

我が国の医療費の現状

～医療を巡る問題を考える（１）～

調査情報担当室 大谷 敏彰

(構成)

1. 医療費の現状
 - 1-1. 医療費の統計
 - 1-2. 国民医療費の特色
 - 1-3. 国民医療費の現状
 - 1-4. 財源別国民医療費
 - 1-5. 年齢階級別国民医療費
 2. 国民医療費の増加要因
 3. 国民医療費の将来見通し
 4. 医療費の国際比較と医療費統計に関する議論
- 補論 医療費の実質化－医療費の価格指数（デフレーター）について

我が国では、昭和36年に医療・年金に関して国民皆保険・皆年金の体制が整ってからおよそ半世紀が経過した。この間、社会情勢は大きく変動し、現在未曾有の少子高齢社会を迎えている。これに伴って、我が国の社会保障制度の根幹をなす年金・医療・介護等の社会保険についても様々な問題を内包することになった。

医療に関しては、医療費の増大、高齢者と若年者の医療費格差、医療保険の保険者財政の逼迫などの費用面の課題のほか、高齢者医療制度の在り方等をはじめとする制度改革も待ち受けている。

本稿は、今後の医療を巡る様々な課題を考えていくため、我が国の医療費の現状について総論的に概括することを目的としたものであり、個々の課題等の各論は次回以降に譲ることとする。

1. 医療費の現状

1-1. 医療費の統計

医療費に関する統計は、厚生労働省（以下「厚労省」という。）をはじめとし

て、保険者や診療報酬審査支払機関等からも様々なものが公表されている。その中で、我が国の医療費全般を論じる際に通例用いられているのが、厚労省統計情報部が毎年公表している「国民医療費」である。厚労省から公表されている包括的な医療費統計には、同省保険局から出されている「医療費の動向」もあり、総額的な医療費を把握する際の速報性¹の観点からは優位性がある。しかし、詳細な内容構成の違いやデータ範囲の広さなどから国民医療費の方が一般的には重用されており、議論の俎上に上がることも多い。したがって、本稿においては、基本的に国民医療費により医療費の現状について概観することにする。

ちなみに、図表1は、国民医療費と医療費の動向に掲載されている「概算医療費²」の推移である。平成17年度以降についてみると、国民医療費の方が概ね0.7兆円程度、概算医療費よりも大きな額で推移している。これにより、公表されていない年度の国民医療費のおおよその総額が推測できるという利点もある。

図表1 国民医療費と概算医療費の推移

(兆円)

	平成17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度
(A)国民医療費	33.1	33.1	34.1	34.8	36.0	37.4	—
(B)概算医療費	32.4	32.4	33.4	34.1	35.3	36.6	37.8
(A)－(B)	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	—

(出所) 「平成22年度 国民医療費」及び「医療費の動向」各年度版より作成

また、一方、我が国の医療費として対外的に公表されている医療費、例えば、OECD Health Dataに掲載されている医療費は、国民医療費を含めた、より広範なデータにより別種の統計が作成されている。これについては「4. 医療費の国際比較と医療費統計に関する議論」で後述する。

¹ 公表時期は、国民医療費の2年度遅れに対し、医療費の動向は1年度遅れとなっている。国民医療費の公表時期の遅さについては、かねてより指摘されることが多いが、使用する基礎的統計が確定した後に作成するため、公表までに日時を要している。医療費の動向は平成24年8月下旬に23年度について公表された。一方、「平成22年度 国民医療費の概況」は同年9月下旬に公表された。

² 概算医療費とは、診療報酬の審査支払機関である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で処理される診療報酬等の計数をもとに算定された医療費である。

1-2. 国民医療費の特色

国民医療費という医療費統計は、一般的に考え得る医療費を網羅的に含むものではなく、範囲を限定した上で作成されたものである。定義的に言えば、「国民医療費³とは、医療機関等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」であり、具体的には、「医療保険制度等による給付、後期高齢者医療制度や公費負担医療制度による給付、これに伴う患者の一部負担などによって支払われた医療費を合算したもの」である。

したがって、国民医療費には「保険診療の対象とならない先進医療、選定療養や不妊治療における生殖補助医療」などの費用は含まれないし、傷病の治療に限定しているため、「正常な妊娠・分娩に要する費用や健康診断・予防接種等に係る費用」なども含まない。また、具体的な費用の算定に当たっては、各種の基礎的な統計資料等から推計した加工統計であることに特徴がある。昭和29年度の国民医療費が公表されてから、毎年継続的に公表されており、半世紀以上の歴史を有している。

1-3. 国民医療費の現状

図表2及び図表3のとおり、平成22年度の国民医療費は37兆4,202億円、前年度に比べ1兆4,135億円、3.9%の増加となった。人口一人当たりでは29万2,200円、前年度に比べ9,800円、3.5%増加した。また、対GDP（国内総生産）比では7.81%（前年度7.60%）、対NI（国民所得）比は10.71%（前年度10.51%）となった。年度によって多少の上下はあるにしても国民医療費の対GDP比、対NI比ともに徐々に拡大しており、対NI比は平成21年度に引き続いて10%を超えた⁴。

統計が公表された初年度の昭和29年度における国民医療費の額は、2,152億円であったので、22年度までの50数年間で名目値で約150倍に拡大したことになる。一方、同期間におけるGDPやNIは名目値でおよそ50倍程度の拡大であるので、国民医療費がこの間、いかに大きく伸びたかが分かる。

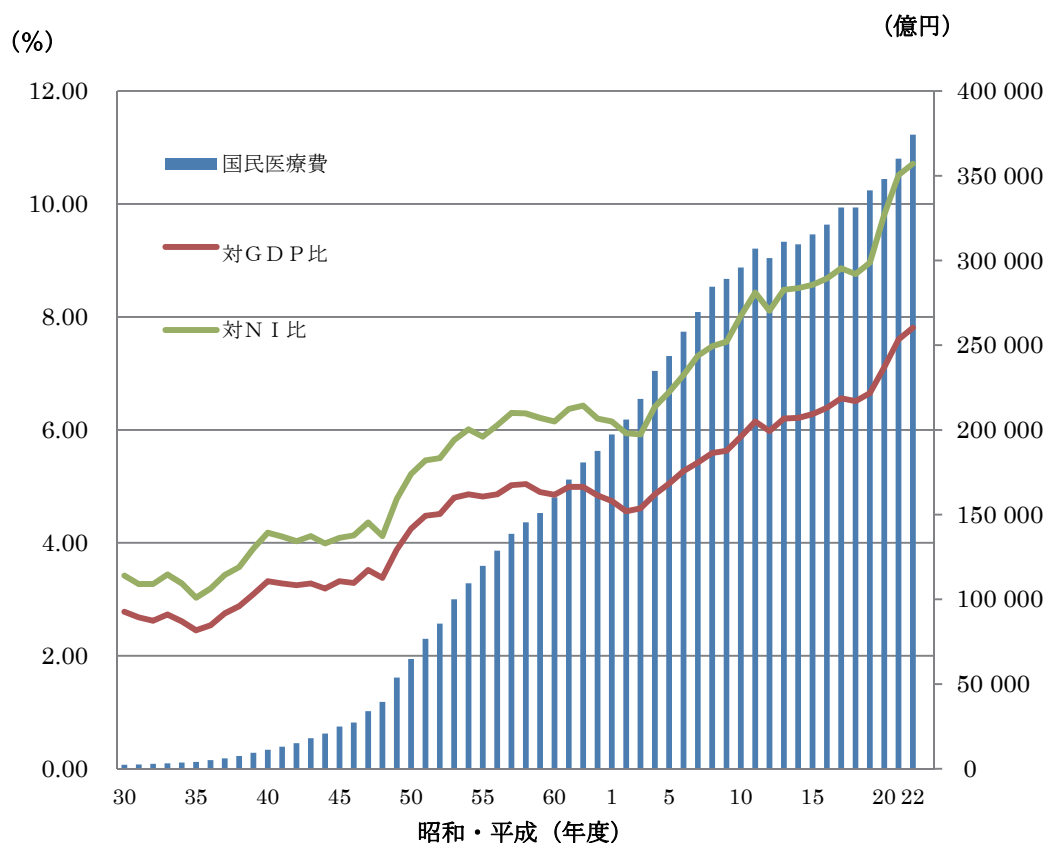
図表3により、その推移をみると昭和30年代後半から50年代初めにかけて、特に大きな伸びを示している。国民皆保険が達成された昭和36年度は、前年度比で25%超の高い伸びを示した。その後、昭和38・39年の両年度においても

