

OECD 方式による日本の公共医療費の分析

城 戸 喜 子

はじめに

近年、先進諸国において医療費あるいはより広義の保健費用が急速に増大していることは、これらの国々に共通の深刻な関心事であり、いくつかの国際機関がその原因究明および対策検討会議を開催したり報告書をまとめたりしている¹⁾。それらの中にあって OECD の刊行による Public Expenditure on Health, 1977²⁾ は 1 つの大きな特色を持っている。それは医療費増大問題を扱っているにしても、同機関の数年来の研究課題、社会的目的(性格)を持った公共支出(教育、医療および所得保障支出)の1960年代初めから1970年代前半にかけての増大原因解明の一環であることからきている。OECD は同書公刊の前年に、教育および所得保障の公共支出についての分析結果をそれぞれ公表しているが³⁾、これら三書では手法上も共通の枠組が用いられている。具体的に述べるならば、国別・制度別問題および対策の記述・検討ではなく、OECD 加盟国について同一の簡単な経済分析上の指標を作り、それらを通じて諸国間の共通点および相違点、また時期ごとの相違点を明らかにし、それに基づき保健支出増大要因中の重要なものを摘出しようとしているのである。なお、同書では医療費よりもやや広い範囲の保健支出が分析の対象となっていることを付け加えておきたい。このような手法による国際比較の中で日本がどのように位置づけられるかはきわめて興

味深いところであるが、残念なことに同書には日本について各国共通の経済分析上の指標がほとんど掲載されておらず、そのままでは日本の位置づけは不可能である。そこで日本についてそのような指標を作成・推計して位置づけを行なってみようというのが本稿の課題の1つである。ここで言及されている経済分析上の共通指標とは、①単位当たり支払保健医療コスト(入院1人1日当たりコスト、外来治療1人1回当たりコストおよび処方薬剤コスト)、②公共機関によって支払われるこれらのコストの比率、および③公的保健制度適用者1人当たりの消費保健単位数(適用者1人当たりの平均入院日数、同じく平均外来治療回数、および同じく平均処方調剤数)である。これらの指標は、保健・医療費をサービスの種類ごとに単価と数量とに分解し、公的保健制度との関連を探ろうとするためのものであろう。

日本においても公的支出の一部については医療保険制度別に②および③と似た指標を作ることができる。しかし全保険制度を通じた、あるいはそれに政府の直接支出分を加えた、しかも適用者全体についての平均的数値は存在しない。しかしこのように巨視的にみた全体的平均数値を把握しておくことも必要ではなかろうか。

①における私的支出も含めた医療費全体の単価計算については、まず日本の国民医療費の中から家計の大きな負担である入院費用中の差額ベット費および付添看護費用、買薬費等が落ちており、これらを含めた単価計算が必要であると思われる。そこで既成の資料を補足推計したり加工することによって、できるだけ同書における指標と同種のものを整備しようと努めた。さらにそうした指標に基づき日本の特徴を見出すことを目指した。

本稿のもう1つの課題は、筆者の従来の作業、

1) ILO, 「社会保障に於ける医療費増加問題に関する専門家会議」, 1977年5月17日~20日, EC, 「EC に於ける医療サービスの組織, 財源及び費用」, 1978年10月等。

2) OECD, Public Expenditure on Health, Studies in Resource Allocation, No. 4, 1977.

3) OECD, Public Expenditure on Education, 1976.
OECD, Public Expenditure on Income Maintenance Programs, 1976.

国民経済計算体系内での保健支出推計を最近年まで延長し実質化するというものである。OECD報告における数値も元来保健支出であることからわかるように、医療費と共にそれを中に含んだより広義の保健支出の動きをまず把握しておくことが必要であろう。さらに日本における国民医療費と国民経済計算からの保健支出との関連づけを筆者は将来の課題と考えているからでもある。

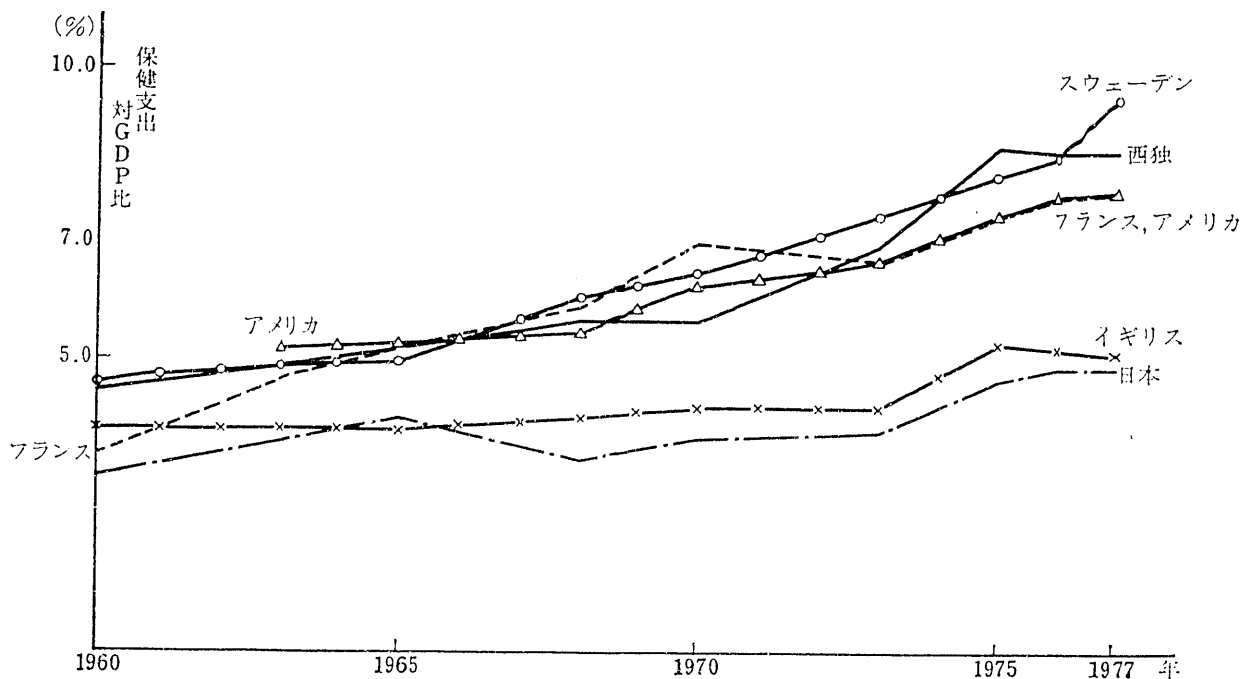
第1節では保健支出水準の推移を対 GDP 比で測り、第2節ではその保健支出額が家計の消費規模に対してどのような比重を持つかおよびその変化を測り、第3節では同じ保健支出を不変価格で評価した場合にどのような相違が生ずるかを検討する。そして第4節で日本の国民医療費の補足、加工推計を行ない、第5節において補足・加工後推計値を用いた国際比較による日本の位置づけを試みるといった順序で論議を進めてゆきたい。

I 対 GDP 比でみた保健(・医療)支出の推移

表1は保健(・医療)支出を国民経済計算の枠組で把握し、その対 GDP 比で同支出水準の推移を1960～1970年代後半にかけてみたものである。ま

出の論文を参照して欲しい⁴⁾。ここでの確認事項は、私的消費が保健の個人消費中から公的保障制度による移転給付部分を除いたもの、また、社会的消費とはこの移転給付部分あるいは国民保健サービスのような公的サービスの費用と公衆衛生や保健に関わる行政費用を加え合わせたものであるということだけである。したがって保健の社会的消費とは、国民勘定中の医療に関する政府から家計への移転と保健の政府消費とに分けられ、それが表2に記載され、図2にグラフ化されている。

この表1をみてまず第1に、ほとんどの国で過去15年余の間ほぼ一貫して保健の総消費は上昇してきていることがわかる。またこれらの国々は、1960年頃の対 GDP 比3～4%強の水準から1977年頃の5%前後の英日2国と、1960年頃には前記グループと近い水準にありながら1977年頃には8%前後に達している他の4国、この2グループに分けられること。第3にこの2グループ間の格差は主として1960年代後半以降の両グループの動きの差によって生じていること——すなわち高水準グループの国における急速な増大と低水準グループにおけるより緩慢な増大とがみられること。第



(資料) 表1を参照。

図1 保健支出計 (対 GDP 比)

た、図1はそれをグラフ化したものである。保健支出の中味、資料、推計方法についての詳細は既

4) 城戸稿、「国連、国民勘定統計による社会的消費の国際比較」、社会科学ジャーナル、16号、昭和53年6月。

表1 保健支出水準の推移 (対 GDP 比)

保健医療支出 (%)			1960	1963	1965	1968	1970	1973	1975	1976	1977
西 独	私 的 消 費	私 的 消 費	1.6	1.5	1.5	1.5	1.4	1.6	1.8	1.8	1.8
		社会的消費	2.9	3.4	3.7	4.2	4.3	5.4	6.9	6.8	6.8
		(計)	4.5	4.9	5.2	5.7	5.7	7.0	8.7	8.6	8.6
仏	私 的 消 費	私 的 消 費	0.8	1.5	1.8	1.8	1.7	1.5	1.9	1.9	1.9
		社会的消費	2.6	3.2	3.4	4.1	5.3	5.2	5.6	5.9	6.0
		(計)	3.4	4.7	5.2	5.9	7.0	6.7	7.5	7.8	7.9
日 本	私 的 消 費	私 的 消 費	1.2	1.2	1.2	1.0	0.9	0.9	1.0	1.0	1.1
		社会的消費	1.8	2.4	2.8	2.3	2.8	2.9	3.7	3.9	3.9
		(計)	3.0	3.6	4.0	3.3	3.7	3.8	4.7	4.9	5.0
スウェーデン	私 的 消 費	私 的 消 費	1.1	0.9	0.9	0.8	0.8	1.1	0.3	0.2	0.2
		社会的消費	3.4	3.8	4.1	5.3	5.7	6.4	7.8	8.3	9.2
		(計)	4.5	4.7	5.0	6.1	6.5	7.5	8.1	8.5	9.4
イギリス	私 的 消 費	私 的 消 費	0.6	0.6	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
		社会的消費	3.2	3.2	3.3	3.5	3.6	3.6	4.7	4.6	4.5
		(計)	3.8	3.8	3.8	4.0	4.2	4.2	5.3	5.2	5.1
アメリカ	私 的 消 費	私 的 消 費	4.2	4.4	4.5	4.7	5.3	5.5	6.2	6.5	6.7
		社会的消費		0.8	0.8	0.8	1.0	1.2	1.3	1.3	1.2
		(計)		5.2	5.3	5.5	6.3	6.7	7.5	7.8	7.9

