

わが国の医療統計体系について

タカハラ マサユキ
高原 正之*

I はじめに

平成21年4月1日に新統計法が施行され、「公的統計の整備に関する基本的な計画」も3月13日に閣議決定された。これを機会に、医療に関する基本的な統計の体系の解説を行い、関係者の参考としたい。医療については様々な統計があるが、ここでは体系とこれを構成する基本的な統計だけを取り上げ、個々の統計についての詳細な説明は行わないので、ご関心のある方は、各統計の報告書をお読みいただきたい。

II 医療統計の2つの体系

政府の医療統計は2つの体系からなっている。ひとつは具体的な医療のニーズとその供給体制、供給量を把握しようとするものである（以下、医療活動の体系）。もうひとつは医療活動に伴う資金の流れによって医療の生産、分配、支出を把握しようとするものである（以下、医療経済の体系）。

国民が医療に関心を持つのは、病気やけがをしたとき、出産するときに必要な医療を受けることができるのかということだろう。どのような患者がどれぐらいいて、その患者に医療を提供するスタッフや設備がどれぐらいあるのか、医療活動の体系はその答えを提供しようとするものである。ここで重要なのは貨幣に換算された額ではなく何人、あるいは何病床といった実物の単位での把握である。一方、医療のた

めにどれぐらいの経費がかかるのか、それを誰が負担しているのか、どのような仕組みで支払われているのか、それは一体誰のどのような病気の治療のために使われているのかも知りたいと思っているだろう。医療経済の体系はこの期待に応えるものである。こちらでは貨幣の単位での把握が求められる。これら国民の知りたいと思うことは同時に、政策の立案、効果の把握のために把握されるべきことでもある。

片方の体系だけでは日本の医療の実態を把握し理解することはできない。2つの体系を整備することによって医療のニーズの予測やこれに基づいた供給体制の整備、医療費の予測や財政面での手当などの政策立案のための基礎を提供できる。

さて、医療統計の体系は、医療の特性を良く捉えたものでなければならない。医療を衣食住など普通の消費財と比べると大きな違いがある。衣食住は毎日の生活に常に必要なものである。これに対し、診療は基本的には誰かが傷病にかかったとき初めて必要が生じるものであるし、予防は誰かが傷病にかかるおそれがあるときに必要となるものである。広い意味での医療の根本には誰かが傷病を負うこと、あるいはそのおそれがあることがある。医療統計体系は誰がどのような病気にかかるかを念頭に置いて構築されなければならない。

次に、医療サービスは時と所が極めて重要である。救急医療などでは交通事故に遭って重いけがを負った患者の治療は一刻を争い、5分の違いが生死を分かつこともある。慢性期の治療の場合でも、患者が長い時間をかけて遠い医療施設に通うのは負担が大きい。かと言って医療

* 厚生労働省大臣官房統計情報部長

従事者も医療設備も簡単に素早く長距離移動できるものではない。この点は医療活動の統計を作る場合には、特に注意が必要である。

3番目に、医療は生命、健康といった極めて基本的な必要に対応するものであり、日本や多くの先進国では社会扶助、社会保険などを通じて、誰もが必要な医療を受けられることを理想として社会化が進んでいる。これは、最終的に医療費の負担をする者と医療を受ける者の間に差があることを意味する。このようなシステムの下で相当な所得の移転が行われている。医療経済統計はこの関係も明らかにする必要がある。

Ⅲ 医療活動の体系

医療活動のニーズの把握の基礎となっているのは、患者調査であり、供給体制、供給量の把握の基礎となっているのは医療施設静態調査、病院報告である。

患者調査は、男女別年齢別に何人の患者が、どのような傷病で、どのような医療施設で、どのような医療サービスを利用しているかを示すものである。医療サービスの内容としては入院か外来か、入院ならばどれぐらいの期間入院しているかなどかなり細かい部分まで把握している。開発途上国などでは、潜在的には治療が必要であるけれども実際には治療を受けられないでいる患者がいるが、わが国ではそのような事例は少なく、おおむね、現実の医療サービスの利用を医療サービスの潜在的な必要量と考えていいだろう。もっとも、若者の性感染症や結核患者など治療を必要としていながら治療を受けていないものがあることにも配慮が必要である。