³ 国民医療費の詳細については、『平成21年度 国民医療費』厚生労働省大臣官房統計情報部編』（平成24年1月 厚生労働統計協会）及び「平成22年度 国民医療費の概況」（厚生労働省大臣官房統計情報部）による。

⁴ 図表を含め、本稿の国民医療費、GDP及びNIの数値は名目値である。

前年度比で20%を超えている。それ以降、昭和46年度を除き53年度まで前年度比で10%を超えており、20%超えも複数年度にわたっている。その中でも、昭和49年度は前年度比で36.2%増という過去最大の伸びを示した。

図表2 国民医療費等の推移



(出所)「平成22年度 国民医療費」より作成

この時期に医療費が増大した背景には、いくつかの要因がある。まず、医療保険の整備により国民皆保険が達成され、国民が医療機関に受診しやすくなったことが挙げられる。特に昭和30年代後半の医療費増大は、この理由によるところが大きいと思われる。言ってみれば、利用環境の整備に伴う利用者の拡大がもたらした結果といえる。それに加えて、昭和30年代から40年代が経済の高度成長期であったことも関係している。国民所得の上昇、物価の高騰を反映した診療報酬等の引上げが招いた結果といえる。また、医療機器・医療技術の高度化、さらに、給付の拡大を伴う医療施策（保険給付率の引上げ、老人医療

図表3 国民医療費と国内総生産(GDP)・国民所得(NI)の年次推移

年度	国民医療費		対前年増減(総額)		対GDP比 (%)	対NI比 (%)	GDP (億円)	対前年 増減 (%)	NI (億円)	対前年 増減 (%)
	総額 (億円)	1人当たり (千円)	(億円)	(%)						
昭和29	2,152	2.4								
30	2,388	2.7	236	11.0	2.78	3.42	85,979		69,733	
31	2,583	2.9	195	8.2	2.68	3.27	96,477	12.2	78,963	13.2
32	2,897	3.2	314	12.2	2.62	3.27	110,641	14.7	88,681	12.3
33	3,230	3.5	333	11.5	2.73	3.44	118,451	7.1	93,829	5.8
34	3,625	3.9	395	12.2	2.61	3.28	138,970	17.3	110,421	17.7
35	4,095	4.4	470	13.0	2.45	3.03	166,806	20.0	134,967	22.2
36	5,130	5.4	1,035	25.3	2.54	3.19	201,708	20.9	160,819	19.2
37	6,132	6.4	1,002	19.5	2.75	3.43	223,288	10.7	178,933	11.3
38	7,541	7.8	1,409	23.0	2.88	3.57	262,286	17.5	210,993	17.9
39	9,389	9.7	1,848	24.5	3.09	3.90	303,997	15.9	240,514	14.0
40	11,224	11.4	1,835	19.5	3.32	4.18	337,653	11.1	268,270	11.5
41	13,002	13.1	1,778	15.8	3.28	4.11	396,989	17.6	316,448	18.0
42	15,116	15.1	2,114	16.3	3.25	4.03	464,454	17.0	375,476	18.7
43	18,016	17.8	2,900	19.2	3.28	4.12	549,470	18.3	437,209	16.4
44	20,780	20.3	2,764	15.3	3.19	3.99	650,614	18.4	521,178	19.2
45	24,962	24.1	4,182	20.1	3.32	4.09	752,985	15.7	610,297	17.1
46	27,250	25.9	2,288	9.2	3.29	4.13	828,989	10.1	659,105	8.0
47	33,994	31.6	6,744	24.7	3.52	4.36	964,863	16.4	779,369	18.2
48	39,496	36.2	5,502	16.2	3.38	4.12	1,167,150	21.0	958,396	23.0
49	53,786	48.6	14,290	36.2	3.88	4.78	1,384,511	18.6	1,124,716	17.4
50	64,779	57.9	10,993	20.4	4.25	5.22	1,523,616	10.0	1,239,907	10.2
51	76,684	67.8	11,905	18.4	4.48	5.46	1,712,934	12.4	1,403,972	13.2
52	85,686	75.1	9,002	11.7	4.51	5.50	1,900,945	11.0	1,557,032	10.9
53	100,042	86.9	14,356	16.8	4.80	5.82	2,086,022	9.7	1,717,785	10.3
54	109,510	94.3	9,468	9.5	4.86	6.01	2,252,372	8.0	1,822,066	6.1
55	119,805	102.3	10,295	9.4	4.82	5.88	2,483,769	10.3	2,038,787	11.9
56	128,709	109.2	8,904	7.4	4.86	6.08	2,761,628	6.5	2,116,151	3.8
57	138,659	116.8	9,950	7.7	5.02	6.30	2,761,628	4.4	2,201,314	4.0
58	145,438	121.7	6,779	4.9	5.04	6.29	2,887,727	4.6	2,312,900	5.1
59	150,932	125.5	5,494	3.8	4.90	6.21	3,082,384	6.7	2,431,172	5.1
60	160,159	132.3	9,227	6.1	4.85	6.15	3,303,968	7.2	2,605,599	7.2
61	170,690	140.3	10,531	6.6	4.99	6.37	3,422,664	3.6	2,679,415	2.8
62	180,759	147.8	10,069	5.9	4.99	6.43	3,622,967	5.9	2,810,998	4.9
63	187,554	152.8	6,795	3.8	4.84	6.20	3,876,856	7.0	3,027,101	7.7
平成元	197,290	160.1	9,736	5.2	4.74	6.15	4,158,852	7.3	3,208,020	6.0
2	206,074	166.7	8,784	4.5	4.56	5.94	4,516,830	8.6	3,468,929	8.1
3	218,260	176.0	12,186	5.9	4.61	5.92	4,736,076	4.9	3,689,316	6.4
4	234,784	188.7	16,524	7.6	4.86	6.41	4,832,556	2.0	3,660,072	△ 0.8
5	243,631	195.3	8,847	3.8	5.05	6.67	4,826,076	△ 0.1	3,653,760	△ 0.2
6	257,908	206.3	14,277	5.9	5.27	6.97	4,893,788	1.4	3,700,109	1.3
7	269,577	214.7	11,669	4.5	5.42	7.31	4,977,400	1.7	3,689,367	△ 0.3
8	284,542	226.1	14,965	5.6	5.59	7.48	5,090,958	2.3	3,801,609	3.0
9	289,149	229.2	4,607	1.6	5.63	7.56	5,136,129	0.9	3,822,945	0.6
10	295,823	233.9	6,674	2.3	5.88	8.02	5,033,241	△ 2.0	3,689,757	△ 3.5
11	307,019	242.3	11,196	3.8	6.15	8.43	4,995,442	△ 0.8	3,643,409	△ 1.3
12	301,418	237.5	△ 5,601	△ 1.8	5.98	8.11	5,041,188	0.9	3,718,039	2.0
13	310,998	244.3	9,580	3.2	6.20	8.48	5,017,106	△ 0.5	3,667,838	△ 1.4
14	309,507	242.9	△ 1,491	△ 0.5	6.21	8.51	4,980,088	△ 0.7	3,638,901	△ 0.8
15	315,375	247.1	5,868	1.9	6.28	8.57	5,018,891	0.8	3,681,009	1.2
16	321,111	251.5	5,736	1.8	6.39	8.68	5,027,608	0.2	3,700,883	0.5
17	331,289	259.3	10,178	3.2	6.56	8.86	5,053,494	0.5	3,740,848	1.1
18	331,276	259.3	△ 13	△ 0.0	6.51	8.76	5,091,063	0.7	3,781,051	1.1
19	341,360	267.2	10,084	3.0	6.65	8.96	5,130,233	0.8	3,810,615	0.8
20	348,084	272.6	6,724	2.0	7.11	9.81	4,895,201	△ 4.6	3,547,672	△ 6.9
21	360,067	282.4	11,983	3.4	7.60	10.51	4,738,592	△ 3.2	3,425,189	△ 3.5
22	374,202	292.2	14,135	3.9	7.81	10.71	4,792,046	1.1	3,492,777	2.0