表2 保健の社会的消費の推移 (対 GDP 比)

(単位: %)

西 独	家計への移転	2.6	3.0	3.1	3.6	3.7	4.7	6.1	6.1	6.0
		政府消費	0.3	0.4	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8
仏	家計への移転	2.4	3.0	3.1	3.6	4.7	4.7	5.1	5.3	5.3
		政府消費	0.2	0.2	0.3	0.5	0.5	0.5	0.6	0.7
日 本	家計への移転	1.6	2.0	2.4	2.0	2.4	2.5	3.3	3.5	3.5
		政府消費	0.2	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4
スウェーデン	家計への移転	0.6	0.7	0.7	1.0	1.0	1.1	1.8	2.1	2.2
		政府消費	2.8	3.1	3.4	4.3	4.7	5.3	6.0	6.2
イギリス	家計への移転	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		政府消費	3.2	3.1	3.2	3.5	3.6	3.6	4.7	4.6
アメリカ	家計への移転		0.2	0.2	0.4	0.6	0.7	0.9	0.9	0.9
		政府消費		0.6	0.6	0.4	0.4	0.5	0.4	0.3

(資料) 1) 社会的消費

西独, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbericht, 各年。

フランス, Ministère de L'économie et des Finances, Statistique et Etudes Financières, Le Budget Social de la Nation 各年。
Ministère de la Santé et de la Famille, Economie et Santé Avril 1979, Les Comptes de la Santé Methodes et séries 1950-1979。

日本, 経済企画庁編「国民経済計算年報」, 1979。

社会保障制度審議会事務局「社会保障統計年報」, 昭和43年までの各年。

自治省「地方財政統計年報」, 昭和43年までの各年。

経済企画庁国民所得部「政府支出の経済的・機能的分類について」, 昭和46年6月。

スウェーデン, National Central Bureau of Statistics, Information Unit による推計値。

イギリス, National Income & Expenditure 各年。

アメリカ, Dept. of Commerce, Survey of Current Business, 各年, National Income Issues。

2) 私的消費

西独, Statistisches Jahrbuch, 各年。

Statistisches Bundesamt, Wirtschaftsrechnungen, Fachserie 15, Einkommens-und-Verbrauchsstichprobe Heft 5. Aufwendungen
Privater Haushalte für den privaten Verbrauch 1973 他。

フランス, Annuaire Statistique de la France, 各年。

日本, 総理府統計局, 「家計調査年報」各年。

スウェーデン, National Central Bureau of Statistics Final Consumption, 1960-1973。

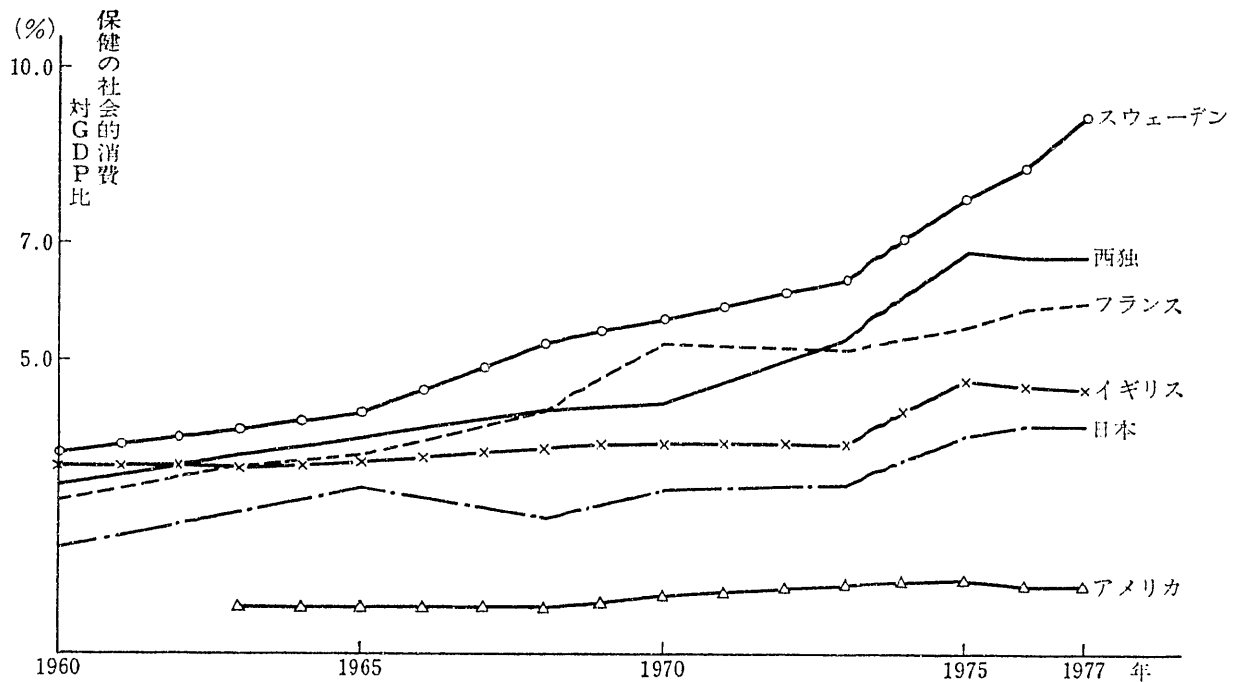
イギリス, National Income & Expenditure, 各年。

アメリカ, Dept. of Commerce, Survey of Current Business, 各年。

National Income Issues,

3) 両者共通

UN, Yearbook of National Accounts Statistics, 1975 & 1979, Vol. 1.



(資料) 表1を参照。

図2 保健の社会的消費 (対GDP比)

4に1973年から1975年にかけてはいずれのグループのどの国においても保健支出の異常な上昇を経験していることである。これは石油危機に続く激しいインフレの影響であろう。さらに1975年以降になると保健費の上昇はスウェーデンを除き停滞気味であると言えよう。

保健費全体としての推移は上述のごとくであるが、次にこの15年間にわたる保健費の上昇が保健に関する社会的消費のより急速な増加によって支えられてきたものであることに目を移そう。表2をみると保健の私的消費はアメリカを除けば、1960年の対GDP比1%弱～2%弱の水準から1970年代後半の2%前後の水準に上昇したにすぎないのに対し、社会的消費の方は2～3%前後から4～8%へと国により相違はあるものの、対GDP比で2倍以上の増大を示している。これはこの15年余の間に各国で保健に関する何らかの形の社会化が推進されてきたことの現れであり、公的保健支出の増大といえよう。こうした5ヵ国の動きとは対照的にアメリカではむしろ私的消費の伸びが保健費全体の増大の支柱であることが著しい特徴となっている。但し保健支出全体の場合のように水準の高さによるグループ分けは鮮明でな

い。

ところでこの社会的消費の中味であるが、国によって保健の社会化の方法は異なっている。たとえばイギリスの場合には国民保健サービスという形で医療は国営化されているが、西独では公的な疾病保険制度を充実し、給付は現物給付の形をとっている。また、フランスも公的な疾病保険制度を採用しているが、給付は医療費の償還という形で行なわれる。消費者の自由な選好を生かす、市場機構をできるだけ働かせるという視点に立てばフランスのような行き方が最もこの方向に沿ったものであろう。続いて西独型となり、国民保健サービスというやり方は公的コントロールが直接的で最も強いと言えよう。スウェーデンは公的医療サービスの基盤の上に公的な医療保険制度を積み上げたものであり、イギリスと西独との中間的なタイプであるように思われる。こうした中において日本は西独型に最も近い制度を持っていると言われている。しかしながら日本の保健費を1977年の時点で他の国々と比較すると、医療・保健費全体の場合も社会的消費に限ってもイギリスとはほぼ同水準であり、また全期間にわたる推移をみてもイギリスの場合と類似している点が面白い。最後に

医療に関する公的保障の型と公的保健支出水準との間に対応関係のないことも興味深い。

II 家計の消費水準との対比における保健支出

対 GDP 比で測った医療・保健支出の水準は、国民経済が負担する保健支出の度合を表わし、それなりの意味を持つ。しかし保健支出が家計の経済水準に照らしてどのような重要性を持っているかとか、あるいはどの位の負担度になっているかを直接に示しているわけではない。保健支出の水

準を1国経済全体の段階と家計（または個人）の段階との両者でみておく必要があるのではないだろうか。

表3と表4とはそうした目的のために、表1と2とで用いた保健支出を、修正された個人消費支出に対する比率で示したものである。修正された個人消費支出とは、個人消費支出総額に保健・教育および社会福祉に関わる政府消費を加えたものである。

このような修正を加える理由は保健の場合に特

表3 保健支出水準の推移 (対修正個人消費比)

保健医療支出 (%)	1960	1963	1965	1968	1970	1973	1975	1976	1977
西 独 私 的 消 費	2.7	2.5	2.5	2.5	2.4	2.7	2.9	2.9	2.9
社会的消費	4.9	5.7	6.2	7.1	7.3	9.3	11.1	11.2	11.0
(計)	7.6	8.2	8.7	9.6	9.7	12.0	14.0	14.1	13.9
仏 私 的 消 費	1.2	2.2	2.8	2.7	2.6	2.3	2.9	2.8	
社会的消費	4.1	4.9	5.3	6.2	8.3	8.2	8.6	9.0	
(計)	5.3	7.1	8.1	8.9	10.9	10.5	11.5	11.8	
日 本 私 的 消 費	1.9	1.9	1.9	1.8	1.6	1.5	1.6	1.5	1.6
社会的消費	3.0	3.9	4.5	4.0	4.9	5.1	6.0	6.3	6.2
(計)	4.9	5.8	6.4	5.8	6.5	6.6	7.6	7.8	7.8
スウェーデン 私 的 消 費	1.7	1.4	1.4	1.2	1.2	1.6	0.4	0.3	0.3
社会的消費	5.0	5.7	6.2	7.9	8.7	9.7	11.8	12.1	13.0
(計)	6.7	7.1	7.6	9.1	9.9	11.3	12.2	12.4	13.3
イギリス 私 的 消 費	0.8	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
社会的消費	4.4	4.3	4.6	4.9	5.1	5.2	6.5	6.6	6.5
(計)	5.2	5.2	5.4	5.7	5.9	6.0	7.3	7.4	7.3
アメリカ 私 的 消 費		6.5	6.8	7.0	7.8	8.0	8.7	9.1	9.3
社会的消費		1.2	1.2	1.2	1.4	1.8	1.8	1.8	1.8
(計)		7.7	8.0	8.2	9.2	9.8	10.5	10.9	11.1