このようなニーズに対応する医療サービスの供給体制を示すのが医療施設静態調査、病院報告である。これらは病院、診療所などの医療施設がどれだけあるか、どのような診療科があるか、集中治療室、人工透析装置、病床などの医療設備がどれだけあるか、そこで医師、医療従事者がどれだけ働いているかを示している。これらは医療のサービスの提供体制、供給能力を示すものである^{註1)}。医療サービスに対する

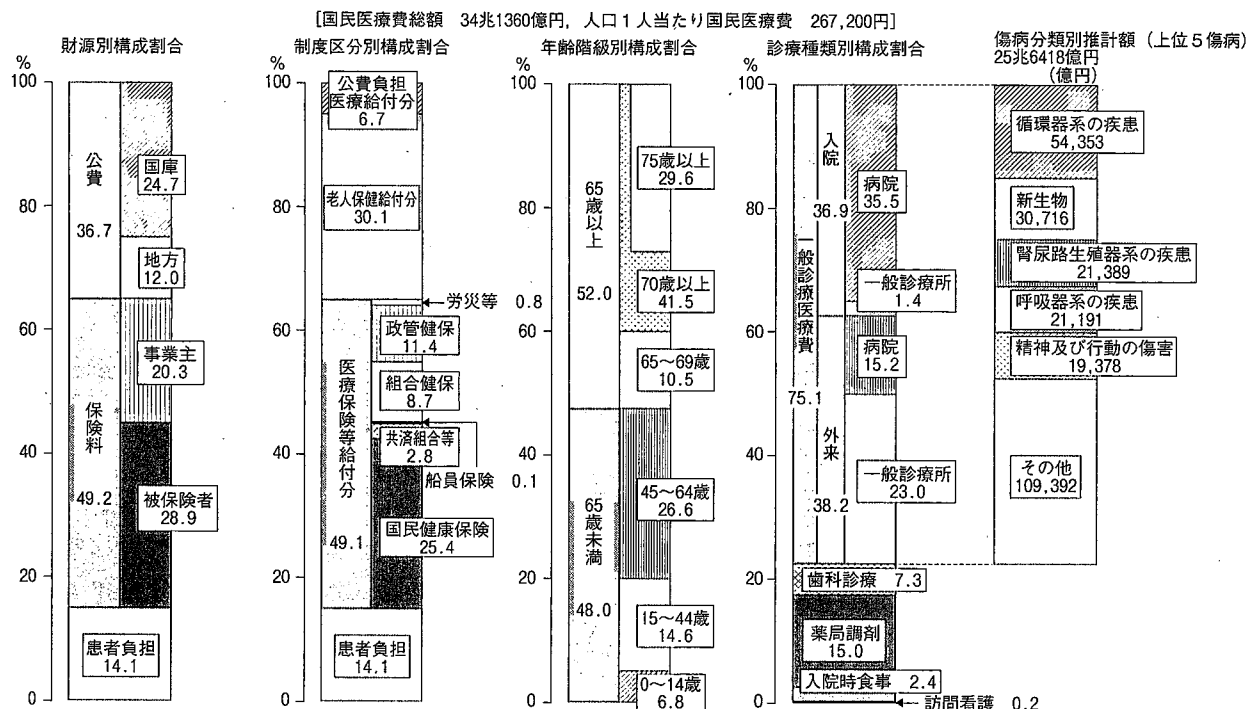
ニーズは本質的に時々刻々と変化するものであり、現実にはどれだけのサービスが提供されているかも問題であるが、いざという場合にどれだけの医療サービスを提供できるかが国民の生命と健康を守るために極めて重要である。もちろん、現実には、診療、手術、検査などのサービスをどれだけ提供しているかなどもこれらの調査は示している。

先に説明したとおり医療サービスにとっては時と所が重要であり、医療サービスに対するニーズと供給体制、供給量は全国的にバランスがとれていればいいとはいえない。大阪で交通事故に遭ったとき東京で受け入れ体制があっても意味はない。地域ごとのニーズと供給体制のバランスが重要である。このため、報告書では患者調査は二次医療圏まで、医療施設静態調査、病院報告は都道府県まで地理的に区分して表章している^{註2)}。医療施設静態調査、病院報告も報告書には掲載していないが主な集計表について二次医療圏ごとのものを作っており、政府統計の総合窓口(e-Stat)で閲覧できるようにしている。地元の状況がどうなっているか、是非、一度お読みいただきたい。これにより、都道府県、二次医療圏ごとに医療に対するニーズと供給体制のバランスを把握することができる。都道府県が医療計画を作るときにはこれらの地域的情報が不可欠である。

