

国民医療費の将来予測

仁 科 保

I. 序

現在、国民医療を取り巻く環境は厳しい。人生80年時代の定着によって人口の高齢化現象が一層進展し、また安定的経済成長が持続する中で国民資源の医療分野への配分が厳しくなっている。ところが近年、医療の高度化が急速に進み医療マンパワーの養成が充実される中で、その普及への強い要望が医療費増大への持続的圧力となろうとしている。それゆえ、今後とも医療保障の分野では人口の老齢化と医学・医術の高度化によって、国民医療費は高いテンポで増加していくことが予想されている。

これらの状況に対する最近の医療費適正化政策には、昭和58年2月の老人保健法の導入と昭和59年10月の本人9割給付の健康保険法の改正がある。これらの施策によって将来、生成すると思われる医療の実態に即した地域保健医療体制の確立と公的医療保険のもとで発生するモラル・ハザードの抑制が、現在強く求められている。

このような国民医療の現実を考慮しながら以下、わが国における保険医療の構造、国民医療費の動向および最近における国民医療費の予測結果について概観したい。

II. 保険医療の構造

わが国では医療保障の下、医療活動をとりにかこむ具体的な制度機構には医療保険制度、医療関連制度および医療制度の3制度がある。このうち医療保険制度とは、被保険者に疾病・負傷等の保険事故が生じた場合に医療を給付する保険制度をいい、それは「保険で医療を購入する」という形式をとる。医療保険制度は医療サービスの需給を保険のしくみを仲立ちとして取り結ぶものであるが、わが国の医療保険制度は、周知のように国民皆保険でありながら単一の制度ではなく、各制度は歴史的に形成されて分立し、各制度における負担と給付には合理的でない格差や不均衡が生じている。一方、医療関連制度は保健衛生、環境衛生、薬事、福祉関連など医療の基盤となり医療を助け、医療と連携する諸活動に関連した法律から成り、また医療制度は医療の供給制度であり、医師法・医療法を中心に形成されている。医療制度において医療を供給するためには、医師を中心とするマンパワー、医療技術、医薬品・医療機器、その他の医療用材料品とそれらの要素を結合して医療活動を行うための病院・診療所などの施設が必要である⁽²⁾。わが国の医療制度は明治以来、自由開業医制をとり開業医と開業医の個人投資を中心とする中小病院が医療供給の大部分を占め、これに大学病院が特殊な地位を占めて加わったものとなっている。それ故、わが国において医療供給の社会化はほとんど行われていない。

これらの制度的機構の中で医療費の大きさは、医療活動における医療供給と保険財政に支えられた給付需要が結びついたところで決定される。その医療費は医療機関に対して診療報酬として支払われるが、わが国ではその支払い方式として出来高払い（点数）制度が採用されている。そこには、医療サービスを供給する医療活動からの注文と保険財政の健全化という経済的要因との葛藤があり、単なる調整のみでは解決できない困難な問題が存在する。具体的にいえば「医療費紛争」あるいは「医療と保険の対立」といわれるものが、わが国医療保険の厳しい環境の下で社会的な問題として発現してくるのである。すなわち、支払い側である保険者は、保険財政の収支バランスに制約されて医療費の引上