表4 保健の社会的消費の推移 (対修正個人消費比)

(単位: %)

西 独	家計への移転	4.4	5.0	5.2	6.1	6.3	8.1	9.9	10.0	
	政府消費	0.5	0.7	1.0	1.0	1.0	1.2	1.2	1.2	
仏	家計への移転	3.7	4.5	4.8	5.4	7.3	7.4	7.8	8.0	
	政府消費	0.4	0.4	0.5	0.8	1.0	0.8	0.8	1.0	
日 本	家計への移転	2.6	3.3	3.9	3.5	4.3	4.4	5.3	5.7	5.6
	政府消費	0.4	0.6	0.6	0.5	0.6	0.7	0.7	0.6	0.6
スウェーデン	家計への移転		1.0	1.1	1.5	1.6	1.7	2.8	3.1	
	政府消費		4.7	5.1	6.4	7.1	8.0	9.0	9.0	
イギリス	家計への移転	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	政府消費	4.3	4.3	4.6	4.9	5.1	5.2	6.4	6.5	6.5
アメリカ	家計への移転		0.3	0.3	0.6	0.8	1.1	1.3	1.3	1.3
	政府消費		0.9	0.8	0.6	0.6	0.7	0.5	0.5	0.5

に問題となることであるが、国ごとの医療保障制度の相違で、ある国では医療給付が家計への移転をとおして個人消費に計上されたり、他の国では政府消費に計上されたりし、比較の共通分母としての個人消費の内容が概念的に同一でなくなるからである。こうした事態を避け、比較の共通分母を統一するために、上記3項目の政府消費を個人消費総額に加算した。このような修正を加えた個人消費支出に対する保健費の割合は、個人あるいは家計の段階での保健支出の重要性あるいは負担の度合を示すであろう。

しかし次のような見解を持つ人がいるかもしれない。すなわち家計の経済水準に照らして保健費の重要性や負担度をみるのであれば、個人所得あるいはその代理変数としての個人消費支出に対する保健の純粋に私的な消費支出の比率を取り出せばよいのではないかと。そのような指標は確かに

検討すべきものの1つである。しかしここでは2つの理由から私的消費だけでなく社会的消費を含めた保健費全体を取り上げることとする。第1の理由は、消費の形態が社会的であろうと保健サービスの最終的享受者は個人または家計であり、この種のサービスが個人または家計の消費する支出全体の中でどの位の重要性を持っているかを知っておく必要があるからである。この観点から言っても共通分母としての個人消費支出総額に同じような三種のサービスの政府消費を加算することは意味があろう。

第2の理由は負担度に関わるが、保健の社会的消費の財源が何かということである。1つは公的な医療保険の保険料であるだろうし、もう1つは政府の一般財源であろう。前者については雇用主負担分と雇用者負担分とに分けられようが、雇用主負担分にしても国民経済計算においては雇用者

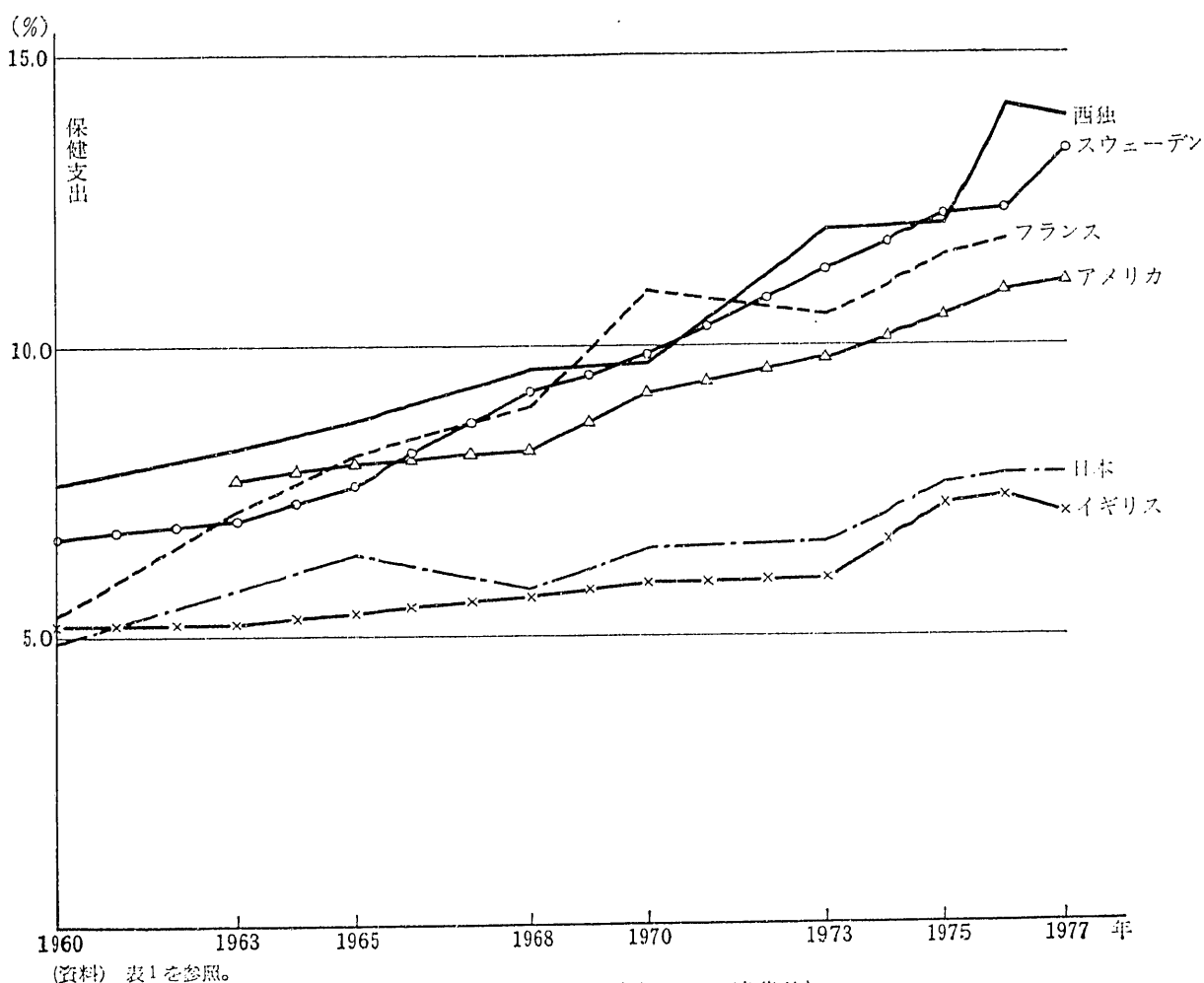


図3 保健支出計 (対修正個人消費比)

の俸給・賃金に計上されることからわかるように家計の負担と考えることができる。政府の一般財源についてはもう少し事態がこみ入っている。というのは政府の一般財源には家計の支払う租税ばかりでなく企業負担分も含まれるからである。さらに家計が支払う租税中のどの位が保健支出の社会的消費に向けられるか不明だからである。しかしながら直接的対応関係は不明であっても、家計の支払う租税がかなりの額に上り、かつまた政府の一般財源の少なからぬ部分が保健の社会的消費に充当されることが明らかな以上、間接的な形の家計負担と考えてよいであろう。したがって負担度の側面に注目する場合にも、私的消費だけに限らず社会的消費を含めた指標を（修正）個人消費支出の規模と絡めて作成しておくべきであると思われる。

従来は1国の経済力との関連で保健支出の対

GDP 比が主として用いられてきた。しかし、保健サービスの最終的享受が家計であることを考えるならば、家計の経済力あるいは消費する水準とのバランスの中でその重要性や負担度を評価することが必要ではなかろうか。このような意図の下に作成されたものが表3、表4であり、それをグラフ化したものが図3、図4である。先に保健費全体の推移をみると、1975年以降の時点では対修正個人消費比の7～8%水準にある英日2国と、10%以上の水準にある他の4国との2つのグループにはっきりと分けられる点は、対GDP比の場合と同様である。対GDP比で比較した場合も、約5%の英日グループと約8%以上の他の4国グループの2組となった。どちらの比率を使った場合も各グループの構成国に変化はないが、各グループ内での国の順位に変化のある点に注意を払いたい。すなわち、GDPに占める個人消費の比率

