



慶應義塾大学ビジネス・スクール

日本の医療費：

2つの医療費概念から日本の医療を考える

1. 医療の位置づけ

団塊世代が65歳以上の高齢者になった現在、医療に関する関心は非常に大きい。高齢者の増加と共に少子化が進んでいる日本では、消費者が求める財やサービスも大きく変化しているからだ。

医療とは別の例として、大学教育を見てみよう。大学の入学定員は戦後増加を続けている^[1]。18歳人口が戦後1回目のピークである249万人となった昭和41年（1967年）、大学入学定員はわずか19万人であった。その年の志願者数は51万人、入学者は29万人であったので、定員超過率が150%を超えていた。その後入学定員は大幅に増加し、18歳人口が戦後2回目のピークである205万人となった平成4年（1992年）には、入学定員は47万人となった。この年、92万人の志願者が受験し54万人が入学した。当時大学教育は希少なサービスとして需要も大きく、大学入学のための様々なサービスにも需要が集まった。

当然のことながら、財やサービスの需要は人口動態に依存する。若年者の人口が増えている時期は若年者が必要とする教育・結婚・出産等に関連するサービスに需要が集まる。今後、高齢者が増える日本では、医療など健康を害した人々への財やサービスに需要が高まる。高齢者といっても、65歳から75歳の前期高齢者と75歳以上の後期高齢者では需要も異なるであろう。いずれにしても、健康・医療に対する需要は今後伸びることが予想されるため、医療産業が成長産業と考えられることも多い。第2次安倍内閣では2013年6月成長戦略として「日本再興戦略」を発表した。その中で、健康・医療分野は「戦略市場創造プラン」の中核をなしている。

^[1] 文部科学省の website より。アクセス：2017年8月24日

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/siryo/attach/_icsFiles/afieldfile/2012/06/28/1322874_2.pdf

本ケースは、慶應義塾大学ビジネス・スクール准教授 後藤 励がクラス討議の資料として作成した。ケース記載のすべての内容は、公表情報にもとづいている。

本ケースは慶應義塾大学ビジネス・スクールが出版するものであり、複製等についての問い合わせ先は慶應義塾大学ビジネス・スクールまで（〒223-8526 神奈川県横浜市港北区日吉4丁目1番1号、電話 045-564-2444、e-mail: case@kbs.keio.ac.jp）。慶應義塾大学ビジネス・スクールの許可を得ずに、いかなる部分の複製、検索システムへの取り込み、スプレッドシートでの利用、またいかなる方法（電子的、機械的、写真複写、録音・録画、その他種類を問わない）による伝送も、これを禁ずる。ケースの購入は <http://www.bookpark.ne.jp/kbs/> から。

Copyright © 後藤 励（2017年8月作成）

一方、社会保障支出の観点から、医療が国全体の負担となっている見方もやはり一般的である。2008年から国や都道府県が医療費適正化計画を策定し、その進捗状況と実績の評価を行っている。このように、健康・医療に関する見方は、経済成長の源泉という見方と、負担という見方の両者が混在している。最終的にどのように健康・医療を考えるにしても、どの程度お金を使っているのかを知ることが非常に重要である。医療費に関する統計としては、主に2種類の数字が使われている。それぞれを詳しく見てみよう。

2. 国民医療費

まず一つ目は、厚生労働省が毎年公表している「国民医療費」である^[2]。統計の対象は、「当該年度内の医療機関等^[3]における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものである。非常にわかりにくい表現であるが、これを読み解くことで日本の医療制度と医療費の関係への理解が深まる。

ポイントは、「保険診療の対象となり得る傷病の治療」という表現である。傷病つまり病気でないといけないため、病気とは見なされない自然分娩や、まだ病気になっていない人たちに医療行為を行うことは含まれていない。後者に関しては、一般的な健康診断や特定の病気を見つけるための検診つまり予防がある。といっても、ある患者さんが何らかの症状や訴えをもって受診したとしよう。診察した医師が「〇〇がんの疑い」という診断をすれば、その患者さんに対する検査などは保険診療の対象となる。一方、健診や検診については、自治体・企業で行うもの、人間ドックなど自己負担で行うものいずれにしろ、医療機関を受診するほどの症状や訴えはないことが多い。これらは、保険診療で行うことが出来ない。