ところで、わが国では、公的保険を利用する場合であっても、患者は自由に医療機関を選べる(フリーアクセス)。このため、受療行動調査により患者がどのように病院を選択するか、どのような希望を持っているか、どの程度満足しているかを把握している。

なお、これらの調査は需給のバランスを把握するためのものであるため、異なる時点で実施しても意味がない。このため3年に1回、同一年に実施している(病院報告は毎年)。需要に応じた供給体制の整備という観点から、需要は感染症の流行など季節的な需要の増加の影響を受けない時期に標準的な量を把握することが望ましい。調査時期は秋とされている。

図1 平成19年度 国民医療費の構造



資料 厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」

注 1) 制度区分別国民医療費は当該年度内の診療についての支払確定額を積み上げたものである（ただし、患者負担は推計値である）。

制度区分別国民医療費以外はすべて推計値である。

2) 上記の数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

Ⅳ 医療経済の体系

医療経済の実態を包括的に示すためには、国民経済計算（SNA）のように支出、生産、分配の3面から把握できるような体系が必要である。このため、2つの統計がある。ひとつは国民医療費^{注3)}であり、医療の特性に配慮して医療の支出面を多角的に把握している。もう1つは、医療の生産、分配面を把握している医療経済実態調査である。これらは全国に重点を置いて表章している。

なお、平成24年2月に第1回の経済センサス一活動調査一が実施される予定である。これにより医療経済の体系的把握が前進することが期待される。

(1) 国民医療費

国民医療費はいくつかの軸を設定し、様々な角度から医療費を捉えている。図1は左から、誰が医療費を負担しているか、どのような制度を通じて医療費が支払われているか、どのよう

な年齢の者のために使われているか、どのような医療施設が提供するどのような治療のために使われているか、どのような傷病の治療のために使われているかを示したものである。これらが国民医療費の基本的な軸である。

1) 財源別医療費

これは医療費の最終的な負担者を示すものである。わが国には公的な医療制度、様々な公的な医療保険制度、私的な保険があり、これらから支出が行われている。もちろん個人がこれらの制度を使わずに医療サービスを受けることも自由である。公的な保険は主に保険料（税）により賄われているが、それを支払うのは事業主であったり、被保険者であったり様々で、さらに保険診療にも自己負担があるなどかなり錯綜している。これを整理して、国庫、地方の公費、事業主、被保険者の支払う保険料、患者が自己負担するものに整理している。

制度区分別医療費ではどのような制度を通じて医療費が支払われているかが示されているが、同じ保険制度でも保険料が事業主によって支払われている場合、従業員によって支払われてい

る場合、住民によって支払われている場合、あるいは公費が投入されている場合があり、その最終的な負担者が財源別医療費で明らかにされている。

先に述べたように医療についてはサービスを受ける者とその費用を負担する者が一定しないことが多く、医療費の最終的な負担者を明らかにすることは重要である。

これらの負担割合は制度の変更がなければ、短期間に大きく変動することは考えにくいですが、もし、最終的な負担者が分からなければ、今後、医療費が増えた場合に誰の負担が重くなるかも分からないし、制度改革をしたときにその前後でどのような変化が生じたのかも分からない。

なお、このような財源について諸外国の情報を得ることは必ずしも容易ではないが、そのような情報があれば有意義な国際比較もできよう。SHAがこのような方向でも整備されていくことを期待したい。

2) 制度区分別医療費

どのような制度を通じて医療費が支払われているかを示している。国民経済計算(SNA)の制度部門別の所得支出勘定の支出に相応するものであるが、制度部門が細分化されている。また、医療費が公的保険制度によって賄われているかどうか分かる。

3) 年齢階級別医療費

これは、誰のために医療費が支出されているか、言い換えると誰がどれだけの額の医療財・サービスの提供を受けたのかを示すものの1つである。政府や国民の関心は、医療費の負担だけでなく、必要とするものが必要十分な医療を受けているかどうかにもある。したがって、誰のための医療費かを把握する必要がある。

誰がという観点に立つと、理論的には患者を様々な観点から分類することができるが、これは年齢階級別の医療費を示すものである。これと人口統計を組み合わせることにより、年齢階級別の人口1人当たり医療費も推定している。

また、政府、国民が医療費の負担をする以上、医療費の予測をしなければならぬ。

わが国では少子高齢化と言われるように人口

構成が変化してきている。高齢化が必ず医療費の増加をもたらすとは言えないが、将来、医療費がどのように変化していくかを考える上で、高齢化の要素を無視することはできない。どのような年齢のものにどれだけの医療費が掛かっているかを知ることは重要である。

