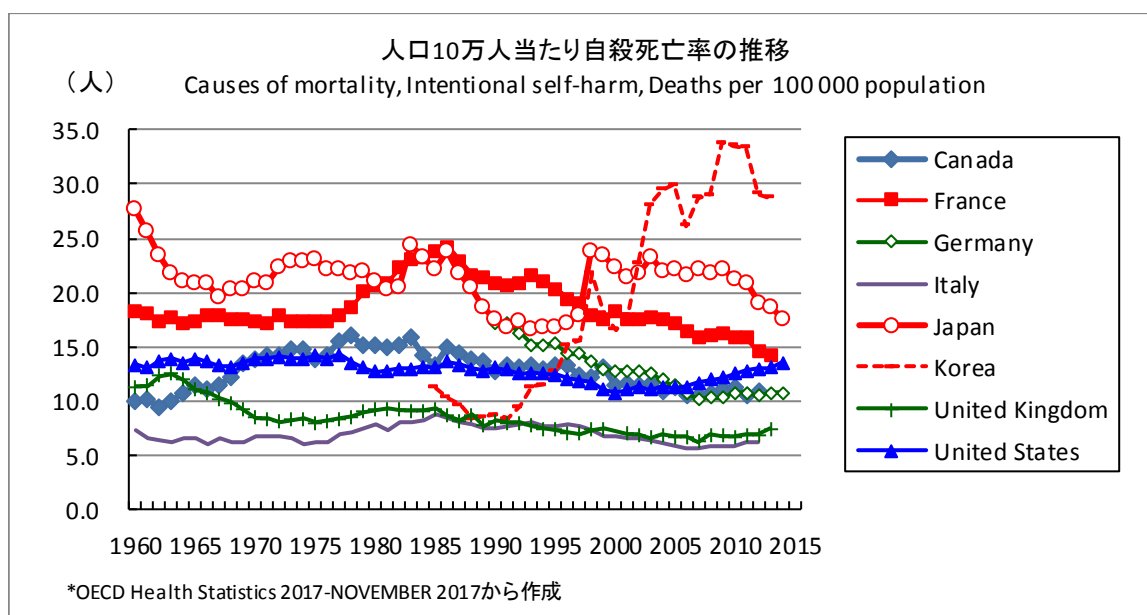


図 4.3.2 人口10万人当たり自殺死亡率の推移



5. 社会保障の負担と給付

5.1. 税・社会保障負担

日本では、財務省が「対国民所得比国民負担率（租税負担率＋社会保障負担率）」の国際比較データを公表しているが³⁸、OECD では対 GDP 比で集計している。国民所得には生産・輸入品に課される税（消費税などの間接税）が含まれていない（表 5.1.1）。本稿では、OECD にそって対 GDP 税・社会保障負担率を示す。

表 5.1.1 国内総生産、国民所得、国民可処分所得

国内総生産		(兆円)	
雇用者報酬	270	民間最終消費支出	300
営業余剰・混合所得	105	政府最終消費支出	106
固定資本減耗*	120	国内総固定資本形成	128
生産・輸入品に課される税	45	在庫品増加	-0
(控除)補助金	-3	財貨・サービスの輸出	89
統計上の不突合	2	(控除)財貨・サービスの輸入	-83
国内総生産(GDP)	539	国内総支出(GDE)	539
国民所得と国民可処分所得			
雇用者報酬	270	民間最終消費支出	300
海外からの雇用者報酬(純)	-0	政府最終消費支出	106
営業余剰・混合所得	105	貯蓄	25
海外からの財産所得(純)	17		
国民所得	392		
生産・輸入品に課される税(消費税など)	45		
(控除)補助金	-3		
海外からのその他の経常移転(純)	-2		
国民可処分所得(NDI)	432	国民可処分所得	432

*内閣府「2016年度国民経済計算(2011年基準・2008SNA)」から作成

³⁸ 財務省「平成30年度の国民負担率を公表します」2018年2月
<http://www.mof.go.jp/budget/topics/futanritsu/20180223.html>

日本の対 GDP 税・社会保障負担は 30.7%で OECD 加盟 35 か国中 26 位であり (図 5.1.1)、G7 の中では米国の次に低い (図 5.1.2)。