また、「保険診療の対象となり得る」とあるので、実際の治療が保険診療で行われなくてもよい。保険診療の対象となり得る傷病が健康保険以外で治療されるのはどのような場合であろうか？これには、細かなものを含めればかなり多くの場合がある。たとえば、結核や精神疾患に対する措置入院はそれぞれ、感染症予防法、精神保健福祉法に基づいて全額税金（公費）で診療費がまかなわれる。両者とも本人の意思とは無関係の強制を伴う診療であること、社会のためという性質があるためといえる。

さらに、自己負担を求めるべきではなく、もっぱら社会全体が支えるべきだと考えられている状況に対する制度もある。たとえば、予防接種による副作用が原因での治療や水俣病などの公害による病気の治療は、病気自体はアレルギーや神経疾患など保険診療の対象となる病気であるが、その治療は健康保険以外での制度で行われている。

^[2] 政府統計に関するポータルサイトは「e-stat」を参照。 <https://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do> 国民医療費の概要に関しては、厚生労働省のサイトを参照。 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>

^[3] 「医療機関等」とあるが、たとえば薬局は医療機関（病院や診療所）には分類されない。ただし、処方薬をもらう場合の医療費は国民医療費に含まれている。

そのほかにはどのようなものがあるだろうか？たとえば、自動車事故で骨折したときの治療費は自動車保険で支払われることが一般的である。これも「保険診療の対象となる傷病＝骨折」の治療といえる。また、健康保険でカバーされない治療が行われ自費で支払った場合についても推計を行っている。

「国民医療費」は厚生労働省の調査だから、実際に支払われた医療費を積算して統計を作っていると考えるかもしれないが、この統計も実数値の測定ではなく「推計」である。先ほどあげた 100%税で支払われる公費医療については、実際に治療費全額が政府から医療機関に支払われている。しかし、保険診療の場合患者自己負担があり、厚生労働省がデータを持っているのは、保険者から医療機関や薬局に支払われた金額のみである。そのため、自己負担金をすべて患者が払ったものとして医療費を推計している。近年、患者からの未収金の増加が問題視されており、実際の医療機関の収入と乖離している可能性もある。

全額自己負担の場合は、さらに「推計」の度合いが濃くなる。厚生労働省では3年に一度、9月中に退院した人や、10月中のある3日間に医療機関に外来で受診したり入院している患者さんを対象に「患者調査」を行っている。この調査は医療機関を対象にした標本調査であるが、健康保険を用いたかどうかについても調査を行っている。自由診療に関しては、その医療機関に受診している人の中で完全に自由診療で診察を受けている人の人数を求め、全国推計患者を得ている。ただし、自由診療の医療費を計算するには国民健康保険の一日あたりの医療費をかけている。実際の自由診療での価格付けは自由であるから、自由診療が保険診療と同様の診療と報酬を行えばという仮定をしており、実際の費用とは大きく乖離するであろう。

また、国民医療費は医療サービスのためにかかった費用（コスト）を計算しているわけではない。あくまでも政府や健康保険の保険者が医療機関や薬局に支払った額を中心として推計を行っている。実際に医療機関がサービスにどのくらい費用をかけたかがすべて考えられているわけではない。特に公的医療機関であれば、総務省の作成した基準の下で赤字に対して一般会計から補填が行われる。また、民間病院もなんらかの公的な補助金をえて運営している場合がある。このように、国民医療費は医療サービスがどのくらいのコストをかけて行われているかについての統計ではなく、「保険診療を中心とした医療支出統計」と言った性格を持つ。