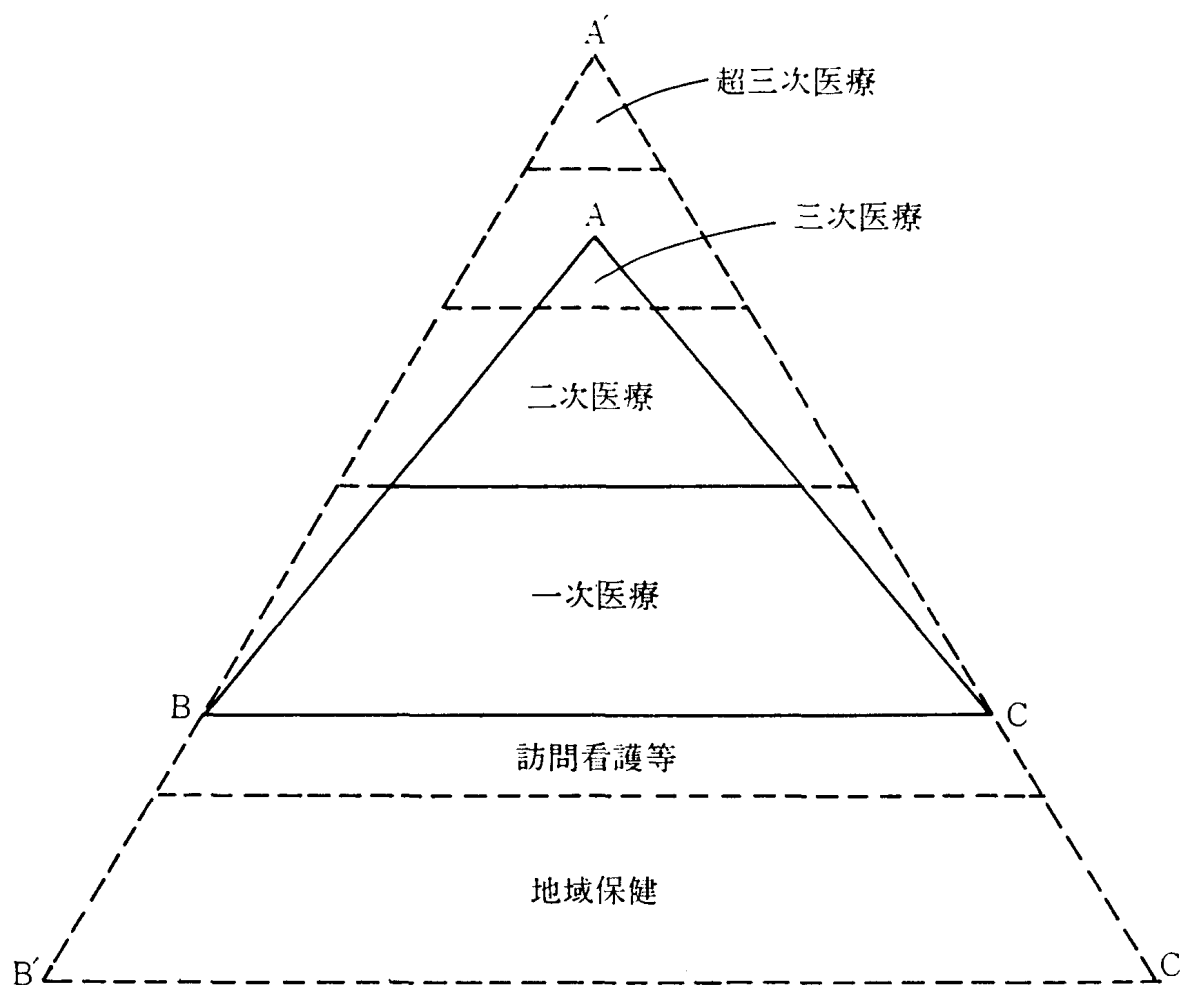
げをできるだけ抑制しようとし、診療側は医学・医術の進歩をできるだけ早く医療現場に導入するため、その保険点数化を求め、また自由経済の論理に支配される医療経営上の経費と公定価格である診療報酬との乖離から生ずるギャップを埋めたいとの主張の下に、診療報酬の引き上げを強く主張しているのである。⁽³⁾

このように国民医療費の決定要因は構造的であり、収支のバランスをとるうえで制度面からの調整が必要となる。そこで収入面の保険料の審議を行う機関が社会保険審議会であり、また支出面での診療報酬点数表を協議するのが中央社会保険医療協議会の役割である。とくに中医協による点数決定は、市場機構における価格メカニズムの機能に代って資源配分機能を果しており、ここでは医療における医学的視点と経済的視点との調和が重要な課題となっている。⁽⁴⁾

ところで、医療制度の最近の動きに視点を移すと、医療費適正化政策の下、昭和58年2月に導入された老人保健法は包括医療の考え方にに基づき、新しい老人医療のあり方とそれに見合う老人診療報酬の確立をもたらした。具体的には、老健法によって患者の一部負担導入と老人医療に適した老人点数表の新設および老人病院の設定が行われ、医療と保健の統合的運営の実施とともに「入院・収容医療から在宅・地域医療へ」という医療サービスの供給体制の転換方向が示された。このような老健法における包括医療を医療サービスのあり方としてみた時、それは近年、唱道されているプライマリ・ケアの考え方につながる。今後、包括医療が実践され地域の特性を考慮した地域医療の概念が確立してくると、それを基底とした新しい医療システムが形成される必要がある。