図 5.1.1 対 GDP 税・社会保障負担

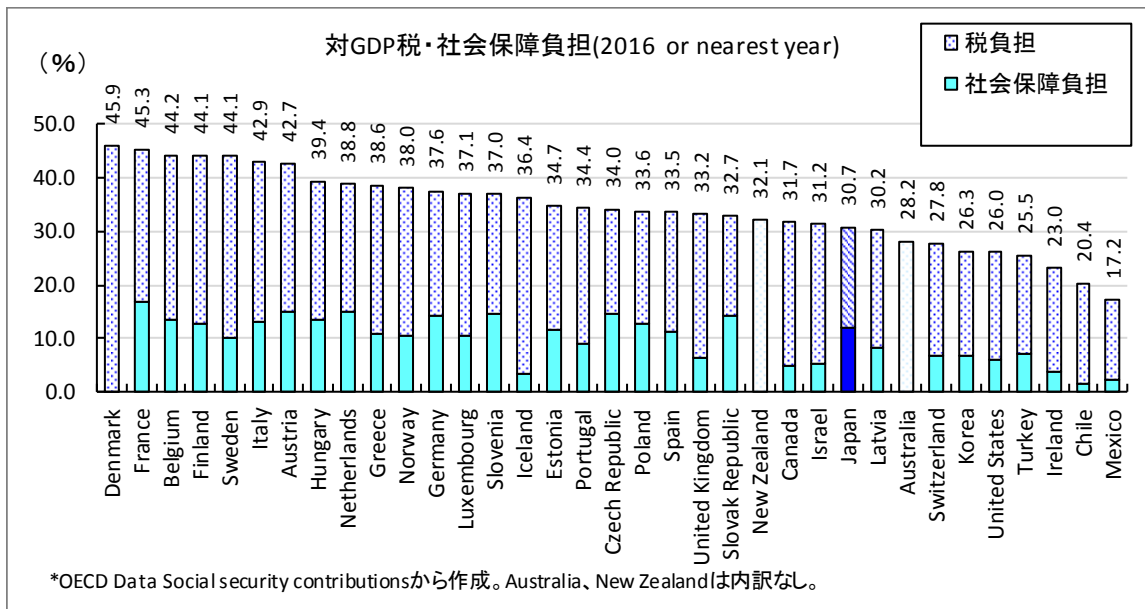
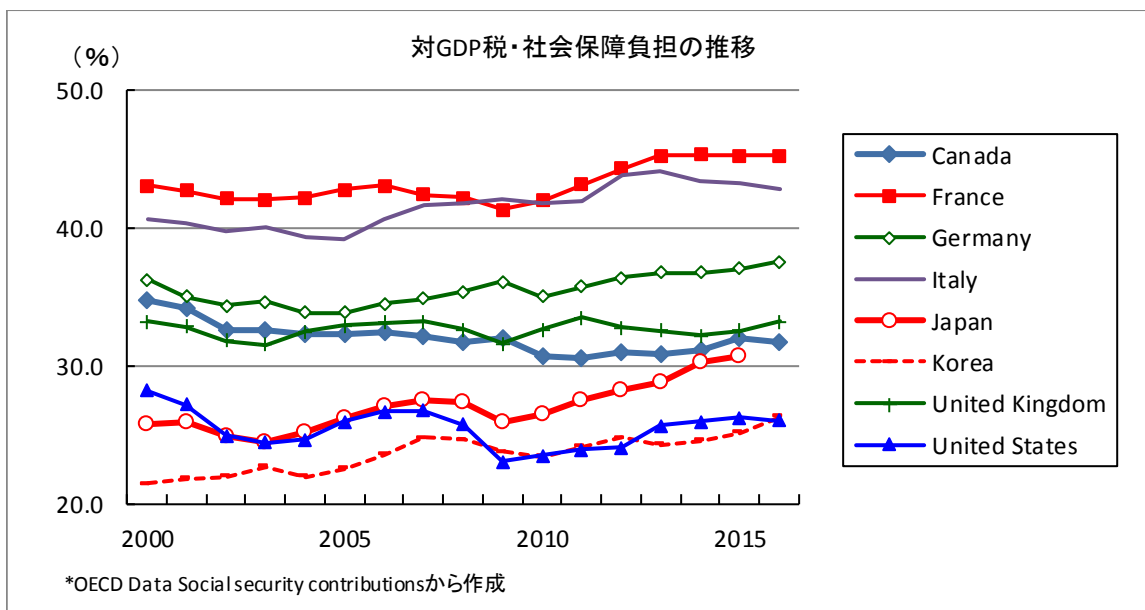
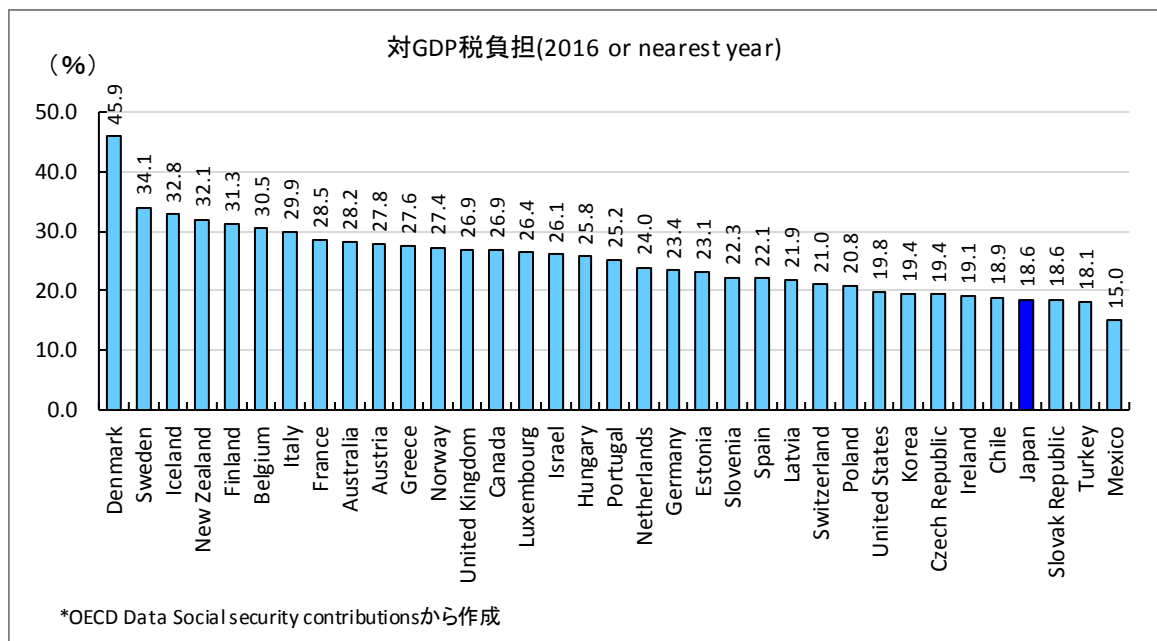


図 5.1.2 対 GDP 税・社会保障負担の推移



対 GDP 税・社会保障負担のうち税負担は、日本では 18.6%で 33 位である（図 5.1.3）。税負担率が突出して高いデンマークでは、付加価値税の標準税率が 25%である³⁹。フランスは社会保障財源の租税化を進めており、1991年には所得にかかる社会保障目的税（一般化拠出金）を創設した⁴⁰。

図 5.1.3 対 GDP 税負担



³⁹ 財務省「諸外国における付加価値税の標準税率の推移」

http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/consumption/103.htm

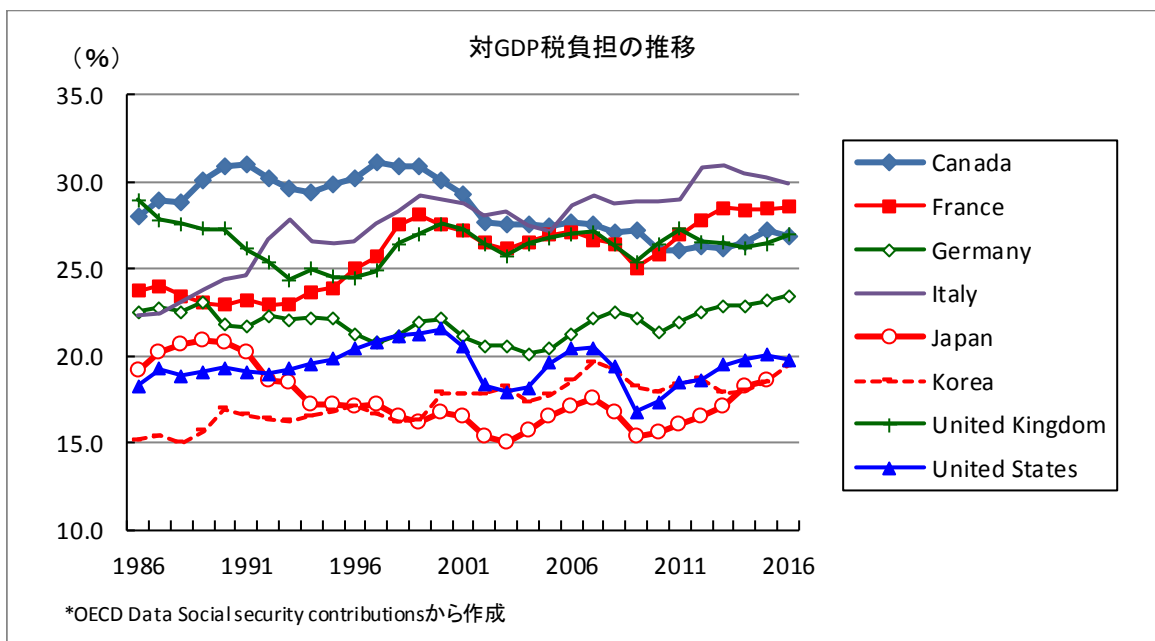
⁴⁰ 柴田洋二郎「フランスの医療保険財源の租税化」JRI レビュー 2017 Vol.9, No.48

<https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/jrireview/pdf/9997.pdf>

「1990年代から、形を変えてアルコールやタバコにかかる税収を、医療保険に充当することが行われていた。」「さらに、薬剤の生産や過剰消費から利益を得ている製薬所や薬剤販売の仲介業者にかかる税が医療保険に充当された。例えば、製薬所の広告費にかかる税（1983年から）や配給卸売商の販売にかかる税（1991年に例外的なものとして設けられ、1996年に常設的になり、1997年に製薬所の直接販売まで拡張された）である。」

日本は1989年に消費税率3%を導入し、1997年に5%、2014年に8%に引き上げた。1989年の消費税率の導入は増収をもたらしたが、その後は景気の低迷や消費税以外の減税によって、日本の対GDP税負担は低迷した。2010年代以降は日本の対GDP税負担は伸びているが、もっとも低い水準である(図5.1.4)。

図 5.1.4 対GDP税負担の推移



対 GDP 税・社会保障負担のうち社会保障負担は、日本では中央値よりやや上である（図 5.1.5）。G7 上位のフランス、ドイツは近年横ばいである（図 5.1.6）。