国民医療費の推移を見てみよう。図1を見ると、1998年に30兆円程度であったものが、2013年には40兆円となっている。この間、2000年に介護保険が導入されそれまで保険診療で行われていた入院治療が介護保険で支払われるようになったため、前年に比べて1.8%減少している。2002年、2006年もわずかながら減少しているが、それぞれ診療報酬改訂において大きなマイナス改定が行われた。この間人口や国内総生産はほぼ変わらないか漸減しているので、一人あたりの医療費や対国内総生産比は上昇が続いている。

3. 総保健医療支出（THE）

上記のように国民医療費は、傷病給付中心の日本の健康保険制度に基づき、政府（税）や保険者（保険料）の支出を中心に医療費を推定したものである。健康にかかわる財やサービスを包括的に考慮するものではない。したがって、健康関連の産業の経済全体の位置づけを見るためには適切な数字ではない。また、日本の医療制度を基に推定しているので、諸外国と比較することは難しい。

もう一つの総保健医療支出：Total Health Expenditure（THE）は、国民医療費とは違う医療費概念である。OECD（経済開発協力機構）が加盟各国に作成を依頼とりまとめをしており、2001年から総保健医療支出などの経済統計に加え、病床数や医師・看護師数などの医療資源量、検診受診率・喫煙率・肥満率など健康アウトカムに関連する数値を各国比較可能な形で OECD Health Data として公表している。総保健医療支出についても、各国の医療制度の違いを越えて、健康を保つために使われる様々な財やサービスを広く取り扱っている。

THE のもう一つの特徴は、GDP（国内総生産）を計算するとき用いられる、国民経済計算（System of National Accounts: SNA）の考えを保健医療に応用している点である。

国民経済計算は、一国全体の経済活動を様々な角度から数値化する。簡単のため、米農家とおにぎり工場しかない経済を考えよう。種籾や塩などの原材料のことを今考えないこととする。米農家は稲を育て米を作る。これを 100 万円でおにぎり工場に売ったとすると、米作りによって 100 万円の付加価値が生まれたことになる。一方おにぎり工場では 100 万円を米を仕入れ、おにぎりを作りそれを 500 円で売ったとしよう。おにぎり生産によって 400 万円の付加価値が生まれたことになる。したがって、この経済全体では $100 \text{ 万円} + 400 \text{ 万円} = 500 \text{ 万円}$ の付加価値が生まれている。このように、ある一定の期間の間に財やサービスの付加価値を合計したものを生産面から見た GDP という。この例では、おにぎりを作るための原料は米だけなので、米作りとおにぎり生産の各段階の付加価値の合計＝最終生産物の価値となっていることはすぐ分かる。

米とおにぎりを作るためには、原材料のほかに労働力や機械などの生産要素が必要になる。付加価値合計の 500 万円は労働者（農家なら家族内労働であるが意味は変わらない）に給料として払われたり、おにぎり工場の経営者や株主に対してやはり給与や配当などの形で払われる。したがって、生産面で見ると GDP は、生産要素を差し出した人への報酬の合計（分配面の GDP）と等しいことになる。

分配されたお金は、人々がモノやサービスの消費にお金を回す。残ったお金は、未来の消費のために貯蓄するか、投資することになるだろう。このように、分配されたお金は何らかの形で支出されるので、分配面の GDP = 支出面の GDP ということになる。

上の例では、世の中に最終生産物は一つしかなく、法人や政府といった人間以外の経済主体もいなかった。また、ほかの国や地域もない。実際の GDP 計算では、輸出や輸入といった他国との取引や

政府部門の支出、税や補助金など考慮すべき要素は複雑である。しかし、生産面の GDP = 分配面の GDP = 支出面の GDP という三面等価が成り立つことには変わりはない。一国の経済全体を考えると、モノやサービスの付加価値、それを作ったことに対する報酬、報酬を使う先、どの視点から考えるかはとても重要である。

THE では、GDP と同じ「生産」「分配」「支出」の三つの側面を用いているわけではない。GDP を計算するために SNA があるように、THE を計算するために用いられる保健医療のマクロ経済的な集計手段を SHA (System of Health Accounts) と呼ぶ。ここでは、保健医療全体を三つの側面からとらえている^[4]。