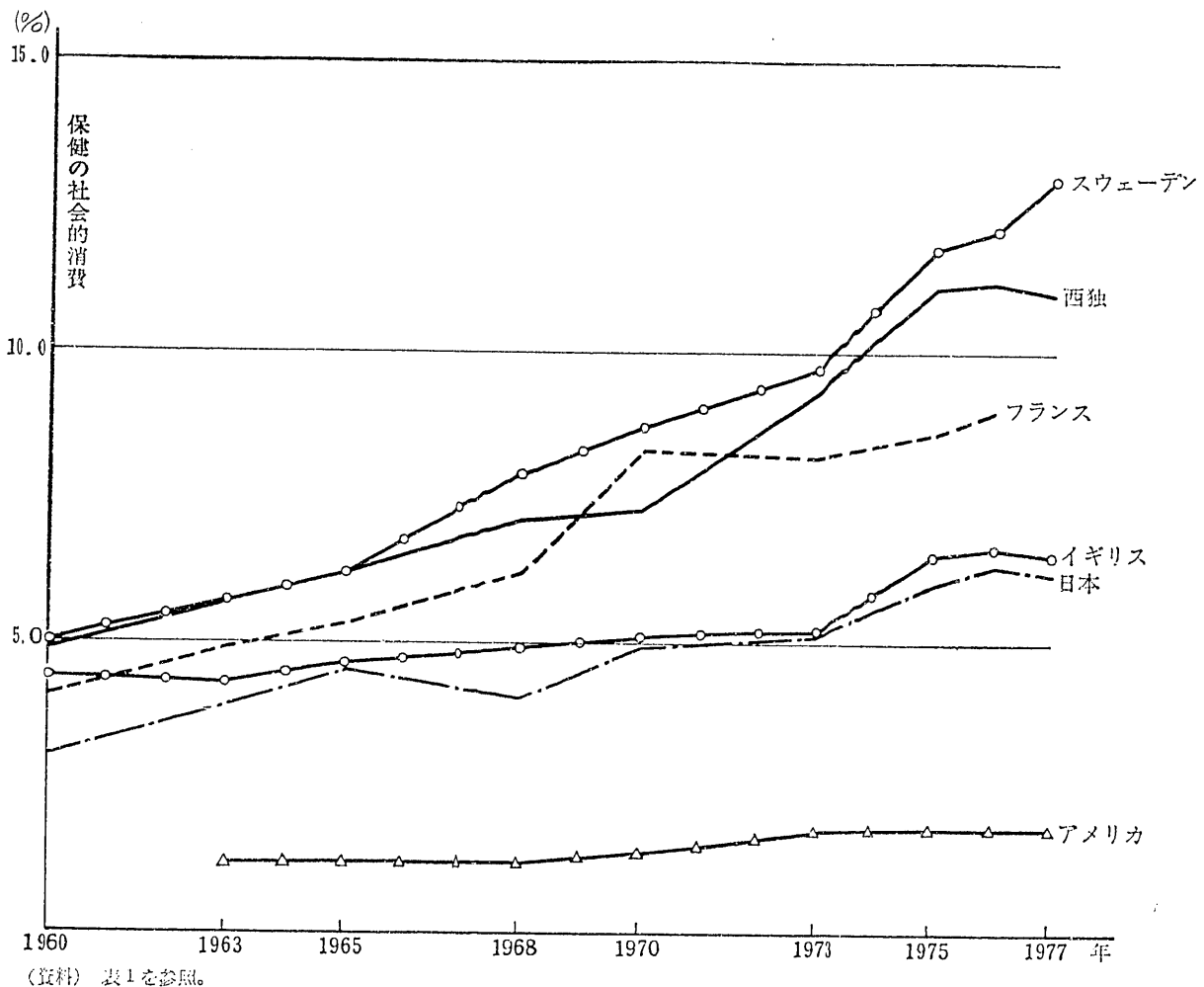


図4 保健の社会的消費（対修正個人消費支出比）

が相対的に大きい国の場合、あるいは修正個人消費の比率が大きい国の場合には医療・保健の対修正個人消費比による順位は、対 GDP 比による順位より下がることになる。前者の例が日本に対するイギリスおよびフランスに対するアメリカであり、後者の例が西独に対するスウェーデンであろう。しかし、1960年代後半に両グループの差が開いたこと、1973～75年の各国における急上昇等については対 GDP 比の場合と同じである。

次に社会的消費の方に目を移そう。まず対修正個人消費支出比水準による諸国のグルーピングが非常に鮮明であり、対 GDP 比の場合とはっきり異なっている点を指摘したい。また6ヵ国全体の差も対 GDP 比の場合より拡大している。但し公的保障のタイプと支出水準との対応はやはりみられない。すなわち、スウェーデン・西独・仏という10%前後のグループ、6%台の英・日組、さらに2%のアメリカといった3グループにはっきりと分けられる。さらに細かくみると、スウェーデン・西独グループと英日組とのほぼ中間にフランスが位置しており、同国は1960年代の後半に一時、スウェーデン・西独組に接近したものの、1970年代前半には再び上記2国と日英グループとのほぼ中間地点に戻っている。このグループ分けについては以前対 GDP 比による検討ではあるが、保健支出中心のヨーロッパ型、教育支出中心のアンソロサクソン型といった政府支出の重点項目の差を指摘したことがある⁵⁾。

以上、家計にとっての保健サービスの重要性、負担度という観点からみると、保健支出合計では対修正個人消費支出の10%前後および15%前後というのが現状であり、社会的消費水準についてはグループごとにより異なる——すなわち、公的保障のタイプとは無関係に、むしろ政府支出の他の項目との競合関係によって各国間により大きな差が生ずる——ということがわかった。しかもこのことは、1国の経済規模全体に対する比率で測るよりも、家計の経済規模との対比によってより鮮明となったのである。

III 不変価格による保健支出の動向

以上、対 GDP 比であれ、対修正個人消費支出比であれ、すべて名目価格による数値で時間的変化を辿り国際比較を行なってきた。しかしながら、もし観察期間内に保健サービス関係の価格がその他一般の財貨サービスの価格よりも早い速度で上昇し続けてきた、あるいはある特定の時期に特にそうであったということのために、保健支出が対 GDP 比または対修正個人消費支出比で測って急速に増大してきたようにみえる。あるいはある国における保健支出水準が非常に高くみえるというような現象が生じていないかという疑問が生じよう。こうした見かけ上の増大を排除するためには保健支出や一般財貨・サービスへの支出を不変価格で測り実質化して表わす必要がある。このような作業は非常に重要であるにもかかわらず、資料上の制約のため、さらにどのようなデフレーターを用いるかによって結果が大きく変化するというもののため、従来余り行なわれてこなかったように思われる。筆者自身、未だに十分な資料を入手したとは言えないが、可能な範囲で合理的かつ整合的な方法により試算を行ない、その結果を名目価格による結果と対比してみたい。

そこで最初に、どのようなデフレーターおよび実質化された数値を用いたかを述べ、次いで結果表とグラフとを提示することにしよう。

第1に実質 GDP であるが、これは UN, Yearbook of National Accounts Statistics から直接に引用することができる。第2に修正個人消費支出については、まず個人消費支出計(1)と教育、保健、福祉の政府消費(2)との2つの部分に戻す。次に前記国連統計から、個人消費支出計(3)と政府消費計(4)との2つのインプリシット・デフレーターを作る。そして(1)を(3)の、(2)を(4)のインプリシット・デフレーターで各自実質化した後に、それら2つの結果を加え実質修正個人消費支出とした。

教育、保健、福祉の政府消費についてはそれぞれのインプリシット・デフレーターを作ったかったが、取り上げた6ヵ国中半数の3ヵ国しか可能でない。したがって政府消費計のインプリシッ

5) 城戸隆, 「人口構造の高齢化と日本の福祉政策の状況」, 季刊社会保障研究, 15巻3号, 1980年1号。

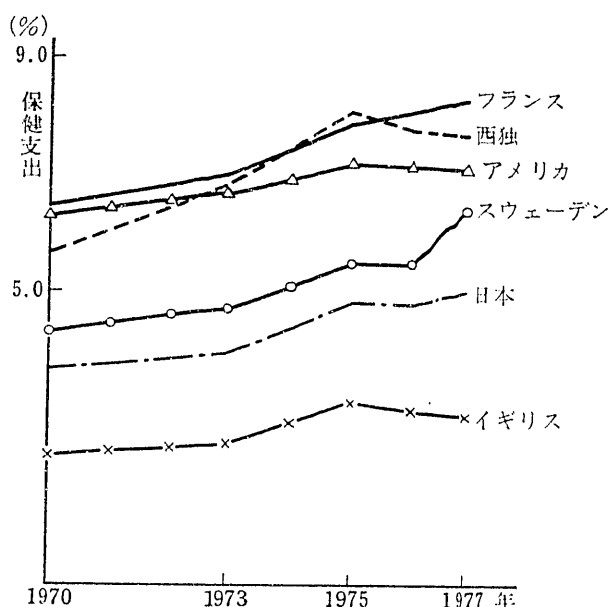


図5 保健支出の推移 (不変価格表示, 対 GDP 比)

ト・デフレーターで代用した。全政府消費中、これら3項目の合計が占める割合はどの国においてもかなり高いから不合理な代用とは言えないであろう。

最も困難を極めたのは保健支出デフレーターの推計であった。多くの国において個人消費支出の目的別分類はかなり詳しく、また、それらを不変価格で評価した数値も前記国連統計中にみられる。そこで政府から家計への移転(保健目的の)を含めた保健の個人消費支出を名目値と実質値とでとり、そのインプリシット・デフレーターを算出した。次にこのデフレーターで保健の社会的消費(保健目的の政府消費プラス保健目的の政府から家計への移転)および保健支出計を実質化した。こうした扱いは保健支出全体の中で、純粋な私的消費部分および政府から家計への移転部分の合計が大きな割合を占めている国の場合には、大きな問題とならないであろう。しかしイギリスやスウェーデンのように公的保健サービスすなわち政府消費のシェアが大きい国の場合にも適用できるものであろうかという疑問が生ずるに違いない。原理的にはそのとおりであり、事実、後述のようなチェックの過程でスウェーデンの場合にはその欠陥が現われた。しかしながらイギリスの場合には

チェックの結果が必ずしも悪いとは言えなかった。もちろん保健の政府消費について実質値が入手できれば問題は起こらない。しかしそれが入手できる国は前述のように半数にすぎず、しかも1970年以降に限られる。したがって上述のような簡便法に頼らざるをえなかった。但しイギリスとスウェーデン以外の4カ国では保健の政府消費が保健支出全体に占める割合は余り大きくなく、後述のチェック結果もスウェーデンを除き良好であったことをくり返し述べておきたい。

上述のように保健支出のインプリシット・デフレーターはかなり大ざっぱなものであり、何らかのチェックを必要とした。そこで OECD 報告の付録統計表から各国の1974年における(イギリスのみ1975年)保健価格指数を引用し(1970=100)推計された指数と比較してみた。その結果、スウェーデンの場合は推計指数の方が OECD の数値よりも幾分低いが他の5カ国についてはそれほど不合理なものとは思われなかった。次にアメリカについては医療価格指数が直接入手できるのでそれと比較した。アメリカの医療価格指数は総合と、その内訳の医師料金、病院費用および薬剤等の4種を用いるが、その水準および動きの両者において総合指数との適合が良好であった。また総合指数の水準および動きは、医師料金のそれらとほぼ同じであることもわかった。