(注1) 平成12年4月から介護保険制度が開始され、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したものがある。

(注2) GDP及びNIは、比較・一覧のため体系基準年の異なる計数を便宜上繋げて掲載している。

(出所) 「平成22年度 国民医療費」統計表を一部加工

費無料化⁵等)が実施されたことも医療費増大の大きな要因であったと考えられる。

その後、昭和 54 年度以降の国民医療費は、前年度比で 10%未満の拡大となり、それまでと比べればやや低く推移することとなった。これは、国民医療費の高騰や国の財政事情⁶が厳しくなったこと等を背景に、医療費を抑制⁷する方向に舵が切られたことによる。

さらに、平成に入ってから、一段と低い伸びが続いており、平成 9 年度以降は前年度比で 5 %未満の伸びに抑制されている。その中でも、平成 12 年度、14 年度、18 年度は、前年度比でマイナスを示すまでになった。特に、平成 12 年度は前年度比で 5,000 億円を超える大きな減額となったが、この背景には、同年 4 月から介護保険制度が施行されたことに伴って、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の方へ移行したものがあり、その費用分が国民医療費から落ちたことによる影響が大きいとみられている。

1-4. 財源別国民医療費

次に、図表 4 は、国民医療費を公費、保険料、患者負担等の財源別にみたものである。平成 22 年度については、公費分は 14 兆 2,562 億円(構成割合 38.1%)、保険料分は 18 兆 1,319 億円(同 48.5%)、患者負担分は 4 兆 7,573 億円(同 12.7%)となっている。

図表 5 により、平成以降における財源別の構成割合の推移を見てみると、公費負担は 30%台前半から後半へと高まっており、保険料負担は 50%台半ばから 40%台後半へと落ちている。患者負担については、12%台から 14%台の間で推移しており、若干の上下の動きは見られるが、ほぼ横ばいの状態にある。

公費負担については、国庫負担は 23、24%台が 25%台後半へと微増であるが、地方負担は 6 %台から 12%台へと顕著に増加している。公費負担が全般的に増加している背景には、財政力が弱いといわれる国民健康保険(国保)や全国健康保険協会(協会けんぽ)に対する負担⁸が増えていることや、公費負担の大きい高齢者医療の対象者が拡大していることによると考えられ、今後この傾向は

⁵ 老人医療費無料化は、国の施策としては昭和 48 年に実施されたが、その後の医療費の急激な拡大をもたらすきっかけとなった。

⁶ 税収の落ち込みと財政支出の拡大を背景に、昭和 50 年度補正予算で 40 年度以来 10 年ぶりに赤字国債が発行された。

⁷ 昭和 50 年代の医療費抑制策は、被保険者の一部負担引上げ(55 年健保法改正)、老人保健法制定(57 年、受診時一部負担等)、被保険者の定率負担導入(59 年健保法改正)などがある。

⁸ 国保への保険者支援制度の創設や協会けんぽに対する国庫補助の引上げ等などがある。

一層強まることが予測される。

図表4 財源別国民医療費

財 源	平成22年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)
国 民 医 療 費	374,202	100.0
公 費	142,562	38.1
国 庫	97,037	25.9
地 方	45,525	12.2
保 険 料	181,319	48.5
事 業 主	75,380	20.1
被 保 険 者	105,939	28.3
患 者 負 担	47,573	12.7
そ の 他	2,749	0.7

(注) その他は、原因者負担（公害健康被害の補償等に関する法律による補償給付及び健康被害救済制度による救済給付）

(出所) 「平成22年度 国民医療費」統計表を一部加工

図表5 財源別国民医療費の構成割合の推移

年 度	公 費		保 険 料			患 者 負 担	
	国 庫	地 方	事 業 主	被 保 険 者			
平成元年(1989)	31.4	24.7	6.7	56.1	24.0	32.1	12.3
5(1993)	30.7	23.7	7.0	57.5	25.0	32.5	11.6
10(1998)	33.4	24.6	8.7	53.3	22.9	30.5	13.2
12(2000)	33.2	24.7	8.5	53.4	22.7	30.7	13.4
15(2003)	35.1	25.7	9.4	50.0	20.9	29.1	14.8
16(2004)	35.9	26.2	9.7	49.7	20.6	29.1	14.4
17(2005)	36.6	25.2	11.4	49.0	20.3	28.7	14.4
18(2006)	36.8	24.9	11.9	48.8	20.1	28.8	14.4
19(2007)	36.8	24.8	12.0	49.0	20.2	28.8	14.1
20(2008)	37.1	25.1	12.0	48.8	20.4	28.3	14.1
21(2009)	37.5	25.3	12.1	48.6	20.3	28.3	13.9
22(2010)	38.1	25.9	12.2	48.5	20.1	28.3	12.7

(注) 「平成22年度 国民医療費」より作成

1-5. 年齢階級別国民医療費

図表6は、年齢階級別にみた国民医療費である。平成22年度は全体で37.4兆円のうち、65歳未満がおよそ16.7兆円(構成比約45%)、65歳以上が約20.7

兆円（同 55%）となっている。人口構成⁹は、65 歳未満が約 77%、65 歳以上が 23%であるので、人口で 4 分の 1 に満たない 65 歳以上の高齢者の医療費が、金額では全体の半分以上を占めていることになる。

1 人当たり医療費は 65 歳未満が 16.9 万円であるのに対し、65 歳以上は 70.3 万円であり、若年者と高齢者では 4 倍強の格差が生じている。さらに細かい年齢区分でみると、1 人当たり医療費が最も低いのは 15～44 歳で 10.6 万円、一方、最も高いのが 75 歳以上の後期高齢者で 87.9 万円となっており、その格差は 8 倍以上という非常に大きなものとなっている。高齢者は若年者と比較して医療機関を受診する機会が多く、いったん疾病に罹患すると治癒までの期間も