このような実際的な動きに対して、医療技術の面をみると、1960年代の後半からとくに顕著に認められるようになったCTスキャンなどの医療技術革新の結果、医療の上限部分の高度化が急速に進み、各種医療機関の機能格差が大きく開くなかで、近年新たに医療機関全体を包括した新しい医療構造が形づくられてきている。

図1 医療の新しい構造



出所、冲中記念成人病研究所編『21世紀の医療』昭和57年3月、118頁。

こうした現実的な動きの中で、現在、図1にみられるような新しい医療構造が形づくられてきている。△ABCで示される実線の部分が現在の医療構造であり、△A'B'C'で示される点線の部分が今後、生成してくると思われる新しい医療構造の姿である。図1にみられるように医療技術の進歩を反映して医療の上限はさらにはるかに上昇し、超三次医療とでもいえる分野が出現する。また、現在の一次医療の下部には老人医療にみられるように、なお要医療の状態にある患者を家庭に訪問し、訪問看護でこれをカバーするというような分野が新たに形成される。さらに、その下には各住民のセルフ・ケアを含めた地域

保健を進めるといった地域保健医療の分野が大きく形成されてくることになる⁽⁵⁾。

このような新しい医療構造の下では、医療機器の重装備を中心とする体制と医師と患者の日常的な接触を重視するプライマリ・ケアの推進とが2つの柱となるのである。

進行しつつある医療構造の変化の下で、今後とも人口の高齢化と医学・医術の進歩に伴う医療需要の増大と多様化は、高額医療機器の保険診療への導入を伴いながら医療水準の向上をもたらす一方で、一般に点数の高い診療行為や検査等の回数を増加させる面があり、国民医療費の増加傾向は今後とも続くと予想される。

ところで、近年における医療費増大の動きの中で、今まで公的医療保険は危険分散機能の強化によって再分配効果を強め医療需要の創出に大きな役割を果たしてきたが、現在では保険財政の赤字問題にみられるように資源配分の効率化の点では1つの限界をもっていることが明白となった。それ故、このことは現在、昭和59年10月の公的医療保険における自己負担額の増額や新しい角度からの私保険の導入問題として発現している。

また一方、医療費適正化政策の下、医療供給体制のあり方も厳しく問われている。それは医療供給体制の改善・合理化問題であり、具体的には地域における医療のシステム化、高額医療機器の共同利用、医療従事者の養成の見直しなどである。厚生省による地域医療計画・私的病床の規制などを織り込んだ医療法改正の動きは、その表われとみられる⁽⁶⁾。そこでは常に、有限な医療資源をいかに無駄なく効率よく配分するか、という命題とすべての患者には優れて質の高い医療が提供されるべきであるという、二律背反の要素を持つ命題との葛藤がみられる。

Ⅲ. 国民医療費の動向

わが国において国民医療費⁽⁷⁾の推計は昭和29年度以降行われているが、最近までの国民医療費のマクロ的な動向は表1にみられるような動きを示している。

国民医療費の将来予測

最初に表1において国民医療費、GNP（国民総生産）およびNI（国民所得）の総体的な動きをみると、昭和29年度から57年度までの29年間に国民医療費は64.4倍、国民1人当り医療費は48.7倍となっておりGNPの34.2倍やNIの32.1倍に比して高い伸び率を示している。国民医療費は戦後、国民経済の成長率を上回る形で増加してきたといえる。表1より国民医療費の動向は、次の3つの期間に大別して考察することができる。すなわち、昭和29年度から35年度にいたる期間（平均増加率11.4%）と昭和36年度から53年度にいたる期間（同じく19.6%）および昭和54年度から57年度にいたる期間（同8.5%）である。⁽⁸⁾

第1の期間（昭和29年度～35年度）は国民皆保険以前であり、この時期に戦後の公的病院中心主義から私的医療機関育成政策への旋回が行われている。また、国立病院と公立病院にはそれぞれ昭和24年と27年に独立採算性が導入され、これ以後公的病院においても私的病院とほとんど変わることのない医療活動が行われるようになった。さらにこれと並行して、昭和33年には診療報酬の点数表が医師の技術料を評価するために甲表と乙表に分離されている。