これらのチェックだけでは未だ不十分であり、またスウェーデンについては問題を残したままであるが、現時点ではこれ以上の作業が不可能であるため、1つの試算として以上の結果を用いて分析を進めたい。

表5は、1970年価格で各国の保健支出を実質化した後に、対 GDP 比で表わした結果である。残念ながら1960年代については、適切な資料が不足しており推移を辿ることができない⁶⁾。したがって1970年以降の動きと水準とを、名目価格での対 GDP 比の動きと水準とに比べることとしたい。この比較における最大の特徴は、スウェーデンおよびイギリスの不変価格表示保健支出対 GDP 比が

6) 国連、国民勘定統計年鑑を用いるとどの国も1968年の数値が非整合的である。

表5 保健支出水準の推移(不変価格表示, 対 GDP 比)

保健・医療支出 (%)			1970	1973	1975	1976	1977
西 独	私的消費		1.4	1.5	1.7	1.6	1.6
	社会的消費		4.3	5.3	6.4	6.2	6.1
	(計)		5.7	6.8	8.1	7.8	7.7
フランス	私的消費		1.5	1.5	1.9	1.9	2.0
	社会的消費		5.0	5.5	6.0	6.2	6.3
	(計)		6.5	7.0	7.9	8.1	8.3
日 本	私的消費		0.9	0.9	1.0	0.9	1.0
	社会的消費		2.8	3.1	3.8	3.9	4.0
	(計)		3.7	4.0	4.8	4.8	5.0
スウェーデン	私的消費		0.5	0.7	0.2	0.1	0.2
	社会的消費		3.8	4.0	5.3	5.4	6.2
	(計)		4.3	4.7	5.5	5.5	6.4
イギリス	私的消費		0.3	0.3	0.4	0.3	0.3
	社会的消費		1.9	2.1	2.7	2.7	2.6
	(計)		2.2	2.4	3.1	3.0	2.9
アメリカ	私的消費		5.3	5.5	5.9	5.9	6.0
	社会的消費		1.0	1.2	1.3	1.2	1.1
	(計)		6.3	6.7	7.2	7.1	7.1

(資料出所) 表1ならびに本文参照。

全期間にわたり大幅に低下していることであろう。このため、名目価格での保健支出低水準グループ(日英)および高水準グループ(他の4国)への二分割から、独仏米の高水準グループ、スウェーデン・日本の中水準グループおよび低水準のイギリスといった三分割へと変化が起こっている。特にスウェーデンのデフレーターが幾分過少評価気味であったことを考え合わせると、実質価格での同国の保健支出水準は、対 GDP 比で測って日本とほぼ同じであるかのように思われる。6カ国全体としては、もちろん不変価格表示での保健支出水準は、名目価格表示でのそれよりも低くなっていることを付け加えておきたい。さらに、たとえ実質価格評価であっても1973~75年の期間には保健支出の増加が大きく、75年以降になると増加速度が落ちるか、低下している(いずれも対 GDP 比でみて)国々がほとんどである——スウェーデンのみ例外——のも名目価格評価の場合と同様で著しい特徴と言えよう。これはおそらく1973~75年間にすべての国で石油危機を契機として経済活動の停滞が起こったこと、しかし1975年以降にな

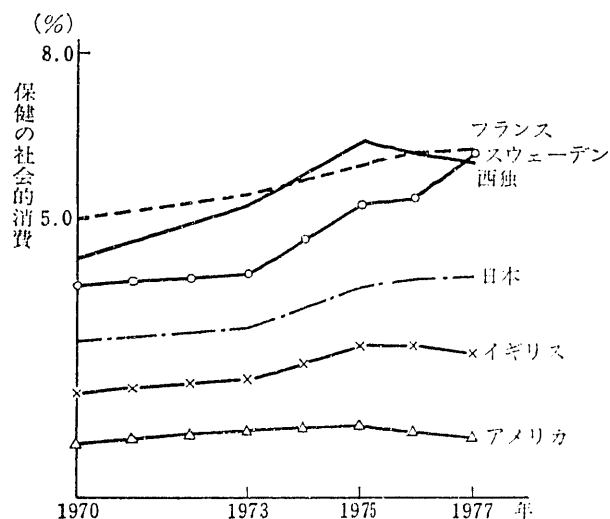


図6 保健の社会的消費(不変価格表示, 対GDP比)

ると幾つかの国で回復のみられたことと無関係ではあるまい。

次に社会的消費のみを取り上げて、その水準と推移とを名目価格による評価額と比較してみよう。6カ国全体として対 GDP 比で測った水準が、名目価格による評価水準より低下している点は保健支出合計の場合と同じである。但し名目価格による保健の社会的消費の場合には、6カ国の水準がばらばらで、特にアメリカは他の5カ国よりひときわ離れて低水準で推移しているのに対し、不変価格表示をとることによって特に1975年以降、仏・独・スウェーデンの3国が1つのグループとして高水準に位置し、後の国はばらばらに中位から下方にかけて位置するという相違がみられる。この場合にもスウェーデンとイギリスとの水準低下は際立って大きく、イギリスの水準低下によりアメリカとの距離が縮小している。スウェーデンも名目価格評価では6カ国中最も高い保健の社会的消費水準であったのに、不変価格表示ではフランス、西独に次ぐ位置に低下している(1977年は例外)。しかし保健支出合計の場合に比べて、たとえ幾分の過大評価はあるにしても、日本との間にかなりの差がある点は注目に値する。すなわち保健支出合計の水準では、スウェーデンおよび日本はほぼ同じような位置にあるにしても、社会的消費に限るならばスウェーデンの方がまだかなり

高いと言えるのではないか。1973～75年および1975～77年という2つの期間については、保健支出計の場合と同じように、前の期間において増大が大きく、後の期間において低下ないしは増加速度の緩慢化がみられるがここでもスウェーデンは再び例外となっている。

おそらく、スウェーデンが石油危機を契機とする経済停滞から脱却できないでいることと無関係ではあるまい。

続いて家計の経済規模との対比でみた不変価格表示保健支出水準とその推移の問題に移ろう。表6は不変価格表示の保健支出水準を対修正個人消費支出比で示したものであり、図7および図8は同表を支出合計と社会的消費とに分けて図示したものである。図7を図3と比べた場合に、後者における4ヵ国グループ対日英グループという二分割から、英およびスウェーデンの大きな水準下降による独・仏・米グループ、スウェーデン・日本グループ、遥か下方のイギリスという三分割に変化している点が最大の相違であろう。不変価格表示の対GDP比のケースと比べるならば、各国

表6 保健支出水準の推移（不変価格表示，対修正個人消費支出比）

保健・医療支出 (%)		1970	1973	1975	1976	1977
西 独	私的消費	2.4	2.7	2.7	2.6	2.6
	社会的消費	7.4	9.0	10.4	10.3	10.1
	(計)	9.8	11.7	13.1	12.9	12.7
フランス	私的消費	2.3	2.4	3.0	2.9	
	社会的消費	7.7	8.5	9.0	9.3	
	(計)	10.0	10.9	12.0	12.2	
日 本	私的消費	1.6	1.6	1.7	1.6	1.8
	社会的消費	5.0	5.5	6.4	6.7	7.0
	(計)	6.6	7.1	8.1	8.3	8.8
スウェーデン	私的消費	0.8	1.0	0.3	0.2	0.2
	社会的消費	5.7	6.2	8.0	7.8	8.8
	(計)	6.5	7.2	8.3	8.0	9.0
イギリス	私的消費	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5
	社会的消費	2.8	3.0	3.8	3.8	3.7
	(計)	3.2	3.5	4.3	4.3	4.2
アメリカ	私的消費	7.8	7.9	8.3	8.3	8.4
	社会的消費	1.4	1.8	1.8	1.7	1.6
	(計)	9.2	9.7	10.1	10.0	10.0