図表 6 年齢階級別国民医療費、構成割合及び人口 1 人当たり国民医療費等の年次推移

	平成13 年度 (2001)	14 (2002)	15 (2003)	16 (2004)	17 (2005)	18 (2006)	19 (2007)	20 (2008)	21 (2009)	22 (2010)
医療費・総額(億円)	310,998	309,507	315,375	321,111	331,289	331,276	341,360	348,084	360,067	374,202
65歳未満										
医療費(億円)	156,964	156,877	155,832	155,705	159,039	155,752	158,378	158,085	160,587	167,027
対前年度増減(億円)	1,188	△87	△1,045	△127	3,334	△3,287	2,626	△293	2,502	6,440
同(%)	0.8	△0.1	△0.7	△0.1	2.1	△2.1	1.7	△0.2	1.6	4.0
構成割合(%)	50.5	49.7	49.4	48.5	48.0	47.0	46.4	45.4	44.6	44.6
1人当たり(千円)	150.3	151.1	151.6	151.4	155.9	154.0	157.9	158.9	163.0	169.4
0～14歳										
医療費(億円)	20,625	20,531	20,197	20,055	21,948	21,070	21,986	22,326	22,595	24,176
対前年度増減(億円)	△181	△94	△334	△142	1,893	△878	916	340	269	1,581
同(%)	△0.9	△0.5	△1.6	△0.7	9.4	△4.0	4.3	1.5	1.2	7.0
構成割合(%)	6.6	6.6	6.4	6.2	6.6	6.4	6.4	6.4	6.3	6.5
1人当たり(千円)	112.8	113.4	112.8	113.1	124.8	120.9	127.1	130.0	132.8	143.6
15～44歳										
医療費(億円)	48,486	50,311	48,505	48,502	49,477	46,324	48,212	48,362	48,951	49,959
対前年度増減(億円)	△188	1,825	△1,806	△3	975	△3,153	1,888	150	589	1,008
同(%)	△0.4	3.8	△3.4	△0.0	2.0	△6.4	4.1	0.3	1.2	2.1
構成割合(%)	15.6	16.3	15.4	15.1	14.9	14.0	14.1	13.9	13.6	13.4
1人当たり(千円)	96.3	100.2	97.0	97.7	101.0	95.2	99.8	101.0	103.3	106.1
45～64歳										
医療費(億円)	87,853	86,035	87,130	87,148	87,614	88,358	88,180	87,397	89,042	92,891
対前年度増減(億円)	1,557	△1,818	1,095	18	466	744	△178	△783	1,645	3,849
同(%)	1.8	△2.1	1.3	0.0	0.5	0.8	△0.2	△0.9	1.9	4.3
構成割合(%)	28.2	27.8	27.6	27.1	26.4	26.7	25.8	25.1	24.7	24.8
1人当たり(千円)	245.5	242.2	246.0	245.9	247.1	251.9	254.2	254.1	261.0	268.2
65歳以上										
医療費(億円)	154,034	152,631	159,542	165,404	172,250	175,523	182,982	189,999	199,479	207,176
対前年度増減(億円)	8,394	△1,403	6,911	5,862	6,846	3,273	7,459	7,017	9,480	7,697
同(%)	5.8	△0.9	4.5	3.7	4.1	1.9	4.2	3.8	5.0	3.9
構成割合(%)	49.5	49.3	50.6	51.5	52.0	53.0	53.6	54.6	55.4	55.4
1人当たり(千円)	673.6	645.9	656.2	664.9	668.6	659.8	666.3	673.4	687.7	702.7
70歳以上										
医療費(億円)	119,393	119,106	125,255	132,450	139,395	141,088	148,077	153,325	160,500	168,603
対前年度増減(億円)	6,615	△287	6,149	7,195	6,945	1,693	6,989	5,248	7,175	8,103
同(%)	5.9	△0.2	5.2	5.7	5.2	1.2	5.0	3.5	4.7	5.0
構成割合(%)	38.4	38.5	39.7	41.2	42.1	42.6	43.4	44.0	44.6	45.1
1人当たり(千円)	765.8	732.7	740.8	755.4	761.7	743.4	754.5	760	778.3	794.9
75歳以上										
医療費(億円)	81,858	82,181	86,154	91,897	97,520	100,000	105,479	109,711	117,335	124,685
対前年度増減(億円)	6,327	323	3,973	5,743	5,623	2,480	5,479	4,232	7,624	7,350
同(%)	8.4	0.4	4.8	6.7	6.1	2.5	5.5	4.0	6.9	6.3
構成割合(%)	26.3	26.6	27.3	28.6	29.4	30.2	30.9	31.5	32.6	33.3
1人当たり(千円)	858.9	818.2	816.8	830.3	837.8	822.0	830.3	830.1	855.8	878.5

(注1)平成12年4月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち、介護保険の費用に移行したものがあるが、これらは、平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。
(出所)「平成22年度 国民医療費」統計表を一部加工

⁹ 人口構成は、総務省統計局推計による。

長くなりがちなので、自ずと医療費が高くなる傾向にあることは理解できるところであるが、8倍以上という格差は大き過ぎると言わざるを得ない。

図表7は、最近10年間の年齢階級別国民医療費の平均伸び率を示したものである。全体の平均伸び率は2.1%に対し、65歳未満は0.7%、65歳以上は3.3%と、ここでも世代格差が明確になっている。また、図表8は10年間で国民医療費がどの程度拡大したかを示したものであるが、70歳以上は1.4倍、75歳以上は1.6倍となっており、他の年齢層に比べ飛び抜けている。このように、高齢者と若年者の医療費の大きな格差は医療を巡る主要課題の一つとなっている。

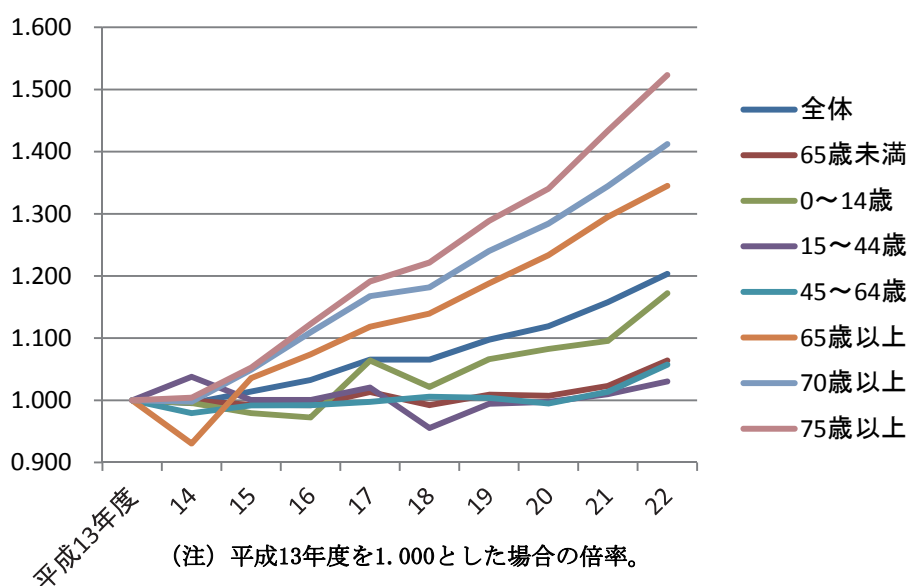
図表7 年齢階級別国民医療費の平均伸び率(平成13年度～22年度)

(%)

年齢階級	全体	65歳未満				65歳以上		
		0～14歳	15～44歳	45～64歳	70歳以上			
					75歳以上			
平均伸び率	2.1	0.7	1.8	0.3	0.6	3.3	3.9	4.8