なお、同じ観点から、図には示していないが、患者の住所を元に「都道府県別」医療費の総額、1人当たり医療費も推計している。

この観点から言えば、男女別の医療費の推定が将来の課題である。

4) 診療種類別医療費

これは医療財・サービスを提供する主体とその提供しているサービスの中身を区分して、医療費を示している。例えば、医薬分業により、病院、診療所に支払われる医療費と調剤薬局に支払われる医療費が変化していく様子はこれで分かる。また、入院のための医療費と外来のための医療費の割合も分かる。

5) 傷病分類別医療費

経済学的にみれば医療サービスはきわめて特殊な財である。通常の財はどんなときにも効用をもたらすものである。効用がゼロであることはあっても、マイナスとはならない。医療についてはこれが当てはまらない。例えば、採血されるのが好きだという人はいないだろう。バリウムを飲むのは楽しいだろうか。歯を削られるのを好む人はあまりいないはずである。胃の摘出に喜びを感じる人がいるとは思えない。

これらの財・サービスに効用があるのは、病気になったり、けがをしたりしたときだけである。言い換えれば、これらの財・サービスの需要を決めるのは、本質的には病気やけがである。病気やけがが原因であり、医療費はその結果である。この因果関係に即して、どのような病気やけがの治療のどれだけの医療費が使われているかを示す必要がある。

このような傷病別の医療費は、政府、国民、保険者、医療機関共通の関心でもあるだろう。医療費の予測、国際比較にも欠かすことのできない情報である。例えば、がんの治療費の削減に役立つ薬剤が開発されたとしてその経済的な

効果を把握するためには、がんのためにどれぐらいの医療費が費やされているかを知っておかなければならない。

傷病分類別医療費はこれを示すものである^{注4)}。

以上が主な軸の説明であるが、国民医療費はこれらの軸を組み合わせた2次元、3次元の情報も提供している。医療費は、誰かが何らかの傷病にかかり、何らかの診療を行うから支出されるものである。誰もけがをせず、病気になることもなく、健康に過ごすのであれば医療は不要である。診療が行われなければ医療費は発生しない。したがって、論理的には「誰の」と「どの傷病の」「どのような診療に」医療費がかかっているのかを明らかにする、「年齢階級別」「傷病別」「診療行為別」を組み合わせた3次元の医療費が最も根源的なものだろう。こういうものも国民医療費は提供している。

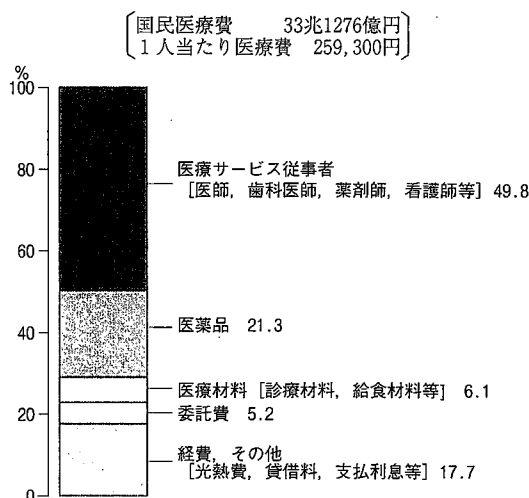
1つの例を示そう。「45歳から64歳のもの」の「悪性新生物」の「入院」のために費やされた医療費は、1985年度には、2917億円であった。これが2005年度には5970億円に増加した。一方、同じ年齢の「結核」の「入院」のための医療費は、428億円から67億円に減少した。

医療費の時系列的な比較や国際比較のためにはこのような情報が必要である。ある国の医療費が他の国に比べて多いとしても、それは1人当たり医療費の高い高齢者が多いといった人口構成の違いによるのかもしれないし、高額の治療費を要する傷病にかかるものが多いなど疾病構造の差によるのかもしれない。同じ傷病に対する医療費の差に起因するのかもしれない。医療費の比較のためにはこのような情報が不可欠である^{注5)}。

(2) 医療経済実態調査

国民医療費の支出には、病院、診療所、調剤薬局などの供給が対応している。しかし、この供給はこれらの主体の生産額、つまり付加価値額とは一致しない。他の経済主体が生産したものが購入され、中間投入として用いられているからである。端的な例では、調剤薬局は製薬会