(資料出所) 表1ならびに本文参照。

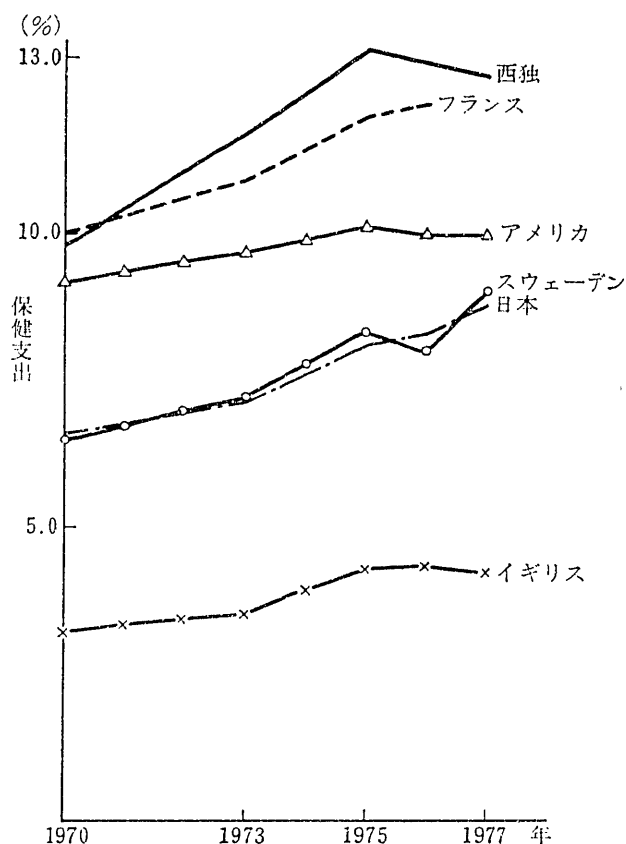


図7 保健支出水準の推移（不変価格表示，対修正個人消費支出）

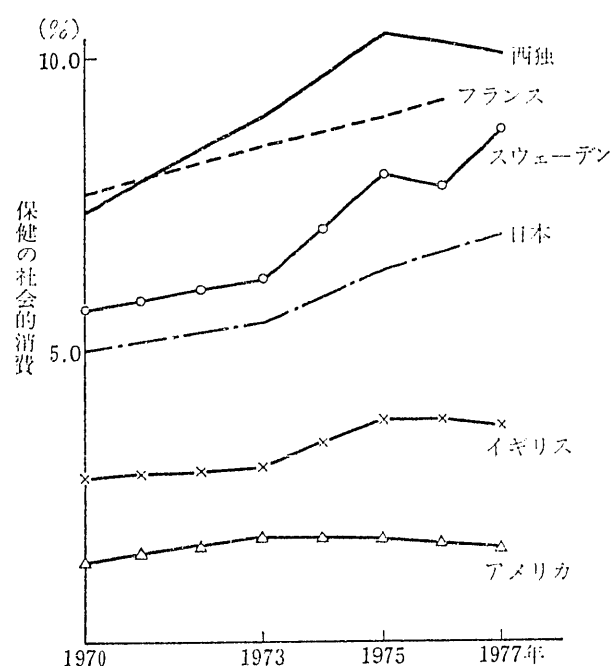


図8 保健の社会的消費（不変価格表示，対修正個人消費支出）

間の差が拡大していること、およびスウェーデンと日本との位置の接近が最も顕著な相違である。これは修正うち個人消費支出の、特に政府消費部分の大きさに国によりかなりの差があること、スウェーデンは就中その部分が大きく、日本は就中その部分が小さいことから生ずるものと思われる。このように、家計の経済規模との対比で保健支出水準を不変価格に基づき評価した場合には、スウェーデンではそれほど高くなく、また、日本は逆にそれほど低くないと言えるのではないか。

最後に図8と図4とを比較して、同じように保健の社会的消費水準を、対修正個人消費支出比で測っても名目価格による評価と実質価格による評価とではどのように異なるかを明らかにしておきたい。この場合にもやはり、スウェーデンとイギリスとの大幅な水準低下が基本的である。そしてこれら2国の水準低下によりスウェーデン、西独およびフランスの高水準グループ、英日の中水準グループ、さらに低水準のアメリカといった三分割から独仏の高水準グループ、スウェーデン・日本の中水準グループおよび英米の低水準グループといった三分割に、グループの構成国が変化している。但しスウェーデンと日本との間には、保健支出全体の場合よりも大きな差があり、しかも1975年以降その差は拡がり、スウェーデンは独・仏グループに接近している点が両国における保健消費の社会化程度の相違をはっきり示している。6ヵ国全体としては社会的消費水準の国家間格差は、もちろん名目価格による評価の場合よりも縮小しているが、それは主としてスウェーデンの水準低下によっていることを最後に付け加えておきたい。

IV 日本における医療費統計の補足推計と再分類

以上、保健支出およびその中の公的保健支出についてその水準と推移とを、経済全体の規模や家計の規模と対比させながら6ヵ国について観察してきたが、次に保健支出の中の医療費の部分を入院サービス、外来サービスおよび薬剤・治療材料・補装具の三種の支出に分け、同じ6ヵ国について

比較検討を行ないたい。すなわち保健支出の中から上記三種の支出に含まれない管理費、研究調査費その他の政府消費支出を除去し、それを以下では医療費と呼ぶことにする。ところでこの種の数値は、日本以外の5ヵ国の場合、前記OECD報告の付録統計表から入手できるが、日本の場合、序文のところで述べたように、既存統計の補足推計および再分類が必要である。本節ではそのための作業について述べておきたい。すなわち前節までに用いてきた国民勘定の枠組で捉えた保健支出は入院サービス、外来サービス、薬剤・治療材料・補装具といった費用分割ができない。したがってそうした分割の可能な医療費統計を用いることになるが、日本の場合それは厚生省発表の国民医療費であろう。しかしそれをOECD報告における他の5ヵ国の医療費と比較するに当たっては二種の問題がある。第1の問題は、日本の国民医療費のサービス別分割が昭和51年まで入院と外来の二分割であったこと、また昭和52年からは薬剤が別掲されて三分割となっているが、その場合の薬剤費はごく一部であり、入院費、外来費の中にまだ多くの薬剤費が含まれていることである。第2の問題は、国民医療費の中から主として患者負担にかかわる費用が欠落しているということである。それらは家計の買薬費、入院の場合の差額室料および職業付添婦への支払、正常分娩の費用、および健康診断の費用の五種である。そこで本節ではまず患者負担の費用の補足推計を行ない、次いで入院費と外来費とに含まれている薬剤費を取り出し別掲するという順序で作業結果を報告することにした。但し患者負担費用の補足推計に当たっては最初の三種の費用に限った。後の二種の費用については将来の課題としたい。理由は最初の三種の費用がより大きな問題であると考えたこと、後の二種の費用については推計方法や資料の十分な準備が筆者に未だできていないからである。まず家計による買薬費の推計から始めよう。

総理府『家計調査年報』には、1世帯当り年間の品目別支出金額の表があり、そこには詳細な薬の種類別支出金額が記載されているからそれを用いて年間の1人当り買薬費を算出し、それに人口

数を乗じて年間買薬費を推計した。この方法に基づく1963～1977の数値は以下のとおりである。

1963	1965	1968	1970	1973	1975	1976	1977
89	108	138	168	209	291	327	333 (10億円)

次に入院した場合のいわゆる差額ベッドの年間費用であるが、これは厚生省保険局医療課が毎年公表している「室料差額徴収状況調査結果について」を基礎資料とした。同資料を用いて各年7月1日現在の1日1差額ベッド当りの平均徴収金額を算出する。次に医療施設調査病院報告から年間在院患者延べ数を取り出し、これに前記医療課資料の7月1日現在差額病床利用割合（7月1日現在差額病床数/総病床数）を乗ずる。この年間差額ベッド利用患者延べ数を前記1日1差額ベッド当り平均徴収金額に乗ずることにより、年間差額ベッド料を算出した。この方法では年間を通じて1日1差額ベッド当り平均徴収金額および差額ベッド利用割合が一定であることを前提としている。昭和52年および53年についての試算結果は、それぞれ1,183億円および1,226億円となった。問題は診療所入院患者についての差額ベッド利用分が落ちていることである。

第3に付添看護料であるが、健康保険組合連合会「入院室料の差額徴収等に関するアンケート調査の結果」、昭和53年および日本臨床看護家政協会による各年度看護料金一覧表を用いて1人1日当り平均付添看護料を推計すると、昭和52年および53年の数値はそれぞれ5,458円および5,793円となる。しかし看護料に対しては医療保険から支給が行なわれるから純粋な家計負担を知るためにはその1日当り単価を前記支払単価から控除しなければならない。ところで看護の保険給付単価は、政府管掌健康保険と組管掌健康保険とについて本人・被扶養者別に分かるので、これら4種の数値の単純平均を仮りに看護の保険給付単価とみなした。本来ならば国民健康保険の看護給付の1日当り単価をも考慮に入れ、5種の数値の比重付平均を計算すべきであろうが、国民健康保険については資料が皆無であり、やむをえずこれを除外し上

記4種の単純平均とした。このようにして得られた純粋の家計負担1日当り付添看護料は昭和52年および昭和53年についてそれぞれ2,693円および2,845円である。次に労働省雇用政策課資料「職業安定機関以外の者の行なう職業紹介等状況報告」（年報）から付添看護人の就労延べ日数を推計する。問題はこの中の何日について保険給付が支給されたかである。この点に関しては前記健康保険組合連合会資料にある基準看護の有無別統計から推測して、約半数に対し保険給付が支給されたと仮定した。試算結果は次のとおりである。

53	52	51	50
45.0	41.2	37.6	33.4 (10億円)

以上のような追加推計を行なった後、それらを加えた国民医療費の患者負担分と国民経済計算に基く純粋な家計負担医療費および「家計調査年報」からの医療費とを比較してみると次のとおりとなる。

表7 国民医療費中の患者負担の補足推計結果

医療費の各項目	昭和53年	昭和52年
国民医療費患者負担	1,169	1,002(億円)
家計調査買薬費・補装具・治療具	640	580
差額ベッド	123	118
付添費	45	41
計	1,977	1,741
国民経済計算個人の保健費	2,392	2,144
家計調査からの保健・医療費	1,926	1,779

（資料）厚生省統計情報部、国民医療費、昭和52年、53年(以下同様)
 総理府統計局、家計調査年報、昭和52年、昭和53年。
 経済企画庁、国民経済計算年報、昭和53年。
 厚生省保険局医療課、室料差額徴収状況調査結果について、昭和53年、昭和54年。
 厚生省、医療施設調査病院報告、昭和52年。
 健康保険組合連合会、入院室料の差額徴収等に関するアンケート調査の結果、昭和53年、昭和50年。
 日本臨床看護家政協会、看護料金一覧表、昭和45～昭和55年。
 健康保険組合連合会、健康保険組合事業年報、昭和53年。
 労働省雇用政策課、職業安定機関以外の者の行なう職業紹介等状況報告、昭和50年、昭和51年、昭和52年、昭和53年。
 厚生統計協会、厚生指標、昭和55年2月。

国民経済計算からの保健に関する純粋な個人消費と国民医療費からの修正後患者負担費とはかなりの開きがあるが、後者と家計調査からの医療費との差はわずかなものと言えよう。なお家計調

査における医療費にはもともと付添費は含まれていない。付添費は家事使用人俸給なる項目に一括計上されている。そこで本稿では別途推計した付添費を家計調査からの医療費に加えて比較を行なった。差額ベッドの費用については全国消費実態調査から推測して家計調査の医療費に含まれているとみなした⁷⁾。

問題は国民経済計算からの家計の保健費との大きな開きの原因であるが、これについては他の年度の差額ベッド費および診療所における差額ベッドの費用をさらに追加推計した後に検討することとしたい。