一方、医療供給についてみると、第2次大戦中、医師の速成教育が設備や教育が不十分なまま行われ、その結果、戦後になって医師が急増した。このためこの時期には医学部の増設は認められず、医師の供給は抑えられたのである。

第2期（昭和36年度～53年度）は経済の高度成長期を含み、この時期にわが国の社会保障制度は拡大するパイの増加分を吸収して発展してきた。けれども、昭和48年の第1次オイル・ショックを契機に日本経済は低成長経済へと移行、この時期に生じた大幅な物価上昇の下で、国民医療費も49年度に36.2%という高い増加率を示した。その後、低成長経済の下、高い国民医療費の上昇率に対する適正化政策が推進され、その増加率は54年度（第3期）に9.5%と10%を割っている。この第2期のはじめに国民皆保険が達成され、その後引き続いて給付内容の改善や給付率の引上げが行われ、また公費負担制度においても結核予防法、精神衛生法の強化および老人福祉法による老人医療の無料化が実現され

表1. 国民医療費の推移

年度(昭和)	国民医療費		国民1人当 り医療費 (千円)	国民医療費の割合		GNP 増加率 (%)	NI 増加率 (%)
	総数 (億円)	増加率 (%)		対GNP比 (%)	対NI比 (%)		
29	2,152	...	2.4	2.75	3.26
30年度	2,388	11.0	2.7	2.69	3.27	13.3	10.7
31	2,583	8.2	2.9	2.60	3.16	12.3	12.0
32	2,897	12.2	3.2	2.58	3.10	13.0	14.5
33	3,230	11.5	3.5	2.74	3.36	4.8	2.8
34	3,625	12.2	3.9	2.66	3.29	15.5	14.6
35	4,095	13.0	4.4	2.53	3.09	19.1	20.4
36	5,130	25.3	5.4	2.58	3.26	22.5	18.7
37	6,132	19.5	6.4	2.83	3.46	9.1	12.5
38	7,541	23.0	7.8	2.95	3.66	18.2	16.3
39	9,389	24.5	9.7	3.17	4.01	15.9	13.4
40年度	11,224	19.5	11.4	3.35	4.22	13.1	13.8
41	13,002	15.8	13.1	3.30	4.18	17.6	16.9
42	15,116	16.3	15.1	3.27	4.11	17.0	18.2
43	18,016	19.2	17.8	3.29	4.18	18.4	17.3
44	20,780	15.3	20.3	3.20	4.09	18.6	17.9
45	24,962	20.1	24.1	3.32	4.10	15.8	19.7
46	27,250	9.2	25.9	3.29	4.14	10.2	8.2
47	33,994	24.7	31.6	3.53	4.38	16.6	17.9
48	39,496	16.2	36.2	3.39	4.13	21.0	23.1
49	53,786	36.2	48.6	3.90	4.80	18.4	17.3
50年度	64,779	20.4	57.9	4.27	5.26	10.0	9.9
51	76,684	18.4	67.8	4.50	5.54	12.2	12.4
52	85,686	11.7	75.1	4.54	5.61	10.9	10.3
53	100,042	16.8	86.9	4.84	6.00	9.5	9.3
54	109,510	9.5	94.3	4.93	6.13	7.4	7.1
55	119,805	9.4	102.3	4.97	6.17	8.5	8.6
56	128,709	7.4	109.2	5.05	6.34	5.7	4.7
57	138,659	7.7	116.8	5.19	6.55	5.0	4.3

資料、厚生省「昭和57年度国民医療費」。

るなど、わが国の医療保障制度の充実が計られた時期である。すなわち第2期には昭和36年国民皆保険の達成、37年制限医療の廃止、さらに「福祉元年」ともいわれた48年には(1)家族給付率の引上げ(5割→7割)、(2)高額療養費の導入および(3)老人医療の無料化が実施された。その結果、医療需要はこのような改正をベースにして急速に拡大し、また一方では人口高齢化の影響下に、老人医療を中心とした医療費増大の持続的圧力が増大してくるのである。

次に医療技術や薬剤の面についてみるとこの時期には37年の制限医療撤廃の下、抗生物質の使用制限が緩和され、薬剤の大量投与と高い薬の使用への傾向が顕著となり、40年代後半からは臨床検査部門で多チャンネルの血液自動分析装置の導入が活発となり、血液検査が広く行われるようになった。さらにつづいてCTスキャン、超音波自動診断装置をはじめとする高度な医療機器および医療用データ処理装置、医療システムなどが50年代に入り急速に導入された。