(出所) 「平成22年度 国民医療費」より作成

図表8 年齢階級別国民医療費の伸び



(出所) 「平成22年度 国民医療費」より作成

2. 国民医療費の増加要因

国民医療費の近年の推移からみても、人口の高齢化が医療費を増大させる要因であることは明らかであるが、高齢化以外に医療費を高める要因は何であろうか。これについては、国民医療費の参考資料として「国民医療費増減率の要因別内訳の年次推移」が示されている。

図表9のように、「人口の高齢化」要因のほかに、「診療報酬改定及び薬価基準改正による影響」、「人口増」、「その他¹⁰」と要因を分類し、都合4つの要因が医療費の増加率の中で占める内訳を明示している。例えば平成22年度につ

図表9 国民医療費増減率の要因別内訳の年次推移 (単位:%)

区 分	増減率	要 因			
		診療報酬改定等	人口増	人口の高齢化	その他
平成元年度(1989)	5.2	0.76	0.4	1.3	2.7
2 (1990)	4.5	1.0	0.3	1.6	1.5
3 (1991)	5.9	—	0.3	1.5	4.0
4 (1992)	7.6	2.5	0.3	1.6	3.0
5 (1993)	3.8	0.0	0.3	1.5	2.0
6 (1994)	5.9	1.95	0.2	1.5	2.1
7 (1995)	4.5	0.75	0.4	1.6	1.7
8 (1996)	5.6	0.8	0.2	1.7	2.8
9 (1997)	1.6	0.38	0.2	1.7	△0.7
10 (1998)	2.3	△1.3	0.3	1.6	1.7
11 (1999)	3.8	—	0.2	1.7	1.8
12 (2000)	△1.8	0.2	0.2	1.7	△4.0
13 (2001)	3.2	—	0.3	1.6	1.3
14 (2002)	△0.5	△2.7	0.1	1.7	0.4
15 (2003)	1.9	—	0.1	1.6	0.2
16 (2004)	1.8	△1.0	0.1	1.5	1.2
17 (2005)	3.2	—	0.1	1.8	1.3
18 (2006)	△0.0	△3.16	0.0	1.3	1.8
19 (2007)	3.0	—	0.0	1.5	1.5
20 (2008)	2.0	△0.82	△0.1	1.3	1.5
21 (2009)	3.4	—	△0.1	1.4	2.2
22 (2010)	3.9	0.19	0.0	1.6	2.1

(注) 「診療報酬改定等」は「診療報酬改定及び薬価基準改正による影響」を示す。

(出所) 「平成22年度 国民医療費」

¹⁰ 「その他」については、参考資料の中に具体的な説明はないが、「医療の高度化等の自然増」などが含まれる。

いては、前年度比で3.9%増のうち、「診療報酬改定及び薬価基準改正による影響」要因が0.19%増、「人口増」要因が0.0%、「人口の高齢化」要因が1.6%増、「その他」要因が2.1%増となっている。「人口増」要因が0.0%というのは、我が国が人口減少社会へ向かう中で、当年度の医療費増減について影響を与えなかったということである。

個々の要因の具体的な増減額は明示されていないが、この表から読み取れることを列挙すれば次のようになる。①平成11年度以降、診療報酬の改定が隔年ごとに行われているが、改定のない年度においては、概ね3%以上の医療費の上昇がみられる¹¹。②平成10年度以降の診療報酬等の改定は、12年度及び22年度を除いてマイナス改定であるが、この場合は前年度比で増加率が抑えられており、医療費抑制効果が明らかに認められる。③ここ10年程度で見ると、対前年で増加している場合でも3%前後と低く推移しており、前年度比マイナスという年度も3か年度ある。その一方で、「人口の高齢化」要因による増加率はコンスタントに1%台半ばで推移しており、全体的に医療費が抑制される中で高齢化要因のウェイトが増している。④少子高齢・人口減少社会へ向う中で、「人口増」要因は増減率に影響をほとんど与えないまでに低下してきている。⑤「その他」要因については、年度によりかなりバラつきがあるが、ここ数年の傾向では増加要因の半分程度は「その他」要因によるといえる。さらに最近の2か年度については、「その他」要因が人口高齢化以上の医療費増加要因となっている。

医療費の増大について対策等を検討する場合には、「人口高齢化」要因とともに「その他」要因に含まれる医療の高度化等による増嵩についても、十分考慮に置くことが重要であることを示している。

3. 国民医療費の将来見通し

図表10は、厚労省がこれまで公表してきた医療費の将来見通しの中で、2025（平成37）年度の医療費についての見通しを一覧表にしたものである。同じ年度についての数値であるが、推計時期によって隔たりが大きく、最近になるにつれて医療費の数値が小さくなっており、平成22年10月の額は平成6年3月の40%弱の額になっている。

このような厚労省の推計については、かねてから国会においてもその手法等について議論がなされ、また一方で、研究者からも問題点が指摘されている。

¹¹ 平成15年度については、1.9%増とやや低い数値となっている。

図表10 国民医療費の将来見通しの比較

公表時期	平成6年3月	平成12年10月	平成18年1月	平成22年10月
2025(平成37)年度の国民医療費の見通し	141兆円	81兆円	65兆円	52兆円
対国民所得比	10 1/2～13 1/2～14%	12 1/2%	12.0～13.2%	—
1人当たり医療費の伸び率(全体)	4.5%	3.1%	2.6%	1.5%
伸び率の算定期間	平成2～4年度の平均	平成2～11年度の平均	平成7～11年度の平均	平成17～21年度の平均

(注)平成6年3月から平成18年1月までは「医療費の将来見通しに関する検討会」資料による。また、平成22年10月は「高齢者医療制度改革会議」資料による。表中の「—」は、データの記載がないことを示す。

(出所)「医療費の将来見通しに関する検討会」及び「高齢者医療制度改革会議」資料より作成

厚労省の将来見通しは、図表11のチャートで示した手法で算定されてきた¹²。具体的には、最初に推計する将来時点の加入者データを作成し、次に、将来の1人当たり医療費を推計した上で、両者を掛け合わせて医療費の将来見通しの数値を出している。