そこで、OECD 報告記載の各数値と比較可能な入院サービス費、外来サービス費および薬剤・補装具・治療材料費への三区分別再分類を試みよう。まず薬剤・治療材料・補装具費であるが、厚生省発表の昭和52年度国民医療費資料には、参考表として負担区分・一般診療・歯科診療・薬局調剤別国民医療費推計額が記載されている。同表中の入院、入院外等に含まれている薬剤費を保険者負担、患者負担、公費負担別に算出し、それら三者に薬局調剤費および家計調査からの買薬費・治療材料・装具費を加えて薬剤・治療材料・補装具費として分類し直すという方法をとった。

保険者負担の入院、入院外および歯科診療費に含まれている薬剤費は、診療行為別投薬点数の比率を制度ごとに掛け、制度ごとに入院給付総額、入院外給付総額および歯科給付総額にその比率を乗じて薬剤給付額を算出し、全制度の合計を得た。同時に同じ資料を用いて保険で賄われない自己負担分を推計することができる。公費負担の入院、入院外および歯科診療費についても同じようにして薬剤費を取り出すことが可能である。

次表はこれらの薬剤費推計結果をまとめて年間薬剤費生産額と比較したものである。

生産額が卸売価格で評価されている一方、買薬から公費負担分までが消費者価格であることを考

表8 昭和48—52年薬剤費の推計

	昭和52	昭和51	昭和50	昭和48
	(億円)			
(1) 家計の買薬費	333	327	291	209
(2) 保険制度による患者負担	485	428	354	260
(3) 小計	818	755	645	469
(4) 保険者負担	1,638	1,448	1,174	916
(5) 公費負担	106	83	74	62
(6) 計	2,562	2,286	1,893	1,477
(7) 生産額—輸出+輸入	2,603	2,271	1,868	1,426

(資料) 健康保険組合連合会編、『社会保障年鑑』

総理府統計局，家計調査年報，昭和48年，50年，51年，52年。

厚生省保険局，国民健康保険医療給付実態報告，昭和48年，50年，51年，52年。

厚生省保険局，社会医療(診療行為別)調査報告，昭和48年，50年，51年，52年。

健康保険組合連合会，健康保険組合医療給付実態調査報告，昭和49年，50年，51年，52年。

社会保険診療報酬支払基金，基金年報，昭和48年，50年，51年，52年。

厚生統計協会，保険と年金の動向，昭和51年，52年，53年，54年。

慮に入れるならば、合計額は未だ過少推計気味であるように思われる。1つの理由は、共済組合関係について入院サービス、外来サービスの中に含まれている薬剤費を取り出す推計ができなかったことにある。

ところで OECD 報告中の保健支出比較は主として公的支出についてのものであるから、日本の国民医療費の再分類も公的支出部分(保険負担分⊕公費負担分)に限り、また日本の国民医療費に合わせて OECD 報告中の数値もホスピタルサービス、メディカルサービスおよびメディカルサプライの3種に限定し、付録の表から支出割合の再計算を行なった。その結果は次のとおりである。

日本以外の5ヵ国では入院サービスの比重が最も高く、外来サービスの比重がそれに続き薬剤・治療材料・補装具の比重が最も低い。また西独を除き入院サービスの比重と外来サービスとの比重にはかなりの開きがある。これに対し日本の場合には1977年を別にすると外来の比重が最も高く、また、入院と外来との開きがあまりない。つまり入院を必要とするような重症の場合に力を入れて公的保障をするのではなく、軽症のケースが多いと思われる外来サービスに対してかなりの公的費

7) 国民医療費にはこのほか、あんま、はり、きゅう等の費用が含まれていないが他方、家計調査の医療費の中には、「他の医療代」としてそれらが含まれている。昭和52年および昭和53年におけるその推計値は450億および520億円である。

表 9 公的保健支出の構成比

	病 院	外来往診	薬剤・治療 具・補装具	計
フ ラ ン ス	53.7	26.8	19.5	100.0
西 独	37.5	32.7	29.8	100.0
スウェーデン	67.1	26.6	6.3	100.0
イギリス(1975)	64.6	24.6	10.8	100.0
ア メ リ カ	67.1	30.3	2.6	100.0
日 本 (1973)	34.0	36.6	29.4	100.0
(1975)	38.4	39.5	22.1	100.0
(77)	38.8	38.2	23.0	100.0

(注) スウェーデンとイギリスについては病院で行なわれる外来サービスを病院費用から除き、外来費用に移してある。

(資料) OECD, Public Expenditure on Health, 1976, 表7および8の資料出所参照。

用を割いているということになる。

ところで薬剤・治療材料・補装具の比重であるが、スウェーデン、イギリス、アメリカのようにその比重がきわめて低い国と、フランス、西独、日本のようにその比重が20～30%の国々の2つのグループに分けられる。後者のグループが社会保険中心の国であることが1つの特色であろう。さらに日本の場合、推計の過程で患者負担以外については治療材料・補装具への支出をメディカルサプライの項目へ含めえなかったことを考え合わせると、日本ではまだかなり公的医療支出における薬剤支出への比重が大きいと言えよう。

ただ日本の場合も近年になるにしたがって入院費の比重が上昇し薬剤・治療材料・補装具の比率が下向き、入院、外来、薬剤・治療材料・補装具への3分の1ずつの配分から入院、外来中心になってきているとは言えよう。もう1つ他の諸国と比べ特徴的なのは上述のように外来への公的支出配分の比重が40%近くを占め、かなり高いことであろう。

OECD 報告には私的保健支出を含めた場合の三分類の表はないが、日本についてそれを含めると公的支出だけの場合とどう変化するか比べてみよう。

次の表は昭和52年における国民医療費（修正後）を負担者とサービスの種類との二重分類で構成比により表わしたものである。

明らかに公的支出だけの場合よりも薬剤・治療材料・補装具の費用の比重が増え、入院と外来と

表 10 日本の医療費の構成 (1977年)

	入 院	外 来	薬・補・治	合 計
患 者 負 担	4.0	3.7	11.4	19.1
保 険 者 負 担	23.6	27.7	17.5	68.8
公 費 負 担	7.7	3.3	1.1	12.1
合 計	35.3	34.7	30.0	100.0

(注) 表7および表8の資料出所参照。

の費用の割合は低下している。これは家計が街の薬屋さんから購入する買薬の比重が大きいからである。事実、患者負担分の中では薬剤・治療材料・補装具への支出の比重が最大である。もちろん上述のように患者負担の場合のみ治療材料・補装具への支出が含まれていることも影響しているが、それは大きなものではない。患者負担の薬剤・治療材料・補装具費のうち補装具への支出の割合は大きくない。

保険者負担の医療費の中では外来サービスへの支出の比重が最も大きく、公費負担の中では入院サービスへの支出割合が最も大きくなっている。

公的支出だけの場合、1973年および1975年の両時点では外来サービスへの支出が最も大きい割合を示したが、入院費用がわずかに外来費用を上回った1977年にあっても、保険者負担だけを取り出せば外来サービスへの支出割合が依然最も大きい。そして保険者こそ医療費全体について圧倒的に大きな負担をしているものである。他の国々の場合にはその国の医療費全体の主な負担者が保険者であるか狭義の政府であるかに相違はあるにせよ、主な公的負担者の支出が入院サービス中心である点については一致している。日本は公的支出の主な負担者が保険者でありながらその主な負担者の最大支出部分が外来サービスに当てられているところに特徴があると言えよう。

V 入院サービスと外来サービスの公共支出

ところで既存の統計資料の加工・補足推計により、狭義の医療費を入院、外来、薬剤・治療材料・補装具費に再分類することができたので、各種費用について公共支出分のみを取り出し、対GDP比で示し、さらにそれを単価と数量との指標に分解してみたい。医療に関する公共支出の

GDP に占める比率は、OECD 報告に従うと次の5つの要素に分解することができる。

- ① 単位当り支払保健医療コスト（入院1日当りコスト訪問治療コスト，処方薬剤コスト）
- ② 公共体（社会保障機関あるいは国庫）によって支払われるこれらのコストの比率
- ③ 公的保健制度の適用を受けている者1人当りによって消費された保健単位数（公共計画の保障下にある者1人当りの平均入院日数，平均訪問治療回数，平均処方調剤数）
- ④ 総人口中の適用者数の（公共計画下の潜在的受益者が総人口に対してどの位の比率を占めているかを表わす）比率
- ⑤ 1人当り GDP の逆数

第1番目の要素と第5番目の要素の積はコスト比率を表わし，1人当り GDP で表わした単位当り医療コストを表わす。

第2番目の要素は移転比率と呼ばれ，公共財源から支払われるコストの割合であり，公的保障制度の気前良さを示すと考えられている。

第3番目の要素は適用人口当りのサービス利用回数あるいは日数を表わし，実際の利用者についてのではなく潜在的利用者についての平均利用回数を示す。

次に日本の場合における上記単価と数量とへの

分解を入院サービスと外来治療とについて示し，OECD 報告の中から，フランス，西独，スウェーデン，イギリスおよびアメリカの5ヵ国をとり出しこれらの国々と比較してみたい。

表11は入院サービス費に関する上記要素への分解表である。第1に GDP のトレンドに対する%であるが，日本の場合はトレンドに対する%でなく1975および1977年の GDP そのままの数値に対する比率を用いている点に相違がある。そうした相違はあるにせよ，入院サービスに対する公的費用の割合が他国に比べまだかなり低いものであることがわかるであろう。その原因を探るため各要素についてみてゆくと，第2欄の適用比率では日本はスウェーデン，イギリスと共に100%である。逆に極端に低いのがアメリカであり，費用のかかる入院についても公的医療保障制度が一般化していないことをよく示している。第3欄の利用比率の場合は，スウェーデンが非常に高く，日本が平均より幾分低目，イギリスとアメリカとがかなり低い。ところで残る2つの要素のうち移転比率であるが，これはスウェーデン，イギリス，フランスの3国で高く，西独でかなり低い。日本は平均よりやや低目といったところで，利用比率と同じような状況にある。しかしながらコスト比率の欄に目を移すと日本が遥かに平均水準より低く6ヵ国中最低であることがわかる（コスト比率は1人当り GDP に対する1人1日当り入院費用の割合である。但し分母の1人当りは総人口についてのもの，分子の1人1日当りは入院患者のみについてのものである）。このコスト比率が低いということは1人1日当りの入院サービス単価が安いことを意味する。すなわち日本では入院患者全体および入院期間全体をならしてみれば，まだまだ単価が安いということであろう。差額ベッドおよび付添費用が家計の大きな負担となっているのは事実であるが，その他の入院費用が低いためか入院患者全体の平均的入院費用単価は低水準にとどまっているとも考えられる。第1欄が第2欄から第5欄までの積の結果であることを考えると，日本の場合は単価の低いことが公的入院費用の対GDP 比を低く抑さえている主な原因ではないだ