図2 医療機関の費用構造 (平成18年度)



資料 「平成18年度国民医療費」「医療経済実態調査 (平成19年6月)」結果等に基づき推計。

社などから購入した薬品を加工してあるいはそのまま供給している。

医療財・サービス供給主体が生産したものはどれだけなのか、これらの主体が生み出した付加価値はどのように分配されたのかを知るためには、国民医療費とは別に生産・分配統計が必要である。

このような体系があると、医療財・サービスに資金を投入したとき、それがどの程度、医療の従事者に分配されるか、サービス主体にどの程度の余剰が発生するかが分かる。また、どのような中間投入がどれぐらい必要となるのか分かる。費用の構造が分かると言っても良い。

このような統計は、国民に対して適切な医療を確保するための政策の立案、制度の運用にとって不可欠である。

医療経済実態調査は、医療財・サービスについてこのような情報を提供している (図2)。

供給面、分配面に関連して問題となるのが、医療従事者の行動の把握である。受療行動調査により患者の行動が把握されているように、何らかの形で、医師、看護師、薬剤師、コメディカルの意識、行動、勤務実態を把握できるような公的統計の必要性が認識されつつある。いくつかの医療の職種については賃金構造基本統計調査で、賃金、労働時間などが把握されてきた。公的統計以外では、日本医師会が実施した「女

性医師の勤務環境の現況に関する調査」「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査」など、様々な調査が行われ始めており、厚生労働省でも研修修了者に対するアンケート調査が行われた。医療に関係する職種の実態把握が進んでいることは高く評価されるべきであろう。

V おわりに

財政状況が厳しく、統計作成のためのリソースは削減され続けている。財政状況が急に好転することは期待しにくい。また、政府統計に対する国民の協力の意識は徐々に低下する傾向にあり、調査の実施は困難になりつつある。このような中でも医療は国民にとって不可欠のものであり、その実態を統計により明らかにすることは重要である。患者調査、医療施設静態調査などにより、医療の実体的な需給が把握され、国民医療費・医療経済実態調査がほぼ国民経済計算に対応して支出・生産・分配を明らかにしており、さらに、医療の本質から必要とされる支出の分類も持っている。これらからなる医療統計体系は一応の水準に達していると言える。しかし、さらに医療統計の改善・充実を図っていかねばならない。小論が関係者の医療統計体系に対する理解の一助となれば幸いである。

(参考) SHA について

参考のために OECD でとりまとめられている SHA について簡単に説明しておこう。なお、SHA については速水¹⁾が詳しい。

SHA (A System of Health Accounts) は保健医療に関する支出のみを記録する体系である。SNA のフロー部分のうち支出だけに対応している^(注6)。この体系は基本的には3つの次元からなっている。

第1の次元は機能別分類と呼ばれるものである。医療・保健に関わる財やサービスの種類を示すものである。大きくは次の8つの項目からなっている。最初の5つは個人に提供される財やサービスである(参考表)。

この項目ごとに計算された支出は、SNA の統合勘定の国内総生産の支出側のうち、医療・保健部門の支出を示すものと言えよう。SNA の民間最終消費支出、政府最終消費支出、総固定資本形成に相当するものが含まれている。国民医療費の診療種別医療費で示される診療行為別に医療費を示すという発想と似た考え方にたっている。その範囲は国民医療費より広い。

第2の次元は第1の次元に含まれるサービスを供給する主体を分類したもので、供給主体別分類と呼ばれている。やはり8つの主体に分類されている。これはSNAの経済活動別分類に対応している。

この次元で集計された支出は、医療に関係する生産主体が提供した財サービスに対してどれだけの額が支払われたかを示すものでもある。逆の面から捉えれば、これはこれらの主体がどれだけの財・サービスを提供したかを示すものである。SNAでは経済活動(産業)別の総供給に似たものである。これは、これらの主体による生産額ではないことに注意が必要である。国民医療費の診療種別医療費で示されている