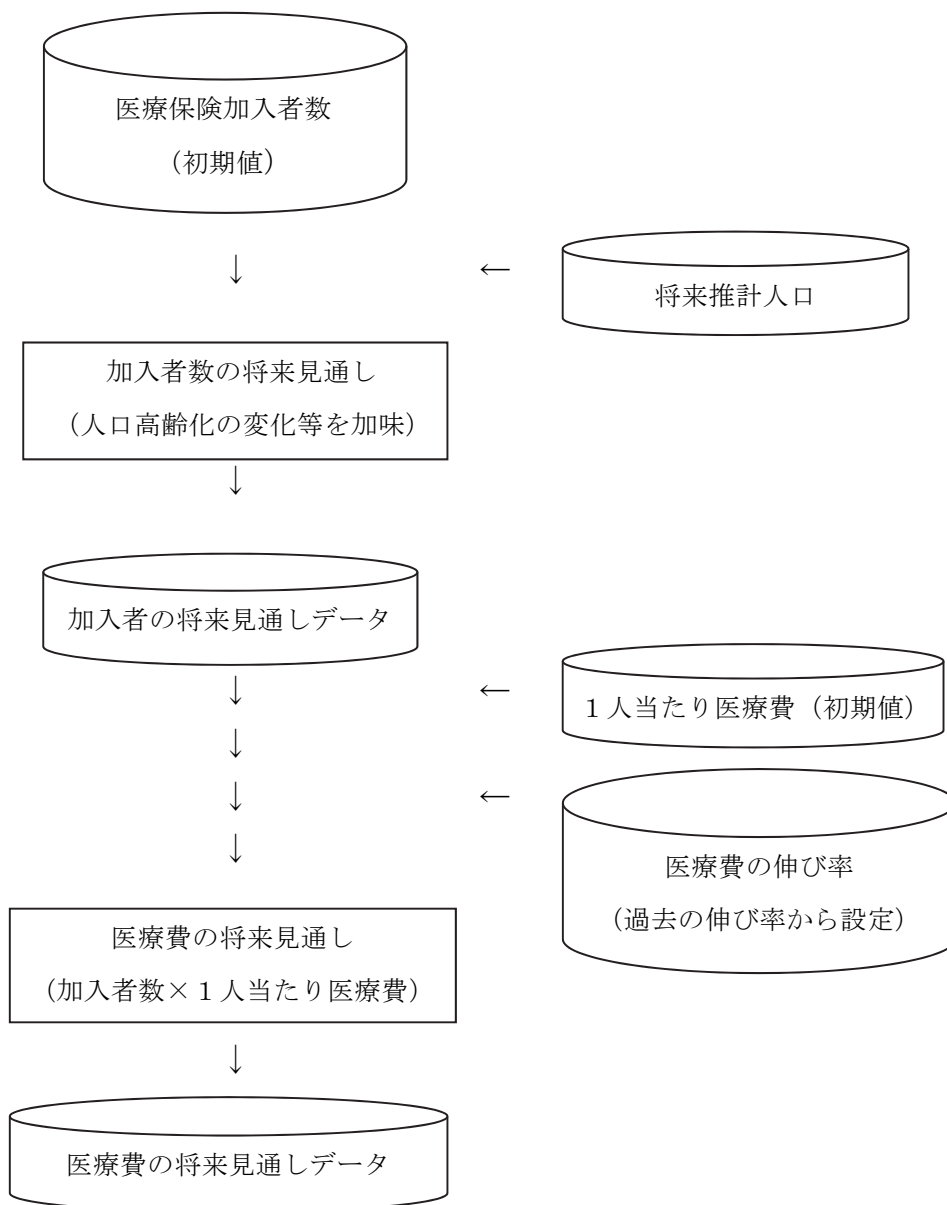
将来時点の加入者データの作成には、国立社会保障・人口問題研究所の「将来推計人口」の中位推計を基本とし、人口高齢化の変化等を加味している。これに掛け合わせる医療費の算定については、足元の1人当たり医療費を初期値として、それを将来の価格にするために延伸するのであるが、伸び率を算定するに当たっては、制度改革等がない自然体での伸び率を前提に計算するとしている。そのため、直近において制度改革等が行われた場合には、それがなかった過去の時期にまで遡って、その分古いデータを用いて計算しているケースがある。

例えば、図表10にあるように、平成18年1月公表時の数値を計算する際に用いた1人当たり医療費の伸び率の算定期間は、平成7年度から11年度の平均となっており、推計時期から数年から10年以上遡った古いデータである。国民医療費は、概して過去の方が伸び率が高かったため、過去のデータを使うとどうしても高い数値が出てしまう。その分、将来の推計値が過大に算定されてしまうのである。

このような厚労省の将来見通しに対する問題が、衆議院・参議院の関係委員

¹² 本節は、厚労省「医療費の将来見通しに関する検討会」議事録及び資料を主に参照した。

図表 11 国民医療費の将来見通し算定手法



(出所)「医療費の将来見通しに関する検討会」資料を一部加工

会¹³においても議論になったこと等もあり、厚労省は「医療費の将来見通しに関する検討会¹⁴」を設置し、有識者から推計方法等についての意見の聴取等を行った。

検討会の結果については、『「医療費の将来見通しに関する検討会」議論の整理』としてまとめられたが、結論として、これまで厚労省が公表してきた医療

¹³ 例えば、第164回国会参議院予算委員会会議録第17号34頁(平18.3.27)。

¹⁴ この検討会は、平成18年12月27日から19年7月11日まで都合5回開催された。

費の将来見通しについては、概ね妥当としている。その理由について、経済規模との対比でみた場合ほぼ同じ結果となっていることを挙げている。その上で、医療費の将来見通しは名目額で比較するのではなく、経済規模との対比で論ずべきものとしている。

これは、図表 10 で国民医療費について、推計時期にかかわらず、対国民所得比で概ね 10%強を見込んでいることについて言及したものと考えられる。しかし、この数値もあくまで推計として出されているものであるため、実際にどの程度になるか不明であるし、また、10%強という水準自体についてもコンセンサスがある訳ではない。このような点を勘案すれば、これをもって妥当と評価することは、疑問なしとはし難いことである。

経済学者を始めとする研究者からは、厚労省の推計方法に対する疑問として、1人当たりの名目医療費を過去の伸び率で単純に延伸しており、経済（経済成長率や物価上昇率等）との関係を考慮に入れていないと指摘されている¹⁵。経済状況の変化が診療報酬等の改定に影響を与えるので、医療費の将来推計を行う際には、この点を勘案することが必要なことは、ある意味当然のこととも言える。

堀内(2011)は、医療費の将来見通しの算定手法については概ね一致しており、基準年の医療費に将来推計人口を掛けることで算出され、違いが出るのは医療費の伸び率の延伸方法による、としている。その延伸方法には大きく3通りの考え方があり、①1人当たり経済成長率や賃金に連動させる方法、②①に加えて経済成長率を上回る単価の伸び(excess cost growth)を上乗せする方法、③外生的に一定の伸び率を設定する方法、を掲げている。そして、欧州委員会は①、OECD等では②の方法を用いており、厚労省の手法は③の方法に当たると指摘している¹⁶。また、過去の推移をみると、我が国を含む多くの国において、excess cost growthはプラスであったことが実証分析の結果からよく知られている、と述べている。これが事実だとすれば、医療費の将来推計を行う際には、経済の伸びプラスアルファを想定する必要があるということであろう。

¹⁵ 例えば北浦(2009)347頁。

¹⁶ マクロ経済モデル(中期モデル)において、国民医療費の将来見通しを予測するための推計式が実装されているので、ここで簡潔に紹介することとしたい。推計式は、名目GDP(公的需要と間接税を除く。)と65歳以上人口で構成されており、①の考え方に近いものになっている。2025年度の国民医療費を標準予測で推計すると、おおよそ47.7兆円となる。同年度の名目GDPの予測が約508兆円であるので、対GDP比で9.4%となる。2010年度の国民医療費は、実績で37.4兆円(対GDP比7.8%)であるので、2025年度まで平均で約1.6%の伸びを示す計算となる。

4. 医療費の国際比較と医療費統計に関する議論

図表 12 は、OECD加盟国の医療費（総保健医療支出¹⁷）の対GDP比を見たものである。我が国は、2009年においては対GDP比で9.5%であり、加盟国中第19位となっている。同年のOECDの平均が9.8%であるので、GDP