表 11 入院サービス (1974)

	GDP のトレンドに対する%	適 用 率	利 用 率	移 転 率	コスト比率
フ ラ ン ス	2.43	0.985	3.40	0.935	0.776
西 独	1.49	0.910	3.61	0.720	0.628
スウェーデン	4.38	1.000	5.22	1.000	0.839
イギリス(1975)	2.91	1.000	2.48	0.990	1.184
ア メ リ カ	1.62	0.400	2.07	0.800	2.446
日 本(1975)	1.45	1.000	3.05	0.859	0.555
平 均	2.18	0.843	3.16	0.878	0.932
日 本(1977)	1.57	1.000	3.14	0.887	0.564

(注) OECD におけるアメリカの公的医療費は，国民勘定統計を用いた筆者の推計値をかなり上回る。その理由は，Temporary Disability Insurance, Workmen's Compensation および Medical Vocational Rehabilitation の費用が後者に含まれていないことによる。その理由や大きさについては，城戸稿，「人口構造の高齢化と日本の福祉政策の状況」季刊社会保障研究，15巻3号を参照のこと。

(資料) OECD, Public Expenditure on Health, 1977, 表7および表8の資料出所参照。

ろうか？ つまり移転比率と利用比率とが平均水準よりやや低目、適用比率が平均水準よりかなり高いという状況の下で、コスト比率の著しく低いことが原因となって入院費用全体の対 GDP 比を低く押さえているように思われる。

表 12 入院件数および期間 (1974)

	入院率 (対人口%)	平均在院日数 (日)			
		全病院	一般病院	精神病院	結核病院
フランス(1973)	15.3	20.2	14.8	...	96
西 独	15.9	22.7	17.1	198	85
スウェーデン	17.9	26.2	13.0	148	61
イギリス	11.1	22.7	12.6	319	23
アメリカ	17.0	11.1	8.3	143	89
日本(1975)	13.6	54.8	42.3	534	333
平 均	14.9	23.4	15.6	235	83
日本(1977)	14.2	55.3	42.9	547	318

(資料) OECD, Public Expenditure on Health, 1977.
厚生省、医療施設調査入院報告、昭和50年、昭和52年。

ところでコスト比率が単価を表わし利用比率が入院サービスの潜在的利用者 1 人当りの平均的サービス利用数量を表わすものであるならば、後者が平均水準よりやや低目ということは、入院患者数が少ないのか、入院日数が短いのか、あるいはその両方によるのであろうか。表12はこうした点を検討するのに役立つと思われる。すなわち入院率は年間入院件数を人口で割ったものだから在院期間の長短とは無関係であり、むしろ入院患者の数を表わすであろう。日本は明らかに入院件数が平均より小さい。しかしいったん入院すると次の 4 欄の平均在院期間数で見られるように滞在期間が長期化する。したがって日本の場合には 1 人 1 回当りの入院期間は長い入院する患者の数は相対的に少ないと言えるであろう。そのため第11表の利用比率が比較的小さいという結果を生ずるのである。OECD 報告では利用比率の大小に影響する有力な要因は在院日数よりむしろ入院患者数とされているが、日本の場合も確かにそれが当てはまるように思われる。日本の在院日数の長いことはたびたび指摘されているのであまり多くを述べないが、結核病院における在院日数が他の病院にもまして、他の 5 ヶ国との差が大きいように思われる。

アメリカが一般病院の在院日数でかなり欧州諸国のそれより短いのに精神病院や結核病院のそれではあまり差がないこと、イギリスでは結核病院の在院期間がとび抜けて短く精神病院で逆にきわめて長いことが興味深い。

表11と表12とを総合すると日本の場合には単価が安いので在院期間を長くしている面があるのではないだろうか。

入院については以上のとおりであるが、外来サービスの費用についてはどうであろうか？

表 13 外来サービス

	GDP のトレンドに対する比率	適用率	利用率	移転比率	コスト比率
フランス	1.21	0.985	3.42	0.590	0.609
西 独	1.73	1.000	2.04	0.778	1.092
スウェーデン	1.06	1.000	3.60	0.940	0.312
イギリス(1975)	0.73	0.250	5.00	0.560	1.044
アメリカ	1.50	1.000	18.04	0.875	0.095
日本(1975)	1.19	0.756	4.69	0.733	0.460
平 均	1.55	1.000	17.99	0.893	0.097
日本(1977)					

(資料) OECD, Public Expenditure on Health, 1977. 及び
表 7 および表 8 の資料出所参照。

表13は歯科を含めた外来サービスについての単価と数量とへの分解表である。GDP のトレンドに対する % の欄では入院サービスの場合と同様に日本だけは当該年度の GDP に対する比率を用いている。第 1 の特徴は入院サービスの対 GDP トレンド比よりも一般に諸外国では外来サービスの対 GDP トレンド比の方が小さいことである。西独についての記入はないが、西独の場合も他の欧米諸国と同じであろうと推測される。なぜならば公的保健支出のシェアを比べた場合に西独も入院サービス費のシェアが外来サービス費のシェアより大きかったからである。その中にあって日本のみ外来サービスの対 GDP 比の方が入院サービスのそれよりも大きいのが特徴と言えよう。もっとも1977年になると日本の場合も入院サービスの対 GDP 比の方がより大きくはなっているが、外来サービスの対 GDP との差はあまり大きくない。しかも 6 ヶ国の中ではスウェーデンについて 2 番目に外来サービスの対 GDP 比は大きい。そこでこ

他国に比べ高い外来サービスへの公的支出水準をもたらしている要因を次の4欄で探してみると、適用比率は入院サービスの場合と同様に100%であるが、利用比率が入院サービスに比べ圧倒的に高いことが最大の原因であるように思われる。外来の利用比率の方が入院の利用比率よりも幾分高い国はほかにもたくさんあるが、日本のように極端に差のある国はない。1977年には日本の外来利用比率もやや低下しているが、入院サービスの利用比率との差は依然として圧倒的なものがあるし、他の4国の外来利用比率との差も格段に大きいままである。移転比率は入院サービスの移転比率より幾分高いがほぼ同水準である。ただ他の国々における外来サービスの移転比率がそれぞれの国の入院サービスの移転比率よりかなり低くなっている点を考え合わせると、日本の場合外来サービスへの移転比率はもっと低くても構わないのではないだろうか。なぜなら一般に外来サービスで治療できる疾病の方が軽症であるし、したがって費用も少なくて済むはずだからである。そのことはコスト比率にはっきりと現われている。コスト比率は国によってバラツキが大きいが、日本のように同比率の小さい国はほかにはない。このように単価が安いためにサービスの供給者側は数量を増す努力をするであろうし、需要者側も公的保障制度がかなり気前よく支払ってくれる（すなわち移転比率が高い）ので気軽にサービスを求めに出向くのではないと思われる。それゆえ、単価を引き上げ移転比率を引き下げることによって外来サービスの費用を下げることができ、その費用を入院サービスに回すことも可能ではないだろうか？

おわりに

以上、国際比較に基づき、第1に1960年代初めから1970年代後半にかけての保健支出全体とその中の公的支出部分とについてそれらの増大傾向を、国民経済計算の枠組で把握した数値を用い、国民経済規模および家計の経済規模との対比で観察し、第2に以上の数値を実質化してそれらの水準と推移とを、名目価格によった場合に比べ両者の差を検討し、第3に保健支出よりも狭義の医療費に限

定し、OECDの比較基準に合わせて日本の国民医療費の補足推計と再分類とを行なった。そして最後に、入院サービスと外来サービスへの公共支出を単価と数量とに分解し、それら要因がどのように両サービスへの公共支出に作用しているかをみてきた。最後に本稿で未解決の、今後検討すべき課題について述べておきたい。

第1の問題は保健支出デフレーター⁸⁾の改善と国ごとのチェックである。特にスウェーデンのデフレーターは幾分過少推計気味であるにもかかわらず、同国の不変価格表示保健支出水準に大幅な低下がみられる。したがって本稿では同国の保健支出の高水準は見かけほどのものではないと主張しているが、この点の確認と補強の作業が必要であろう⁸⁾。

第2の課題は、国民経済計算による保健支出と日本の国民医療費との関連づけである。両種の統計は、それぞれ独自の資料と推計方法とによっているのだから関連づけなどなくとも構わない、むしろなくて良いとする立場もあろう。しかしマクロ経済統計とミクロ制度統計との関連を考え、両者のギャップを埋めてゆく努力も必要ではないだろうか。この課題に関しては、国民医療費中の患者負担に対しさらに正常分娩、健康診断、予防接種等の費用を追加推計したり、診療所の差額ベッド費用を加えたりする必要があると思われる。また、基準外付添看護費用についても何らかのチェックがなされねばならない。

第3の課題は、入院費用と外来費用とについて行なったような単価と数量とへの分解分析が薬剤費等についてもなされるべき点である。日本の公共医療費の約34%が薬剤費に用いられ、その比率は他国にみられない高いものだとしばしば言われることである。本稿においてもその比率は他国に比べかなり高いものであった。そうであるならば、薬剤費等の分析は非常に重要であろう。しかし薬剤の使用数量については未だ納得の

8) この問題との関連で医療サービスの相対価格の検討について触れておくと、同サービスの相対価格を測る1つの方法として、医師の所得を他の一般の職業あるいは産業からの所得と比較することも考えたが、必ずしも良い資料が得られず割愛した。

ゆかない点が幾つか残っており、今回は単価計算にまで進めなかった。さらによく言われる34%という比率よりも本稿の薬剤費等のシェアが小さかった点について、共済組合関係の入院費、外来費から薬剤費を取り出す作業の必要なこともつけ加

えておきたい。

（本稿は、当研究所、研究第2部経済分析分野の昭和54年度研究プロジェクトに関する筆者担当部分の報告書を敷衍したものである。）