参考表

1. 機能別分類	2. 供給主体別分類	3. 財源(支払い者)別分類
HC 1 診療サービス	HP 1 病院	HF 1 一般政府
HC 2 リハビリテーションサービス	HP 2 長期医療施設及び居住施設	HF11 社会保障基金以外の一般政府
HC 3 長期医療系サービス	HP 3 外来医療提供者	HF12 社会保障基金
HC 4 医療の補助的サービス (臨床検査、画像診断など)	HP 4 医療財の小売業者、その他の業者	HF 2 民間
HC 5 外来患者への医療財の提供	HP 5 公衆衛生プログラムの提供 及び管理	HF21 民間社会保険
HC 6 予防及び公衆衛生サービス	HP 6 一般保健管理業務	HF22 民間保険会社 (民間社会保険を除く)
HC 7 保健医療管理業務及び医療保険	HP 7 その他の産業	HF23 家計の直接支払い
HC 8 保健医療関連機能	HP 8 その他	HF24 対民間非営利団体 (民間社会保険を除く)
		HF25 企業

病院、診療所、調剤薬局などの区分に類似しているが、より幅広くとらえられている。

第3の次元は財源（支払い者）別分類と呼ばれているものである。SNAの制度部門別分類に対応している。ここに挙げられている主体は制度部門そのもの、あるいはそれを細分化したものである。大きくは一般政府と民間に区分されている。それぞれはさらに次のように（参考表）細分されている。

これに基づいて集計されたものは、どのような制度部門が医療費を支払ったかを示すものである。国民医療費で言えば制度区分別医療費に相当する。

さて、国民医療費と同様、SHAでも、単純な一次元の分類だけではなく、これら3つの次元の組み合わせにより、支出の詳細な把握を行っている。第1と第2の次元を組み合わせると、病院がどれだけの診療サービスを提供したか（＝社会全体としてどれだけの診療サービスを病院から購入したか）が分かる。第2と第3の次元を組み合わせると、例えば病院が提供した財サービスについて一般政府がどれだけ支払ったか（＝病院がどれだけ一般政府から受け取ったか）が分かる。第1と第3の次元を組み合わせると、例えば診療サービスに対して一般政府がどれだけ支払ったか（＝一般政府から受け取ったか）が分かる。

SHAの長所は基本的には第1の次元の幅が広いことにある。つまり、取り扱われる医療保険の財・サービスの範囲が広いことである。サービス提供者の種類が多いのは、これの反射であるし、支払い者の種類が多いのもこれに伴うものである。

SHAは国民医療費と同様に支出の体系である。しかし、残念ながら、医療の特性を反映した次元を今のところ持っていない。SHAが医療支出の体系に留まるとしても、医療の特性を的確に反映した体系へと改善されていくことが望まれている。

注1) 最近関心と呼んでいる医師数について、医療施設静態調査、病院報告では常勤医師については

人数を、非常勤医師については常勤換算をした人数を示している。これは従事者の1週間の勤務時間を勤務している医療施設で定めている1週間の勤務時間で割ったものである。例えば非常勤医師の1週間の勤務時間が20時間であり、勤務している医療施設で定めている1週間の勤務時間が40時間であれば、0.5人と計算している。現実にどれだけのサービスが行われているかを示すものである。平成20年医療施設静態調査では男女別の常勤換算医師数を把握することとしている。なお、医療施設に勤務している医師の人数を医師・歯科医師・薬剤師調査でも調査している。

- 2) 医療施設調査、病院報告は全数調査であるので、必要に応じて市町村などの集計を行うこともできる。また、医療施設をキーとして他の調査とのリンクも可能である。
- 3) 国民医療費は、各種の統計、行政記録を基に、医療保障諸制度ごとに毎年の給付額を求め、これに伴う患者の一部負担額と患者が医療費の全額を支払う全額自費を推計した加工統計であり、名目値を算出するものである。このような性格からデフレータは作成されていない。
- 4) 傷病の分類は国際疾病分類（ICD）によっている。
- 5) この問題はOECDでも意識されておりSHAマニュアルの今後の課題として、個人に対するケアの支出をジェンダー・年齢、疾病（ICD）、所得層に分割することが示唆されている。また、新たな次元としてジェンダー、年齢、地域、所得水準、社会階層、エスニックグループなどの対象者別のものを建てることも例として示されている。
- 6) フローの支出面だけを捉えたものに、フローとストックの両方を、また、フローについては生産、分配、支出の3面を捉えている包括的な体系であるSNA（A System of National Accounts）とよく似たSHA（A System of Health Accounts）と名付けたことが誤解を生んでいるように思われる。より実態に近いのはA System of Health Expenditure Accountsであろう。

文 献

- 1) 速水康紀、坂巻弘之、井原辰雄、他 OECD「A System of Health Accounts」準拠の医療費推計に関する研究 医療経済研究 2003；13：71-1