図表12 OECD加盟国の総保健医療支出の対GDP比及び順位

区 分	2001年		2005年		2009年	
	対GDP比	順位	対GDP比	順位	対GDP比	順位
米国	14.3	1	15.8	1	17.7	1
オランダ	8.3	15	9.8	8	11.9	2
ドイツ	10.5	3	10.8	4	11.7	3
フランス	10.2	4	11.2	3	11.7	4
デンマーク	9.1	9	9.8	9	11.5	5
カナダ	9.3	6	9.8	10	11.4	6
スイス	10.6	2	11.2	2	11.4	7
オーストリア	10.1	5	10.4	6	11.2	8
ポルトガル	9.3	8	10.4	5	10.8	9
ベルギー	8.3	14	10.1	7	10.7	10
ギリシャ	8.9	10	9.7	11	10.6	11
ニュージーランド	7.7	20	8.4	17	10.0	12
スウェーデン	8.9	11	9.1	13	9.9	13
アイルランド	6.7	27	7.6	26	9.9	14
イギリス	7.3	23	8.2	22	9.8	15
ノルウェー	8.8	12	9.0	14	9.8	16
アイスランド	9.3	7	9.4	12	9.6	17
スペイン	7.2	25	8.3	20	9.6	18
日本	7.8	19	8.2	23	9.5	19
イタリア	8.2	16	8.9	15	9.3	20
スロヴェニア	8.6	13	8.3	21	9.3	21
フィンランド	7.4	21	8.4	19	9.2	22
スロヴァキア	5.5	31	7.0	27	9.2	23
オーストラリア	8.1	17	8.4	16	9.1	24
チリ	6.8	26	6.9	29	8.4	25
チェコ	6.4	28	6.9	28	8.0	26
ルクセンブルク	7.4	22	7.9	24	7.9	27
イスラエル	8.0	18	7.8	25	7.9	28
ハンガリー	7.2	24	8.4	18	7.7	29
ポーランド	5.9	29	6.2	30	7.2	30
エストニア	4.9	4.9	5.0	34	7.0	31
韓国	5.1	33	5.7	32	6.9	32
メキシコ	5.5	30	5.9	31	6.4	33
トルコ	5.2	32	5.4	33	—	—
OECD平均	8.0	—	8.7	—	9.8	—

(注) OECD Health Data及び医療経済研究機構資料より作成

比でみた場合、我が国は平均を下回る水準にある。2001年、2005年の状況を見ても同様で、我が国はOECD加盟国の平均を下回っており、経済規模との比較において、我が国の医療費は大きいとは言えないことになる。

図表 12 のOECD Health Data で用いられている総保健医療支出とは、ど

¹⁷ 総保健医療支出：Total expenditure on health

のような統計であろうか。冒頭にも若干触れたが、我が国にとっては国民医療費を含んだより広い概念で算定された医療費である。

OECDは2000年より国民保健計算(National Health Accounts : NHA)の国際基準として、A System of Health Accounts (SHA)を発表し、加盟各国への参加を呼びかけるとともに、2001年のHealth Dataから、この基準に沿った推計を行うことを求めた。我が国では、医療経済研究機構¹⁸において、平成12年度よりSHAに準拠した総保健医療支出の推計方法を開発し、その手法を用いて総保健医療支出の推計が行われてきた。

図表13のように、総保健医療支出においては、傷病の治療に要する医療費のみならず、健康増進・疾病予防、健康管理あるいは医療保障の運営費、設備整備費なども含める必要がある。具体的には、医療保険適用の医療サービスに加え、医療保険が適用されない医療、リハビリ、看護サービス、一般薬、医療用品、健康維持・増進サービス、公衆衛生サービス、保健医療の管理コストなどが含まれる¹⁹。したがって、総保健医療支出は、医療保険制度の下での医療費を推計した国民医療費を含め、さらに広範囲な医療関係費を集計したデータということになる。

図表14は、我が国の総保健医療支出と国民医療費について、2000年度から2009年度までの推移をみたものである。2009年度においては、国民医療費約36兆円に対して、総保健医療支出は44兆5千億円余となっており、総保健医療支出の方が8兆5千億円以上多くなっている。また、図表からわかるように総保健医療支出は国民医療費の1.2倍強の額で推移している。

このことは、国内向けと国外向けで、かなり金額的な差のあるデータでわが国の医療費が論じられていることにもなる。

これ関連して、公的統計の整備の観点から行われた医療費統計に関する議論について紹介しておきたい。

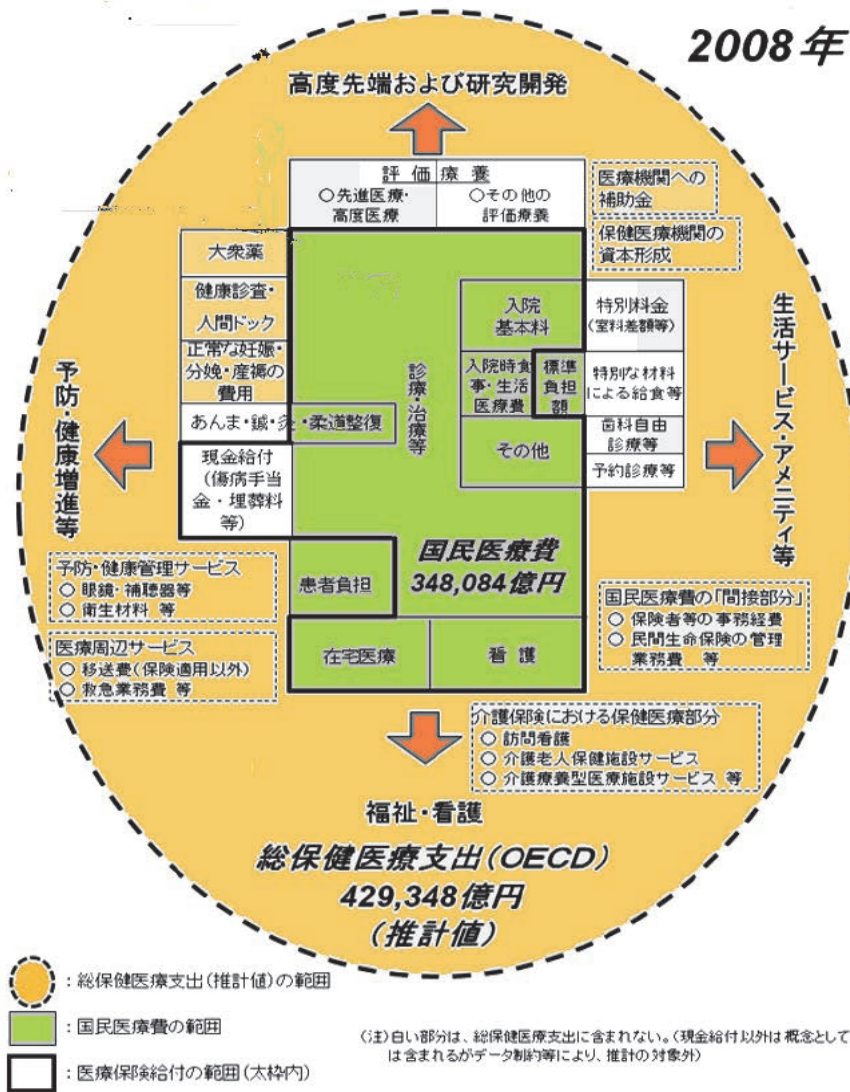
平成19年に統計法が全面的に改正され、同法に基づく「公的統計の整備に関する基本的な計画」が21年3月に閣議決定された。同計画は、「各府省がその所掌に応じてそれぞれ作成している公的統計²⁰の整備に関する施策を、政府一体として総合的かつ計画的に推進するため、施策展開に当たっての基本的な考