一つ目は、最終的に人々が使う健康に関わる財やサービスの分類であり、「機能 (functioning)」と呼ばれる。保健医療に含まれる財やサービスの定義は次の通りである。

“all activities with the primary purpose of improving, maintaining and preventing the deterioration of the health status of persons and mitigating the consequences of ill-health through of qualified health knowledge [medical, paramedical, and nursing knowledge, including technology, and traditional, complementary and alternative medicine (TCAM)]”

(訳) 人々の健康状態の悪化を改善、現状維持さらには予防し、また不健康の結果を緩和することを第一の目的とするすべての活動。それは適切な健康の知識に基づいて行われる (医学、そのほかの医療従事者に関する知識、看護の知識、伝統・代替医療も含む)

二つ目は、機能面からみた種々の財やサービスを提供する「供給主体 (provider)」である。供給主体分類の概要を図 2 に示している。まず、供給主体は国内と国外に分けられる。国内の供給者は、供給者の活動のうち、機能分類で定義した保健医療サービスを中心的に供給しているか否かで一次供給者か二次供給者に分けられる。また、他の産業から家事支援などの境界的なサービスに参入している供給者は HP.8.9 に別に分類される。通常、保健医療に関連する供給者は一次供給者のことだと考えるだろうが、保健医療システムの管理を行っている公・民の機関、家族ケアを行っている家計、事業の一部として保健医療産業に従事している企業なども供給者に含まれる。

三つ目は、「財源 (financing)」である。保健医療に関する種々の財やサービスに対して誰がお金を払っているかを分類している。こちらは大きく分けると、税や社会保険などの政府によって強制力をもって集められた資金、民間保険などの自発的な意志で集められた資金、家計自己負担、国外の資金に分類される。

保健医療制度は、国ごとに文化・歴史的な背景や制度が違う。一方で、OECD 各国は現在や近い将来高齢化に直面する国が圧倒的に多く、保健医療制度に関して異なる政策を比較検討することが急

^[4] 現在用いられている SHA (SHA2011) の詳細に関しては、OECD/Eurostat/WHO. A System of Health Accounts 2011: OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en> を参照のこと。

務である。完璧な比較などおそらくあり得ないだろうが、毎年各国の担当者が集まり概念整理や各国の統計の整備状況などをアップデートしている。

5 それでは、日本の保健医療支出についてのデータを見ていこう。図3は、OECD各国のTHEのGDPに占める割合を高い順に25位まで示したものである。アメリカが2位以下を引き離してダントツの1位になっている。それ以下は、2位のスイスをのぞけば10%台から11.2%の間に10カ国が含まれており、日本も10.9%とその中に入っている。2015年の国民医療費は41.5兆円であった。2015年の名目GDP530兆円からTHEは57.7兆円となるので、差額は約16兆円となる。また、表1、表2は、供給主体別、財源別のTHEに占める割合をそれぞれG7各国で示したものである。

10 GDPは国全体のマクロ経済の代表的な指標である。GDPの伸びが経済成長の指標として重視される。上で述べたように、THEはGDPと同様の考え方で作られた医療費の指標である。そのように考えると、THEの伸びは、一国の経済全体の中で保健医療というセクターが経済成長の原動力となり得ることを示しているとも言える。一方で、国民医療費の伸びは高齢化による財政の負担の増加の指標として用いられている。