図 5.1.5 対 GDP 社会保障負担

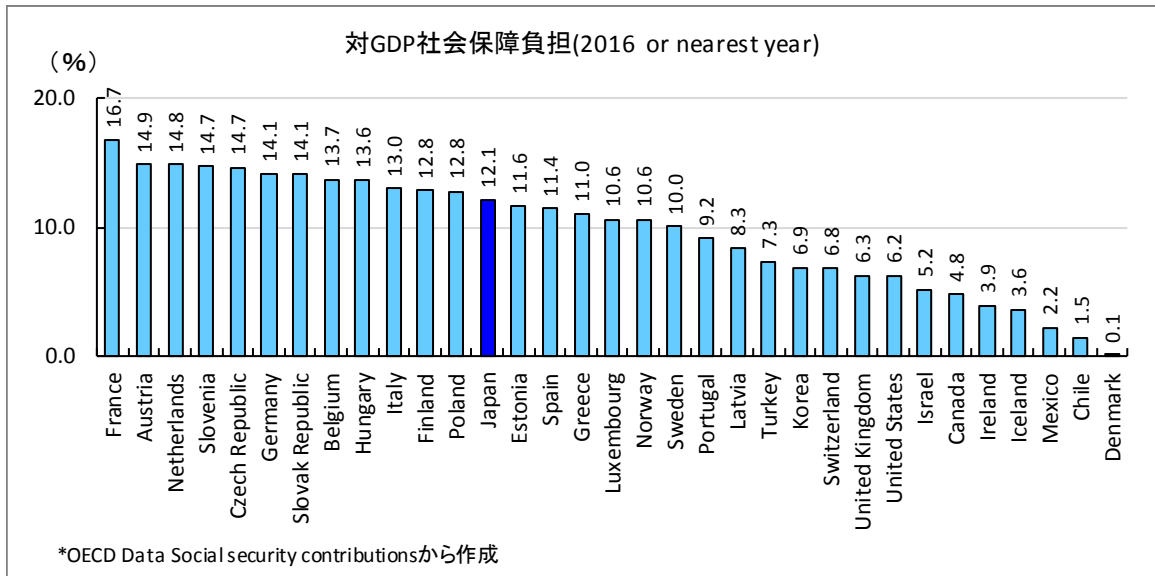
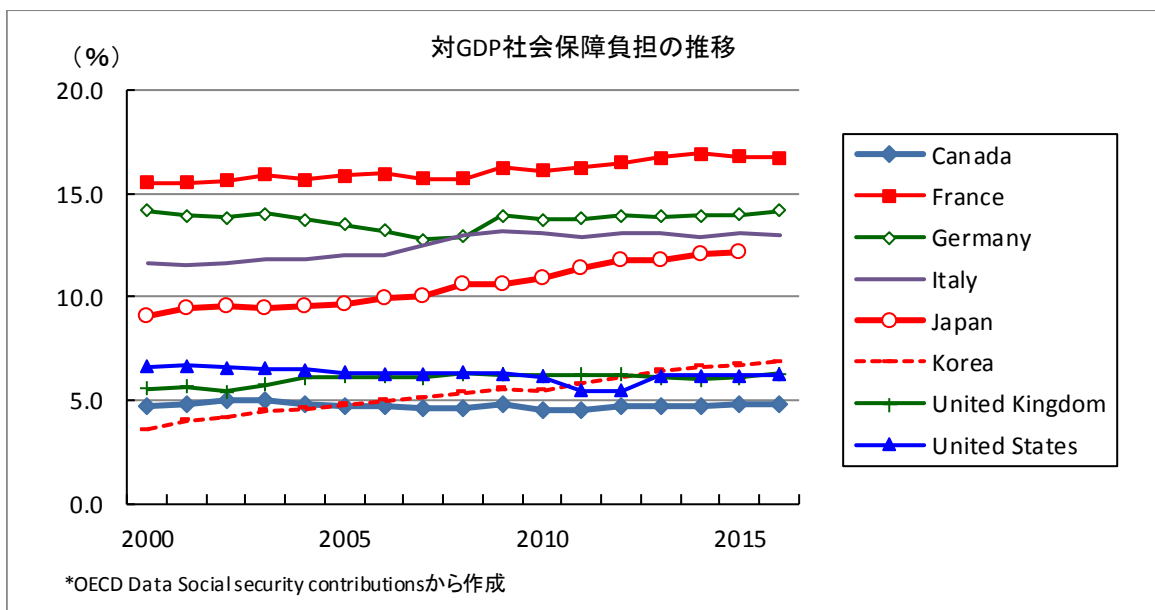


図 5.1.6 対 GDP 社会保障負担の推移



5.2. 社会支出

社会支出には、施設整備費など直接個人には移転されない費用を含む⁴¹。社会支出は以下の政策分野に分類されている（表 5.2.1）。

「高齢」は年金と介護保険で、高齢者も含めて医療費はすべて「保健」に含まれる。「家族」は日本では子ども・子育て支援に係る支出である。

表 5.2.1 社会支出の分類

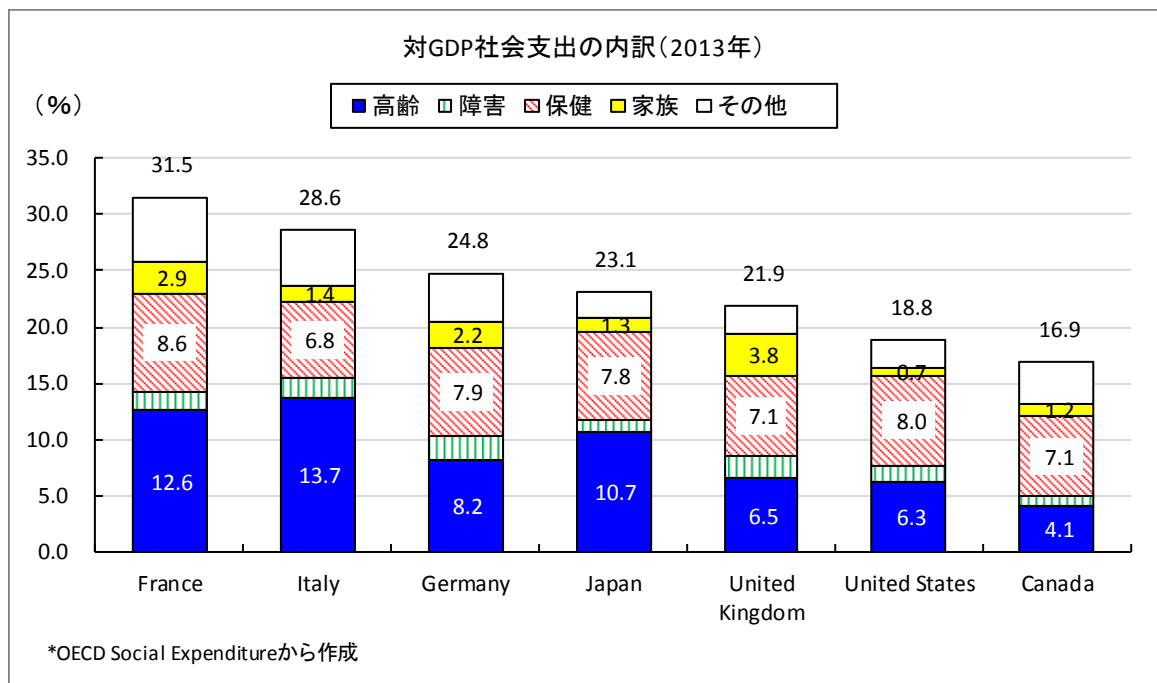
政策分野		例示(日本)
高齢	Old age	年金、介護保険
遺族	Survivors	遺族年金、死亡一時金、埋葬料
障害、業務災害、 傷病	Incapacity related	業務災害補償制度下の給付、障害者福祉のサービス給付、障害年金や療養中の所得保障としての傷病手当金
保健	Health	公的保健医療支出額。予防接種、健康診断等を含む(介護保険を除く)
家族	Family	児童手当、出産・育児休業手当、育児休業給付、介護休業給付、地域子ども・子育て支援事業費、保育所運営費
積極的労働市場 政策	Active labour market programmes	職業紹介事業等実施費、地域雇用機会創出等対策費、高齢者等雇用安定・促進費、教育訓練給付
失業	Unemployment	失業給付
住宅	Housing	住宅扶助(生活保護)、住宅対策費