一方、医療サービスの供給についてみると、36年の国民皆保険の下で、医療需要は急速に増加したけれども、医学部増設の不認可の方針が長い間、変更されなかったために、医師不足が次第に深刻化し、ようやく昭和45年になって初めて医学部の新設が認められるようになり、48年には一県一医大構想などの医療の供給増加策がとられた。このため医師数は昭和58年には総数約18万人と推定され、人口10万人対152人となっている。今後の医師数の推移を中長期的に展望すると、現状のままで推移すれば人口10万対の医師数は、昭和75年には210人、昭和100年にはおよそ300人となり、その後も増加すると見込まれている。

第3期(昭和54年度～57年度)は、第2期の高い国民医療費の増加率に対して抑制の動きが出てきた時期である。すなわち、昭和50年代の医療費の動きは、日本経済の低成長化に伴う医療保険の給付財源の逼迫と人口の高齢化に伴う医療需要の増大という相対立する2つの要因を中心にして展開され、その1つの解決方法として既述のように58年2月から老健法が施行され、さらに59年10月に

は本人9割給付の健康保険法の改正が実施されている。このような一連の医療費適正化政策の基底には、厚生省による診療報酬の点数改定策があり医療費抑制がこの期間を通じて強力に推進されてきている。すなわち54、55年度と点数改定は行われず、ようやく56年6月に行われた点数改定は8.1%の医療費引上げと同時に薬価基準の引下げ（医療費ベースで6.1%）が行われ、実質的な医療費の引上げは2%にとどまった。さらに、59年3月に2.8%の医療費引上げと薬価基準の引下げ（医療費ベースで5.1%）が行われ、実質医療費は2.3%の引下げとなりこの改正は今までにない医療費改正となっている。厚生省は、このような社会保険診療報酬の改定を通じて医師の技術料を高く評価する方向を志向し、さらに国民医療費増加率を国民所得の増加率程度に下げることが目標としている。⁽⁹⁾

以上のように近年、医療制度・医療保険制度の根幹にかかわるような問題までもが医療費節減のために短期間のうちに政策として打ち出されて来ている。この結果、国民医療費の増加率は54年度に10%を割り、55年度9.4%、56年度7.4%、そして57年度には7.7%（13兆8659億円、対国民所得6.55%）となり低下傾向にある。これらの医療費適正化政策によって老人医療費は制度実施前のような10%といった高い伸びはみられず、1人当り老人医療費の伸びは2～5%と大幅に鈍化し、⁽¹⁰⁾また改正健保法による被保険者本人への1割自己負担の導入は、政管健保の59年10月～12月の医療費動向調査によれば、被用者本人の1人当り医療費（自己負担分を含む）を前年同期より12.9%（組合健保もほぼ同じ傾向）減少させている。⁽¹¹⁾

このように適正化政策は一定の効果をあげているが、その背後には医療サービスの超過供給という実態もあり、⁽¹²⁾医療経営は今までにない厳しい状態におかれている。それ故、医療の供給サイドにまで踏み込んだ政策への転換が現在必要とされている。

最後に以上の期間の国民医療費の増加率とGNPの成長率を表1に即して考

察すると次のような特徴がある。各期における国民医療費の平均増加率とGNPの平均成長率は、それぞれ第1期11.4%と13.0%、第2期19.6%と15.3%および第3期8.5%と6.7%となっている。これらのうち国民医療費の平均増加率がGNPのそれよりも低い期間は第1期のみで、第2期と第3期はいずれも前者の平均的な伸び率が、後者のそれをこえる形となっている。この傾向は、後述のモデル分析の結果にも示されている。

今後、国民医療費の構造的な増加要因は大きく変化することはなく、医療費の増加傾向は今後とも続くと予想される。しかし、国民医療費の最近の動きは保険政策や医療政策によって大きく変化しているため、今後の国民医療費の推移は過去の延長線上で考えることはできない状況となっている。

IV. 国民医療費の予測

本格的な高齢化社会を迎えても国民経済社会の活力を維持しつつ、他方で医療保障制度が安定して機能し、国民に医療サービスを保障していくためには医療費の伸びを適度なものに抑えていく必要がある。それゆえ近年、数量分析による社会保障問題や医療問題の解明の重要性が指摘されている。