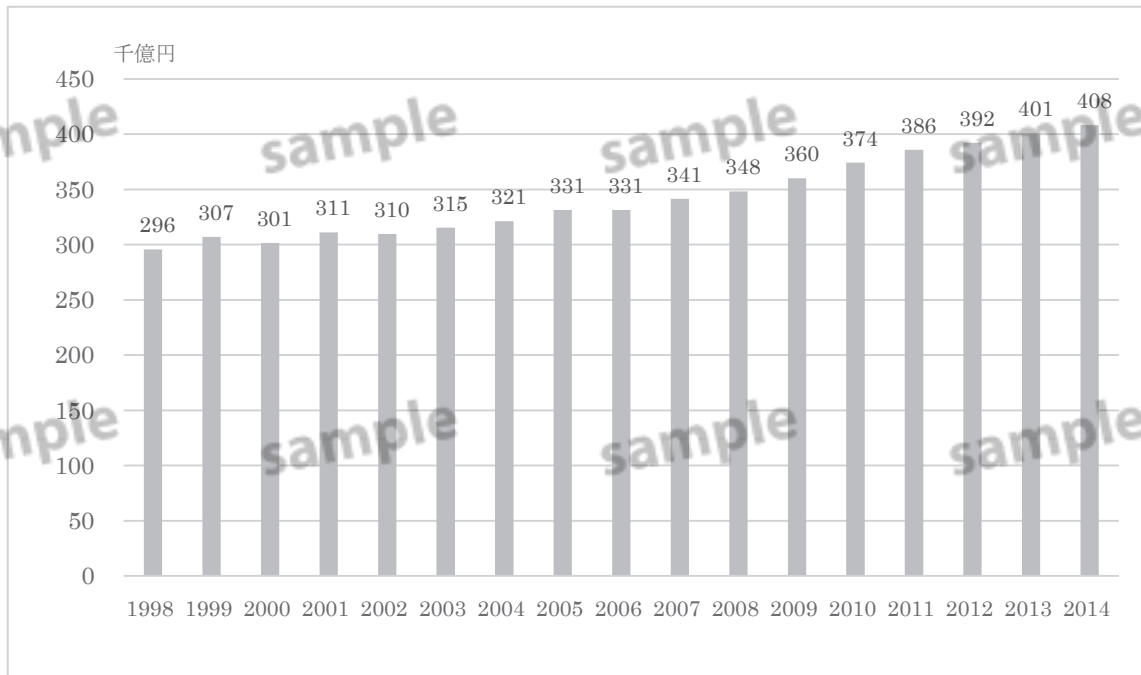
15 日本の保健医療を見る目としてどちらかの見方が一方的に正しいということはないだろう。財政の持続可能性を保ちながら、保健医療を経済成長の原動力となりうる産業としていくためには、どのような方策が必要だろうか？