*国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計(平成27年度)」から作成
<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h27/H27.pdf>

⁴¹ 国立社会保障人口問題研究所「社会保障費用統計(平成27年度)」IV 巻末参考資料 1. 主な用語の解説 http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h27/fsss_h27.asp

G7 と対比して日本の特徴を示すと、日本の対 GDP 社会支出は G7 の中で中位であり、「高齢」はやや手厚いがフランス、イタリアより薄く、「家族」は英国、フランス、ドイツ、イタリアよりも薄い（図 5.2.1）。

図 5.2.1 対 GDP 社会支出の内訳



税・社会保障負担と社会支出の関係を見ると、日本は G7 の中で対 GDP 税・社会保障負担は 6 位、対 GDP 社会支出は 4 位である (図 5.2.2)。対 GDP 税・社会保障負担の多くが社会支出に充てられており、社会支出以外に回せる財源が少ない (図 5.2.3)。

図 5.2.2 対 GDP 税・社会保障負担と社会支出 (2013 年)

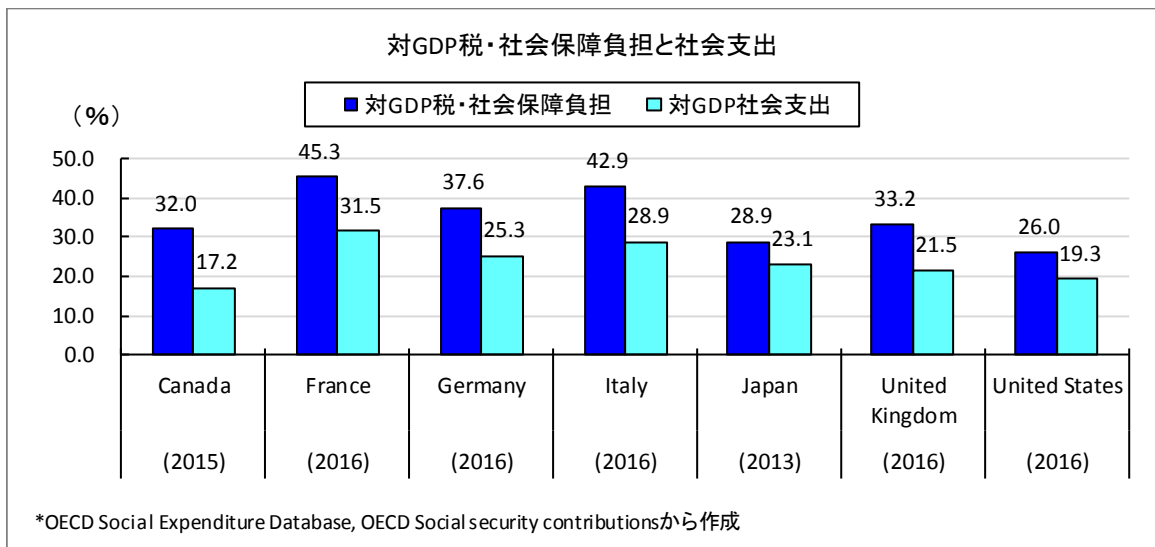
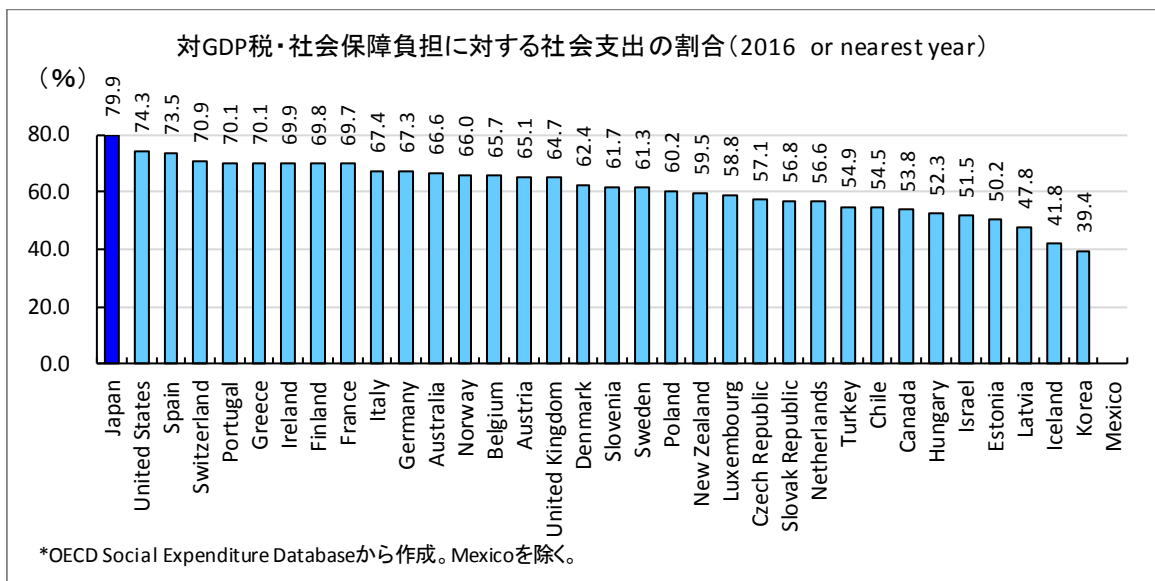


図 5.2.3 対 GDP 税・社会保障負担に対する社会支出の割合



【対 GDP 社会支出（全体）】

フランスがもっとも高く、日本は中央値よりは上である（図 5.2.4）。日本は 1990 年代以降、対 GDP 社会支出が上昇しているが、フランスもさらに伸ばしている（図 5.2.5）。