社会保障制度に関する計量モデル分析には、厚生省社会保障モデル開発研究会編『社会保障の計量経済学』（大蔵省印刷局、昭和54年）と中期財政モデル研究会の報告『日本経済と財政の計量分析』（関西経済研究センター、55年）の2書があるけれども、以下、国民医療費の予測値について比較可能な分析結果について考察する。

比較可能な国民医療費の予測としては、昭和57年の冲中記念成人病研究所編『21世紀の医療』と同じ年の日本大学人口研究所による「日本大学人口研究所人口推計——人口・経済モデルに基づく21世紀の展望」がある。また予測モデルとしては青山学院大学辻正重氏の「医療政策検討用シミュレーターの開発」があり、さらに57年度および58年度厚生科学研究費による「国民医療費予測シ

システムに関する研究」と「政策変数を組み入れた国民医療費予測システム設計に関する研究」（主任研究者は何れも松浦十四郎氏——社会保険審議会）がある。厚生省の予測としては、58年10月に社会保険審議会に提出したものと59年5月に衆議院社会労働委員会に提出されたものなどがある。⁽¹³⁾

以下、個別に検討する。最初に、沖中記念成人病研究所の『21世紀の医療』における予測は、昭和50年を基準にGDP（国内総生産）デフレータにより実質医療費ベースで推計されている。報告書では、政管健保・国保・組合健保の各制度ごとに人口推計をもとに年齢階級別人口と1件当り医療費から入院・入院外・歯科医療別にそれぞれ医療費を推計し、それを積み上げて国民医療費を予測している。2000年までの推計は受診率を1979年以降一定とし、次のような2通りの仮定のもとに行われている。1つは1件当り医療費が1975～79年の年平均成長率と同率で上昇した場合である。この場合、2000年の国民医療費は49兆2029億円（1975年価格）となりGNP成長率が4%の場合14.8%、GNP成長率が3%の場合17.1%と推計されている。この時、国民医療費は今後20年間およそ年率8%程度で上昇することになる。もう1つの仮定は人口の老齡化要因の変化だけを取り入れたもので、1件当り医療費も1979年以降変化しないとした場合である。このケースでは、2000年の国民医療費は14兆7245億円（1975年価格）となりGNP（成長率4%）の4.4%、GNP（成長率3%）の5.1%と推計されている。この場合でも国民医療費は、年率でほぼ1%ずつ上昇することになる。

『21世紀の医療』における国民医療費の推定目的は医療制度の改善がなければ、経済的な意味からしても医療費が国民経済にとって大きな負担になることを示すことにあるが、しかしこの推定過程において年齢階級別・保険制度別の受診率が一定であると想定しているため、今日いわれている患者の病院志向という問題は考慮されていない。⁽¹⁴⁾

次に「日本大学人口研究所人口推計——人口・経済モデルに基づく21世紀へ

の展望」について。本報告書は日大人口研究所が昭和57年6月に国際連合の支援のもとに昭和54年12月より行ってきた長期人口・経済モデルの研究成果の一環として公表されたものである。わが国の人口推計はふつう出生・死亡率の人口変数を外生的に与えているが、この長期モデルの大きな特徴は出生・死亡の人口変数が経済・社会保障などの諸変数とリンクしており、それらの間でフィードバックのプロセスが導入されているところにある。

日大人口研長期人口・経済モデルは人口部門・経済部門・社会保障部門の3部門から構成されており、前年度の人口変数および経済部門のラグ変数より今年度の経済および社会保障部門の変数が同時決定され、これらの経済・社会保障変数より今年度の人口推計が行われる型をとっている。

経済部門は、わが国で従来構築されてきた需給均衡メカニズムを取り入れたサプライ・サイドを重視したマクロ経済モデルである。社会保障部門は公的年金制度と医療保険制度を中核としており、公的年金制度は厚生年金、国民年金（拠出制）、国民福祉年金を主体とし、医療保険制度については政管健保・組合健保・国保を主体としている。モデルでは総医療費の将来推計値は、人口の変化と1件当り医療費により変化している。1件当り医療費は、次式のマクロ1件当り医療費にみられるように診療報酬単価とGNPおよび稼働人口・老齢人口によって変化する。総医療費の2000年における中位推計額は実質42兆8710億円（1980年の5.5倍）で対GNP比は9.1%、2025年には124兆2190億円で対GNP比は16.4%となっている。⁽¹⁶⁾