¹⁸ 正式には「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」という。

¹⁹ 医療経済研究機構「OECDのSHA手法に基づく総保健医療支出の推計 報告書」による。

²⁰ 公的統計とは、行政機関、地方公共団体又は独立行政法人等が作成する統計をいう。

図表 13 国民医療費及び総保健医療支出の範囲



(出所)「厚生労働統計の整備に関する検討会」資料を一部加工

図表 14 総保健医療支出及び国民医療費の比較

年度	総保健医療支出 (億円): A	国民医療費 (億円): B	B/A × 100 (%)	A/B(倍)
2000	387,668	301,418	77.8	1.29
2001	394,631	310,998	78.8	1.27
2002	392,203	309,507	78.9	1.27
2003	398,489	315,375	79.1	1.26
2004	402,715	321,111	79.7	1.25
2005	412,289	331,289	80.4	1.24
2006	415,413	331,276	79.7	1.25
2007	422,152	341,360	80.9	1.24
2008	429,348	348,084	81.1	1.23
2009	445,736	360,067	80.8	1.24

(出所) 医療経済研究機構資料より作成

え方や取組の方向性ととも、平成 21 年度からの 5 年間に取り組む具体的な措置（工程表）を示している」²¹と説明されている。

この計画中にある「公的統計の整備に関し総合的かつ計画的に講ずべき施策」において、「医療費に関する統計の国際比較可能性の向上」を図る観点から、保健医療等の分野全体の医療費をマクロでとらえる統計（OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計）を公的統計として位置付けることについて検討する」として、厚労省において平成 21 年度から検討を開始し、できるだけ早期に結論を得るとされた。

厚労省では、平成 22 年 4 月に学識経験者等からなる「医療費統計の整備に関する検討会」を設け、都合 3 回²²にわたり検討が行われ、23 年 3 月に検討会報告書が提出された。この報告書は、OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計を公的統計として位置付けることについて、明確な方向性を提示したというわけではなく、学識経験者等からの指摘事項をまとめたものとなっている。これを受けた厚労省の結論も別枠内のとおり、まずは国民医療費のデータ精度の向上とSHAの質の担保を図っていきたいとのことで、医療費統計の国際的な比較可能性向上という観点からのSHAの公的統計化は、時機尚早とのニュアンスが感じられるものとなっている。

医療費統計の整備に関する検討会

（指摘事項）

・国民医療費、SHAについては、まずこれらの重要性を社会に認識いただき、その地位が高まって広く活用されることが重要である。

・公的統計として位置付けることを検討する際には、SHAが民間機関の事業として作成されている状況にあることを考慮する必要がある。SHAの作成を継続して精度の高い統計を作成していくためには、作成主体が国であれ民間であれ、情報、経費及びマンパワーが必要であり、何らかの形で国が関与していく体制を整備する必要がある。

・SHAによる国際比較性を担保した上で、既存の統計を利用していくことが現実的な方向性である。

・現時点においても様々な課題があり、どれか特定の面だけの観点から公的統計化を一義的に考えるのではなく、新たなデータソースの活用可能性も含め、今後も継続して検討を進めることも必要である。

厚生労働省としても、上記の指摘事項を踏まえ、別途、「厚生労働統計の整備に関する検討会」においても検討をした結果、平成23年12月に、医療費に関する統計の国際比較可能性の向上のためには、現時点で直ちに公的統計化するのではなく、その前にまず国民医療費をはじめとした既存統計において、データ精度を向上させる等の充実を図ることにより、現在作成されているSHAの質の担保に貢献していくことが重要であるとの結論を得た。

（注）「平成23年度 統計法施行状況報告」（総務省 平成24年 6 月14日）より抜粋・加工

²¹ 総務省『「公的統計の整備に関する基本的な計画」について』（平成 21 年 3 月 13 日）による。
²² 平成 23 年 3 月に 3 回目が予定されていたが、東日本大震災の発生により持ち回り開催となった。

補論 医療費の実質化—医療費の価格指数（デフレーター）について

国民医療費に掲載されている数値は、価格指数によって実質化されたものではなく時価表示の名目値である。国民医療費を時系列的に比較し分析する場合、医療費を価格指数で実質化した数値（実質値）を使うのが望ましいことは、岩本²³ら研究者からも指摘されてきた。しかし、医療費の価格指数については、今日まで算定手法を始めとする作成方法等に関する状況は何ら進展していない。また、それに関する議論も、ごく一部にとどまっているのが実態である。

価格指数についての先行研究については、岩本(2000, 2007)がまとめている。岩本は、「名目医療費を実質化する価格指数については、国民医療費増加の要因分析から得られるもの²⁴に加え、『国民経済計算』（内閣府）、『消費者物価指数』（総務省統計局）のなかの物価指数、さらに個別研究による代替的な価格指数の推計（医療経済研究機構(1996)、藤野(1997)）がある。」として、それぞれについて概略的に説明した上で、価格指数としてどのようなものが適当かについては、今後議論を深めていく必要があると結んでいる。

筆者は、上記によって得られる価格指数を国民医療費に適用するのは、必ずしも適切なことではないと考えている。例えば、消費者物価指数の中に「保健医療」とその内訳である「医薬品・健康保持用摂取品」、「保健医療用品・器具」、「保健医療サービス」があるが、指数を算定するために用いられる品目が国民医療費に含まれないものが多いということがある。また、医療経済研究機構や藤野の価格指数の推計には、社会医療診療行為別調査が利用されているが、同調査は、一時点での抽出調査であり、精度にも問題があるといわれており、全般的な医療費の価格指数を求める際の基本資料とするにはふさわしくないと考えられる。

筆者は、現在の仕組み・制度の中で国民医療費の価格指数を作成するには、電子レセプト²⁵を利用するのが肝要であろうと考えている。社会保険診療報酬支払基金のデータでは、電子レセプトの普及率が平成24年2月の時点において90.1%という高率に至っており、今後更に普及していくことは明らかである。このような正確で網羅的なデータをよりどころとして、作成することが適切なことであろうと考えている。この点については、今後の検討課題としたい。

²³ 岩本(2000, 2007)、北浦(2009)など。

²⁴ 「国民医療費増減率の要因別内訳の年次推移」中の「診療報酬改定及び薬価基準改正による影響」を指していると考えられる。

²⁵ 医療機関から診療報酬審査支払機関に対する医療費の請求を、オンラインもしくは電子データを格納したメディアを利用して行うことである。

【参考文献】

- 井伊雅子「医療費の範囲と「国民医療費」」松本秀樹ほか『医療経済学講義』（東京大学出版会 2011.9）253～273 頁
- 岩本康志「人口高齢化と医療費」（<http://www.iwamoto.e.u-tokyo.ac.jp/Docs/2000/JinkoKoreikatoIryohi.PDF>）
- 「社会保障財政の制度設計」林文夫編『経済制度の実証分析と設計 第3巻 経済制度設計』（勁草書房 2007.1）103～163 頁
- OECD「Health Data 2012」（<http://www.oecd.org/els/health-Policiesanddata/oecdhealthdata2012.htm>）
- 金子能宏「医療保険制度の展開と日本経済への影響」井堀利宏ほか『財政政策と社会保障』（慶應義塾大学出版会 2010.1）211～252 頁
- 川瀬晃弘『日本の医療保険制度と財政問題』（三菱経済研究所 2010.3）
- 北浦修敏『マクロ経済のシミュレーション分析－財政再建と持続的成長の研究』（京都大学学術出版会 2009.5）
- 高原正之「わが国の医療統計体系について」『厚生指標』第56巻第15号（2010.12）1～7 頁
- 広井良典「医療費増加と経済成長－アクセス・技術革新・高齢化－」『医療経済研究』（Vol.1 1994）69～82 頁
- 堀内義裕「わが国の医療費の将来見通し－医療費の増加にどのように対応するか－」『ファイナンス』（財務省 2011.6）79～86 頁
- 吉原健二ほか『日本医療保険制度史【増補改訂版】』（東洋経済新報社 2008.12）
(内線 75031)