図 5.2.4 対 GDP 社会支出

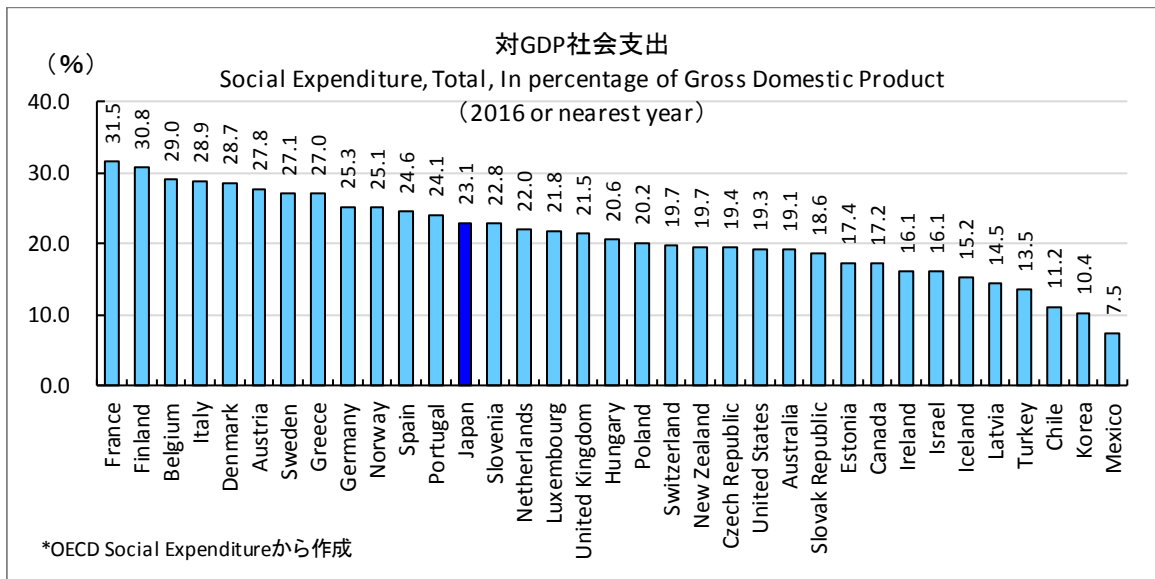
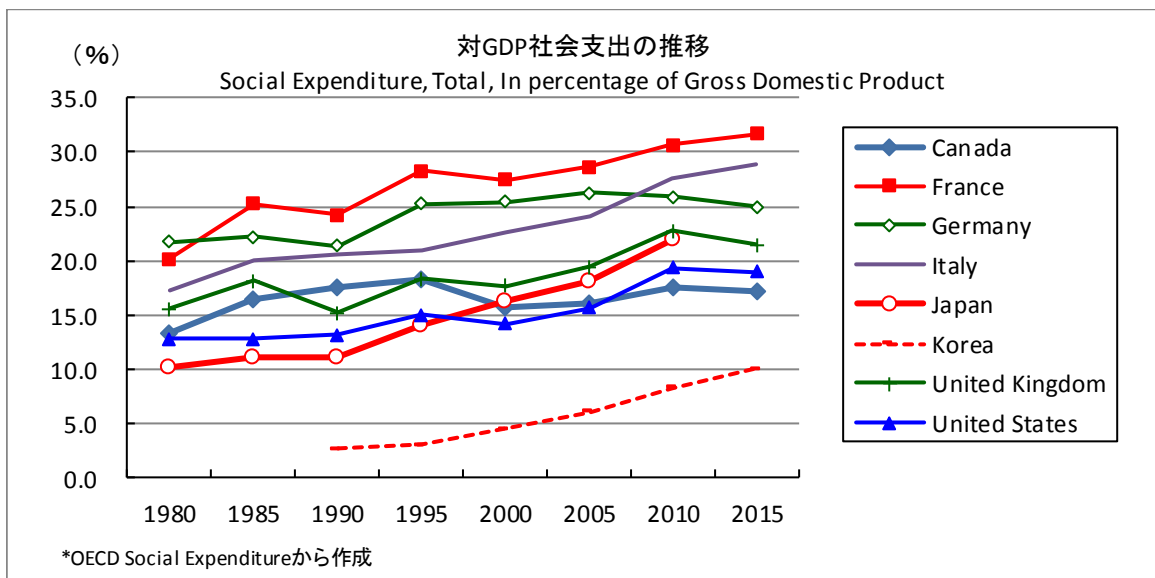


図 5.2.5 対 GDP 社会支出の推移



【対 GDP 社会（高齢）支出】

日本は 1990 年代以降、対 GDP「高齢」支出が上昇しているが、イタリア、フランスは日本よりも高い（図 5.2.6, 図 5.2.7）。

図 5.2.6 対 GDP 社会（高齢）支出

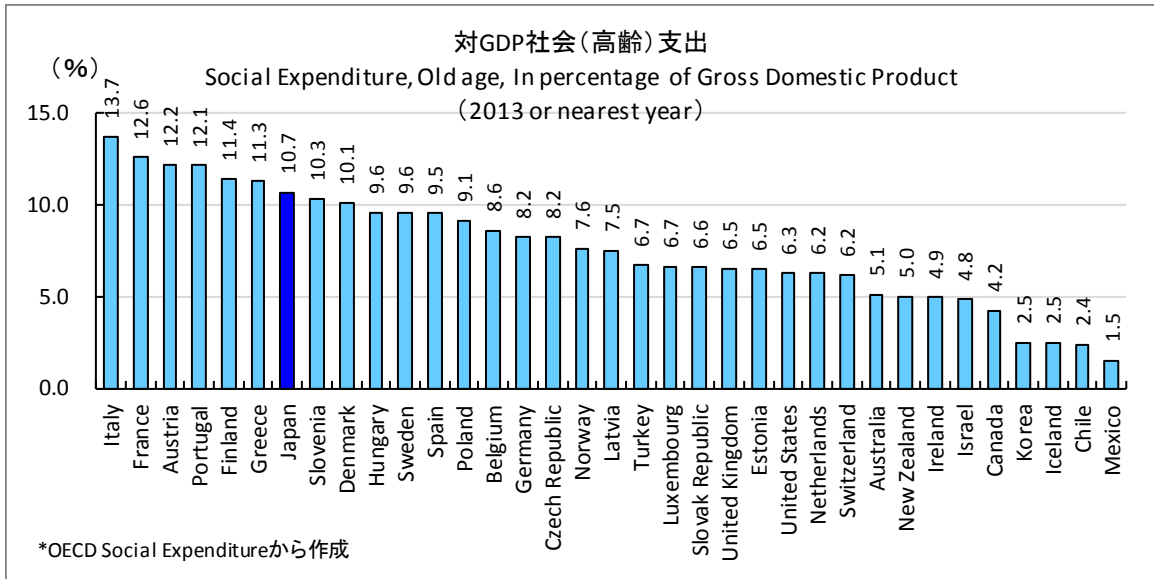
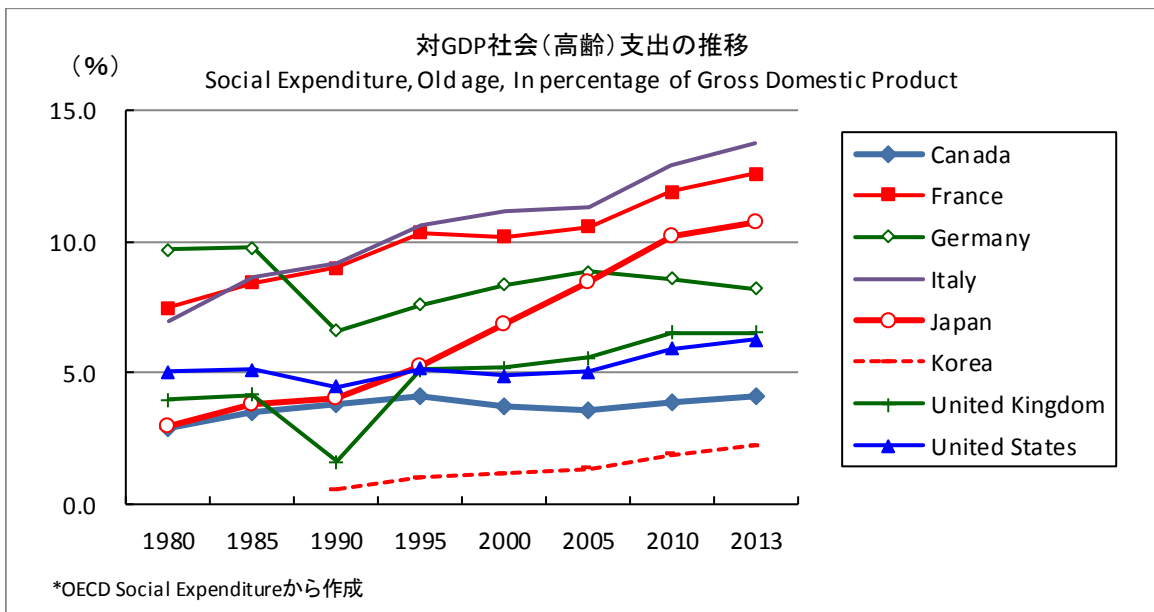
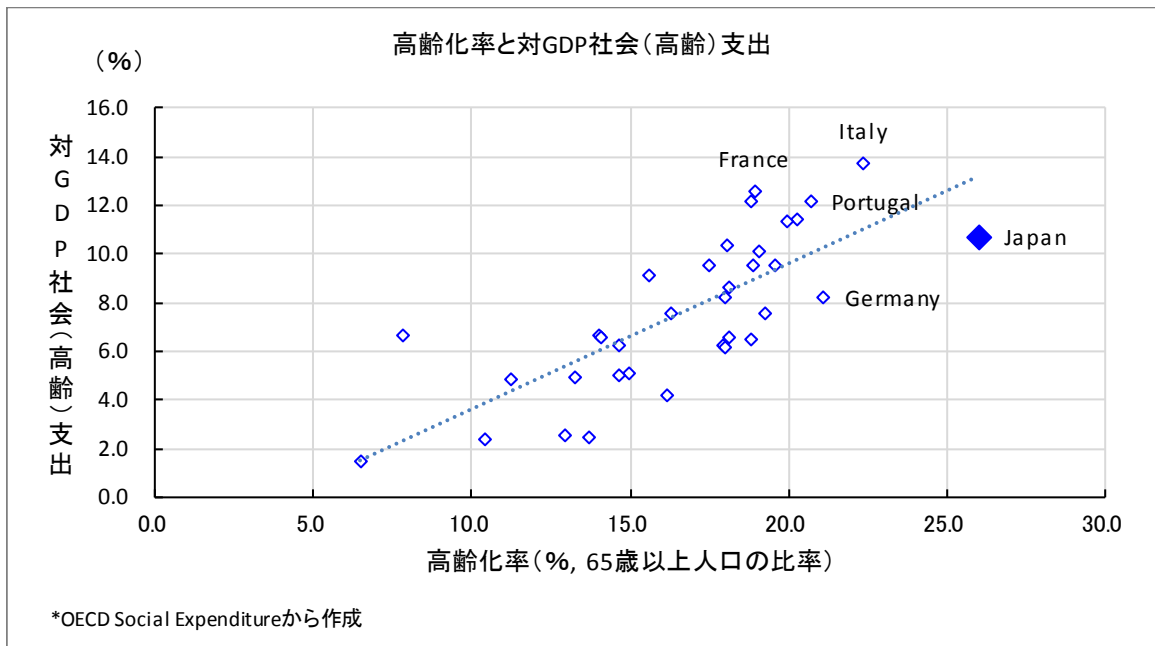