$$\ln(\text{マクロの1件当り医療費}) = -5.481 + 0.6828 * \ln(\text{診療報酬単価}) +$$

$$(1.697) \quad (0.129)$$

$$+ 0.4051 * \ln \frac{\text{名目GNP}}{15\sim64\text{歳人口}} + 1.476 * \frac{65\text{歳以上人口}}{15\sim64\text{歳人口}}$$

$$(0.065) \quad (0.513)$$

$$\bar{R}^2 = 0.998 \quad D.W. = 0.992$$

第3に辻正重氏（青山学院大）の「医療政策検討用シミュレーターの開発」はモデルの設計段階にあり、シミュレーション結果は患者数と医師数の昭和40

年から52年までの過去との比較にとどまっており、諸政策を想定した将来予測は、次の課題とされている。

最後に、厚生科学研究費による研究・昭和57年度「国民医療費予測システムに関する研究」と同じく58年度「政策変数を組み入れた国民医療費予測システム設計に関する研究」について考察するが、ここでは昭和58年度の研究について言及する。昭和58年度の研究は、57年度の研究と異なり一般経済とのかかわりは限定され、患者1人についての1日当り医療費の自然増、物価上昇率、賃金上昇率、技術進歩を見込んだ資本増にとどめて医療サービスの需給バランスの中で医療費をシミュレートしたものであり、モデル全体の構成は従来の推計方法に近いコンパクトなものになっている。モデルは需要セクター、供給セクターそして需給バランス・セクターから成り立っており、需要セクターではわが国の人口の推移とその人口集団が必要とする医療需要の大きさ（外来患者数、入院患者数、医療費等）をシミュレートし、また供給セクターでは医師数、パラメディカル数、病床数、診療所数を推計し供給状態をシミュレートする。需給バランス・セクターでは医療収入と総コストを比較し投資量と医療費の自然増のコントロールの様子をシミュレートし2000年までの総医療費を推計している⁽¹⁶⁾。

表2は、厚生省が以上の比較可能な予測結果をまとめ社会保険審議会に提出した資料である。日大推計、NIRA推計（『21世紀の医療』による予測）、厚生省保険局の概算および社会保障長期展望懇談会の方式による試算が示されている。表のⅢ、Ⅳが厚生省推計値であり、何れも医療費の年平均増加率を設定して58年度見込額を基礎に推計したものである。表1における推計値は、今後の制度的変化を一切含まず老健法による影響も含んでいない。

表2の各推計値は、仮定しているGNPやNIの伸び率が異なるため単純に比較することは難しい。日大の推計値では7.7%のGNP成長率が仮定され、さらにⅣの長期懇それは9.2%のGNP成長率を想定しており、一般に各予測において高めの成長率が仮定されている。

けれども、ここでは概略的な傾向をみるために75(2000)年度について対NI比を比較してみると、最高のNIRA推計値の18.6%から最低の長期懇のA推計7.6

表2.厚生省が社会保険審議会(58年10月24日)に提出した国民医療費の各種推計(名目値)

(単位:国民医療費=億円)

		昭和58年度	昭和60年度	昭和65年度	昭和70年度	昭和75年度	昭和80年度	平均伸び率	
I. 日大推計	国民医療費	146,700	176,900	293,500	535,000	974,200	1,669,900	11.7%	
	対NI比(%)	6.0	6.2	7.0	8.8	11.3	13.5		
II. NIRA推計	国民医療費	148,000	170,400	268,300	405,300	613,600	—	8.7	
	対NI比(%)	7.0	8.8	11.5	14.5	18.6			
III. 保険局概算	1. 供給サイドからの推計	国民医療費	145,300	168,900	245,800	357,800	520,900	758,400	7.8
		対NI比(%)	6.4	6.6	7.0	7.4	7.9	8.4	
	2. 需要サイドからの推計	国民医療費	145,300	169,500	249,000	365,900	537,600	789,900	8.0
		対NI比(%)	6.4	6.6	7.1	7.6	8.1	8.7	
	3. モデル計算	国民医療費	145,300	167,600	241,700	354,000	517,200	745,100	7.7
		対NI比(%)	6.4	6.5	6.9	7.4	7.8	8.2	
IV. 長期懇の方式による計算	A 推計	国民医療費	145,300	176,800	288,600	471,200	769,200	1,225,800	10.3
		対NI比(%)	6.4	6.6	6.9	7.2	7.6	8.0	
	B 推計	国民医療費	145,300	181,600	317,200	554,100	967,800	1,690,400	11.8
		対NI比(%)	6.4	6.7	7.6	8.5	9.6	10.8	