20

25

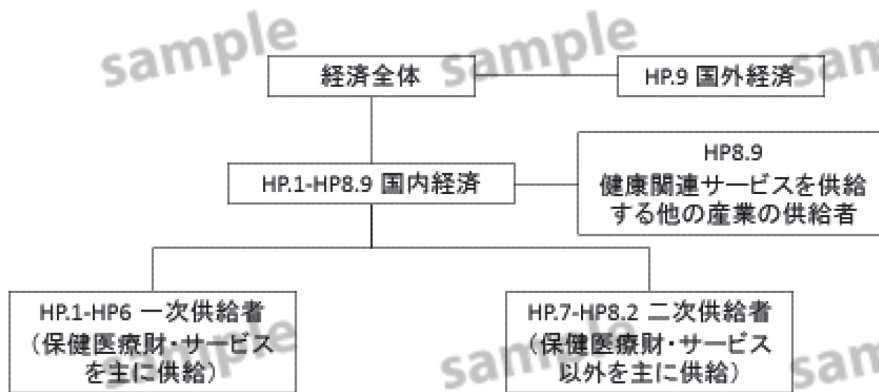
30

図1：国民医療費の推移（1998年～2014年）



出典：厚生労働省 国民医療費（平成26年）

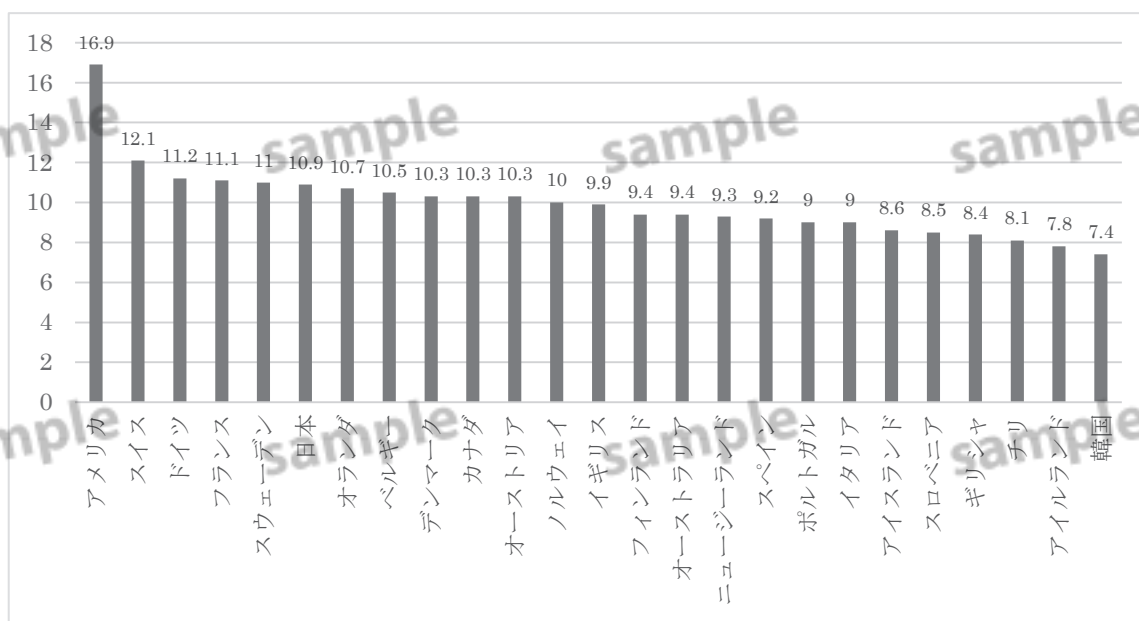
図2：供給主体分類の概要



- HP.1 病院
- HP.2 居住系介護施設
- HP.3 外来ケア供給者
- HP.4 補助的サービス供給者
- HP.5 医療財の小売業者他
- HP.6 予防医療供給者

- HP.7 保健医療制度管理の供給者
- HP.8.1 家庭での保健医療サービスを行う家計
- HP.8.2 そのほかの二次供給者

図3：OECD 各国の総保健医療支出（2015年 GDP 比）



注：OECD Health Data より筆者作成（2017年8月29日アクセス）

表1：供給主体別で見た THE の G7 比較

2014	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	日本	イギリス	アメリカ
病院	30.7	39.7	29.5	45.9	41.3	41.1	34.4
居住系介護施設	10.8	6.9	8.9	5.9	8.5	12.3	5.5
外来ケア供給者	27.3	22.5	31.3	21.5	28.2	23.0	30.8
補助的サービス供給者	1.5	3.0	1.3	4.7	0.6	1.7	NR
医療財の小売業者等	20.0	19.5	19.2	17.1	17.2	11.7	13.4
予防医療供給者	5.6	1.3	0.6	3.1	2.5	1.6	2.9
保健医療制度管理供給者	3.1	6.0	5.3	1.8	1.3	2.4	8.2
その他	0.3	1.0	3.2	NR	0.0	4.5	0.4

注：数字は THE 全体に占める割合 (%) NR は報告がないもの

表 2 : 財源別で見た THE の G7 比較

2015	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	日本	イギリス	アメリカ
THE GDP 比	10.3	11.1	11.2	9.0	10.9	9.9	16.9
うち税・社会保険	70.2	78.9	84.5	74.9	84.0	79.7	49.4
うち民間保険	15.2	14.3	3.0	2.3	2.9	5.5	39.6
うち家計自己負担	14.6	6.8	12.5	22.8	13.1	14.8	11.1

注：単位は%

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

不 許 複 製

慶應義塾大学ビジネス・スクール

共立 2017.9 PDF