図 5.2.7 対 GDP 社会（高齢）支出の推移



高齢化率との関係で見れば、日本の対 GDP 社会「高齢」支出はそれほど高い水準ではない（図 5.2.8）。

図 5.2.8 高齢化率と対 GDP 社会（高齢）支出

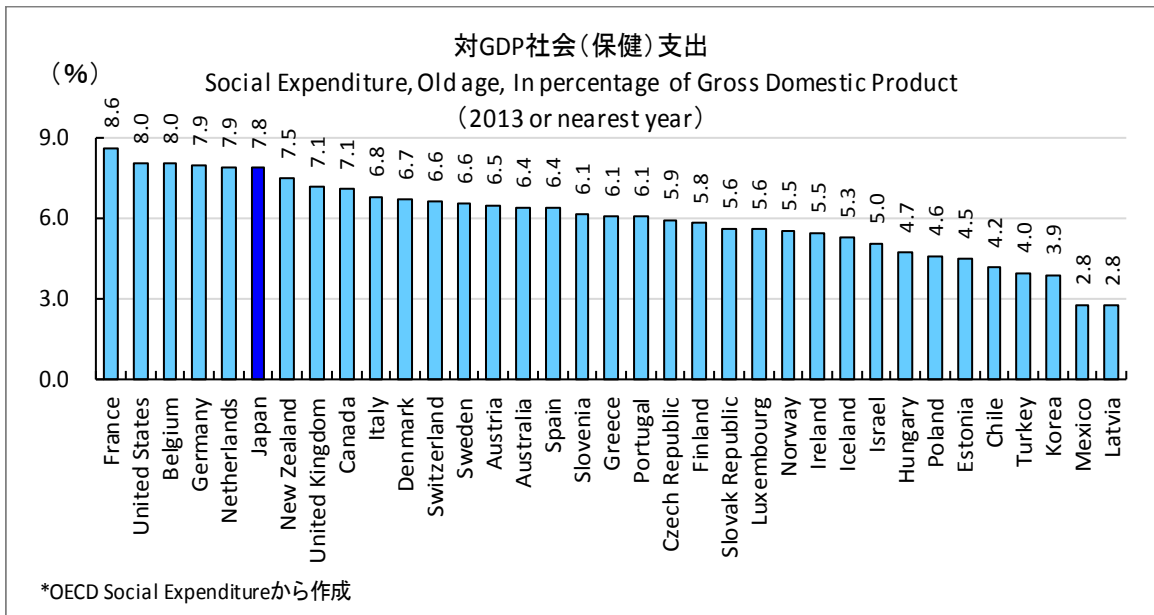


【対 GDP 社会（保健）支出】

対 GDP 「保健」（公的保健医療支出（予防接種を含む））支出は、おおむね G7 が上位で日本は 6 位である。米国は主に Medicare（メディケア）と Medicaid（メディケイド）であるが、それでも日本より高い（図 5.2.9）⁴²。

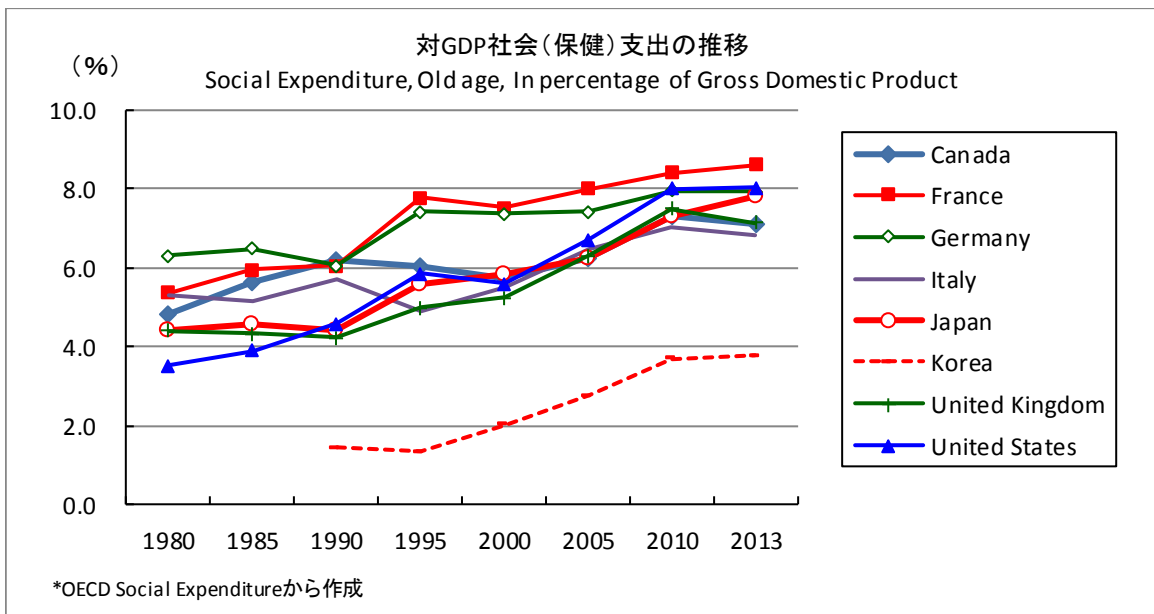
⁴² 米国の対 GDP 医療支出（Private Health Insurance を含む）は 17.9%（2016 年）で、このうち Medicare3.6%、Medicaid3.0%。Center for Medicare & Medicaid Services “National Health Expenditure Accounts: Methodology Paper, 2016”
<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/downloads/dsm-16.pdf>
 加入割合では、米国の医療保険加入者は 91.2%（2016 年）で、Medicare16.7%、Medicaid19.4%。
 “Health Insurance Coverage in the United States : 2016” US Census Bureau
<https://www2.census.gov/programs-surveys/demo/tables/p60/260/table1.pdf>

図 5.2.9 対 GDP 社会（保健）支出



G7 の対 GDP 「保健」支出は他の分野にくらべるとばらつきが少なく、傾向もある程度似通っている（図 5.2.10）。

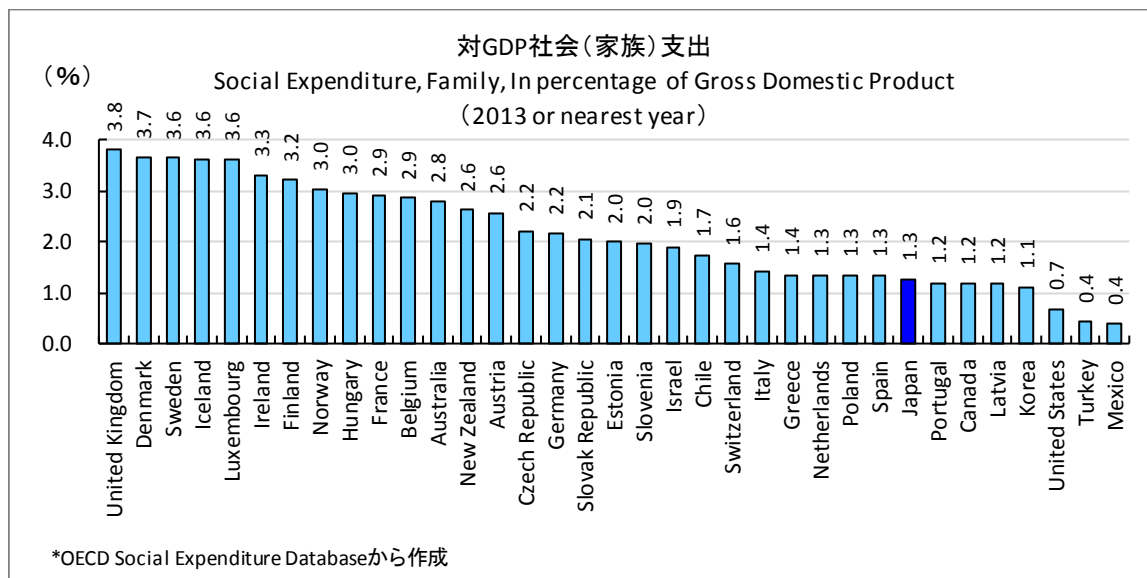
図 5.2.10 対 GDP 社会（保健）支出の推移



【対 GDP 社会（家族）支出】

日本の対 GDP 社会「家族」支出は低い（図 5.2.11）。

図 5.2.11 対 GDP 社会（家族）支出



次頁には 2013 年までの対 GDP 社会「家族」支出の推移は 2013 年までである（図 5.2.12）。その後日本では 2014 年に消費税率が 8%に引き上げられ、子ども・子育て支援の財源が確保されたが、2015 年の対 GDP 「家族」支出は 1.31%と推計されており⁴³、まだ数値としては上昇していない。

日本は対 GDP 社会「高齢」支出が高く、対 GDP 社会「家族」支出が低い。北欧諸国およびフランスは対 GDP 税・社会保障負担が高く（前述）、「高齢」支出も「家族」支出も高い（図 5.2.13）。

⁴³ 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計（平成 27 年度）」社会保障支出と国際比較 http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h27/fsss_h27.asp
2017 年 8 月時点の推計で、このときは 2013 年の日本の「家族」支出は 1.23%と推計されていた。
直近の OECD Social Expenditure(2018 年 2 月アクセス)では 2013 年の日本の「家族」支出は 1.26%。

図 5.2.12 対 GDP 社会（家族）支出の推移

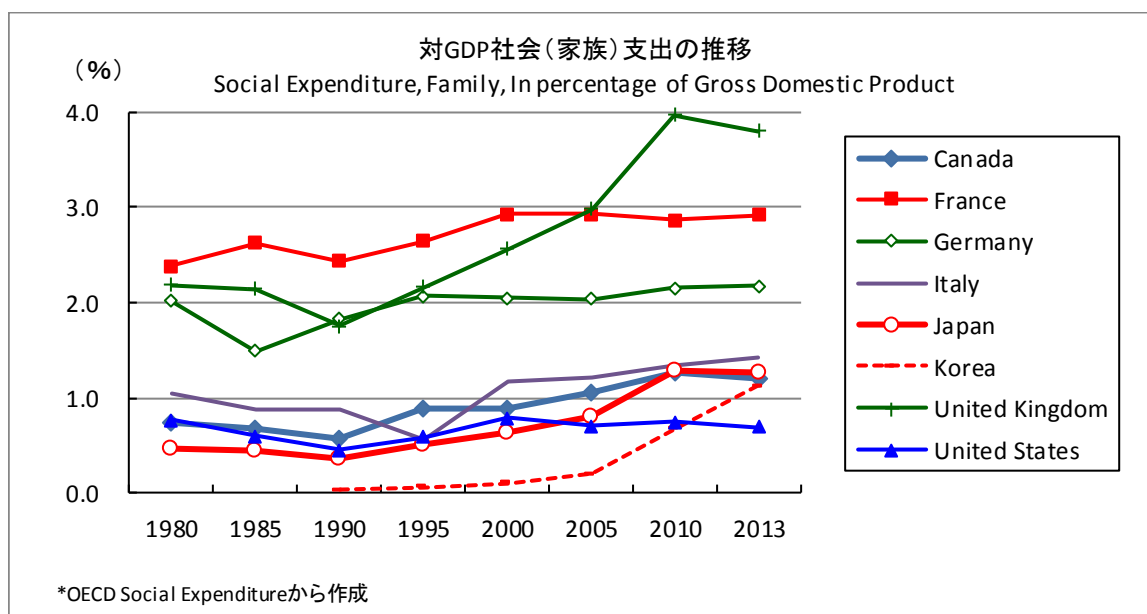
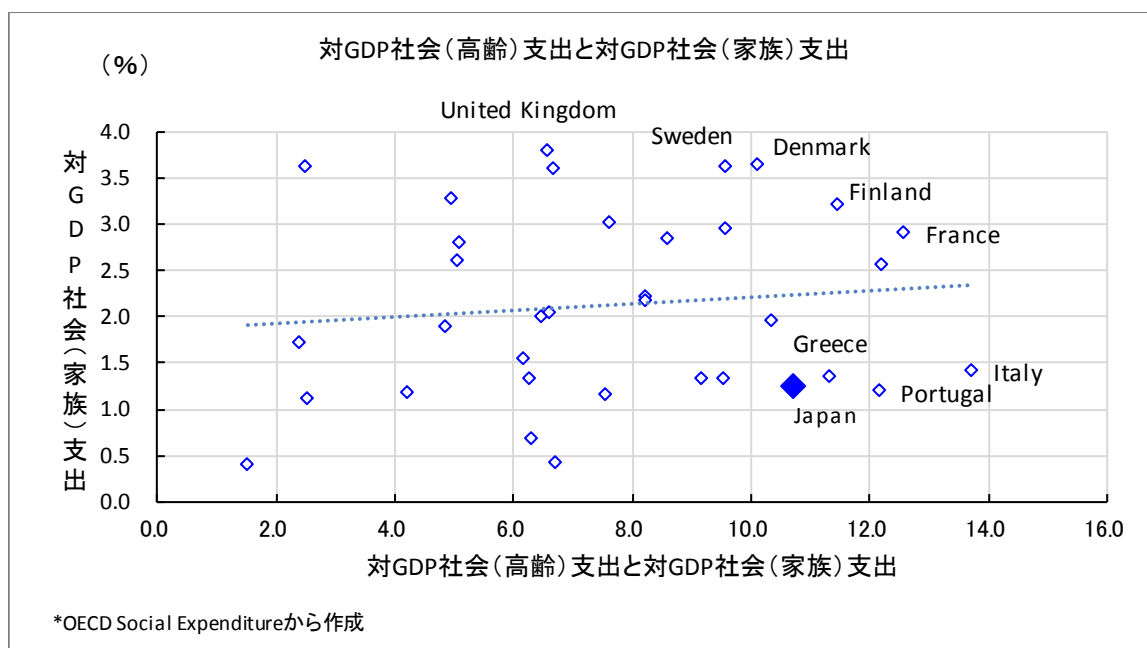


図 5.2.13 対 GDP 社会（高齢）支出と対 GDP 社会（家族）支出



まとめ

各国の保健医療制度はさまざまであり、国際比較は慎重に行う必要がある。そのことを断った上で、以下にまとめと所感を述べる。

国際比較データについて

- 日本の対 GDP 保健医療支出は 2015 年には 11.4% で 3 位になった。2016 年には分母の GDP の推計値を改訂して 10.9% で 6 位に下がったが、「3 位」のときのように大々的に報道されなかった。
- 日本の対 GDP 保健医療支出は 6 位であるが、医療財を除いた対 GDP 技術料関係支出は 10 位に下がる。
- 急性期病床について、諸外国は **Rehabilitative care beds**（リハビリケア病床）を含まないが、日本は回復期リハビリテーション病棟を含む。急性期病床とリハビリケア病床の合計は、日本よりもドイツのほうが多い。長期居住型施設（日本の介護施設に相当）についてもカバー範囲は各国で異なるが、日本は高い水準にはない。
- 行政や報道機関に対し、推計手法や定義を明確にした上で適切に国際比較データを扱うことをあらためて要望したい。

日本の高齢化と社会支出、医療費、医療提供体制など

- 日本の 1 人当たり保健医療支出は 1 人当たり GDP にほぼ見合った水準であるが、高齢化率の高さから見るとやや低い。1 人当たり医薬品費等は 1 人当たり GDP に比べて高い。
- 長期ケア病床と長期居住型施設病床については、日本は療養病床、老健、特養、有料老人ホーム、サ高住を合計しても、フランス、ドイツよりも少ない。
- 対 GDP 社会支出についても、日本は高齢化の割に「高齢」（年金、介護）関係の支出が高くない。しかし、税・社会保障負担（特に税）が低いことから、高齢関係支出はもとより社会支出全体の水準が低く抑制されており、「家族」（日本の子ども・子育て支援）関係の支出はかなり少ない。

参考資料

【統計】

- OECD Health Statistics 2017-NOVEMBER 2017(保健医療)
<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- OECD Economic Outlook No 102 -November 2017 (経済)
<https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=51396>
- OECD Social security contributions (税・社会保障負担)
<https://data.oecd.org/tax/social-security-contributions.htm>
- OECD Social Expenditure Database (社会支出)
<http://www.oecd.org/social/expenditure.htm>
- United Nations World Population Prospects: The 2017 Revision (人口、高齢化率)
<https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>
- IMF DATAMapper (GDP)
<http://www.imf.org/external/datamapper/NGDPD@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD>
- The World Bank World Development
<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>
- 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計（平成27年度）」
http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h27/fsss_h27.asp
- 満武巨裕「厚生労働統計データを利用した総保健医療支出（OECD 準拠の System of Health Account2.0）の推計方法の開発および厚生労働統計との二次利用推進に関する研究」2012年3月，一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
- 西沢（2015）：西沢和彦「『総保健医療支出』における Long-term care 推計の現状と課題－医療費推計精度の一段の改善を－」J R I レビュー 2015 Vol.11, No.30
<https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/jrireview/pdf/8438.pdf>

【各国医療制度】

- 厚生労働省「医療保障制度に関する国際関係資料について」
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000076442.pdf>
- 中村・樋口・飯田・北澤・山崎「諸外国における外国人受け入れ制度の概要と影響をめぐる各種議論に関する調査」独立行政法人労働政策研究機構, 2015年5月 <http://www.jil.go.jp/institute/siryu/2015/153.html>
- 厚生労働省「諸外国における地域移行をめぐる動向について」2015年6月, 内閣府障害者政策委員会資料
http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/ws2/270601/pdf/s3.pdf
- 片山信子「社会保障財政の国際比較－給付水準と財源構造－」レファレンス 2008年10月号, 国立国会図書調査室及び立法考査局
http://www.ndl.go.jp/jp/diet/publication/refer/200810_693/069304.pdf

【フランス】

- 松田晋哉「フランスの医療提供体制について」, 「岐路に立つフランス医療－日本にも迫るイギリス化の圧力－」2011年8月, 日本医師会・民間病院フランス医療・福祉調査団 報告書Ⅱ
- フランス医療保障制度に関する研究会編「フランス医療関連データ集【2016年度版】」2015年3月, 医療経済研究機構

【ドイツ】

- 真野俊樹「強力な医師会による当事者自治のドイツ医療－「ゲートキーパーはドイツの文化に合わず」－」2014年9月, 日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団報告書Ⅱ, 17頁
- 渡辺富久子「【ドイツ】 医療供給を強化するための公的医療保険法の改正」外国の立法, 2015年11月
http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9531505_po_02650207.pdf?contentNo=1
- 戸田典子「ドイツの医療費抑制施策－保険医を中心に－」国立国会図

書館, レファレンス 2008 年 11 月

http://www.ndl.go.jp/jp/diet/publication/refer/200811_694/069402.pdf

- Dr. Joachim Müller 「強力な医師会による当事者自治のドイツ医療」
194 頁, 2014 年 9 月, 日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団 報告書Ⅱ
- ドイツ医療保障制度に関する研究会編 「ドイツ医療関連データ集
【2016 年度版】」 2017 年 3 月, 医療経済研究機構

【英国】

- イギリス医療保障制度に関する研究会編 「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2015 年度版」 医療経済研究機構

【米国】

- “Health Insurance Coverage in the United States : 2016” US
Census Bureau
<https://www2.census.gov/programs-surveys/demo/tables/p60/260/table1.pdf>
- アメリカ医療関連データ集政策委員会 「アメリカ医療関連データ集
【2015 年版】」 2016 年 3 月, 医療経済研究機構