注1. GNPの伸び率の仮定がない場合は、NIの伸び率を年率6.5%と仮定した。

注2. GNPの仮定がある場合は、NIも同様に伸びると仮定し、GNP対NIの比率は56年度の比率を用いた。

- * 1. 1)日大人口研、長期人口・経済モデルによる（中位推計）、2)GNPの伸び7.7%を仮定
- * 2. 1)年齢別受診率54年以降一定、一件当り医療費の伸びは50～54年の平均、2)GNPの伸び4%、3)1975年価格を名目値に計算し直したものである。
- * 3. 雇業者所得3.9%、サービス経費2.5%、薬剤費0.6%、営業余剰0.8%を仮定
- * 4. 医療保険医療費の57（実績見込み）／55（実績）の平均伸び率8.0%を仮定
- * 5. 1)65歳未満の医療費の伸び6.5%仮定、2)65歳以上1人当り医療費は65歳未満の4.1倍と仮定。
- * 6. 1)GNPの伸び9.2%、2)医療費の伸び率はGNPの伸びに人口の高齢化率(1%)を加える。
- * 7. 1)上記にGNPの伸びに対する医療費の弾性値を織り込む。

資料出所『日刊社会保険新報』昭和58年2月28日号、社会保険新報社。

%まで予測値に大きな違いがみられる。しかし、大方の推計値は10%以下で厚生省保険局概算は(1) 7.9%、(2) 8.1%、(3) 7.8%を示し長期懇の推計Bも9.6%となっている。この予測値で示される水準は、現在の欧米の医療保障水準（対NI比）——少し資料的には古くなるが西ドイツ9.5%（1978年）、フランス9.3%（1979年）およびアメリカ8.5%（同）——にはほぼ匹敵する⁽¹⁷⁾。欧米では現在、「ホスピタル・インフレーション」の下で、病院費用の抑制・コントロール、入院にかわる代替ケアの奨励および病院・病床数の抑制など厳しい医療費抑制策が展開されている⁽¹⁸⁾。わが国において近年国民医療費適正化が強く主張される理由はここにある。

表2では、GNP（あるいはNI）の伸び率の仮定が異なるため各推計国民医療費の伸び率は異なるが、それらの平均した伸び率は名目で9.4%と最近の8%台の増加率よりも高い値を示している。

表3は59年5月に衆議院社会労働委員会に提出された国民医療費の推計資料であり、健保法の改正を含む。推計の前提として被用者保険本人の一部負担は59年7月から60年度まで1割負担、61年度から2割負担としNIの伸び率を年率6.5%としている。推計は、医療費増加率の仮定をNIの成長率を中心に6.5%、7.5%および8.0%の3つのケースに分けて行われている。

国民医療費の将来予測

そこで、表3の65年度の推計値を表2の同年度の予測値と比較してみよう。表2の65年度の対NI比は日大推計から長期懇の推計まで7.0%、11.5%、7.0%、7.1%、6.9%、6.9%、7.6%となっており、大方は7%前後の値となっている。これらの数値は、表3の最大値6.7%（ケースⅢ）より0.2~4.8%高い値となっている。したがって7%前後の予測値に注目するならば、当時、被保険者本人への自己負担の導入は対NI比で0.2~0.9%の国民医療費抑制効果を予測していたと概略的に言える。

ところでその後、昭和59年3月に日大人口研究所は57年に発表したモデルを改良した新モデルを発表し、再度、国民医療費の予測を行っている。新モデルでは、公的年金制度の部分は全く旧モデルと同じであるが、58年2月の老健法の実施に伴う老人医療の有料化をモデルに導入するために、医療保険制度については大幅なモデル改造を行っている。具体的には制度別に年齢階級を導入し人口の高齢化が、各医療保険制度に与えるインパクトの相違を考察できるものに改良されている。そして新しいモデルでは、58年の制度変更をモデルに導入するために70歳以上の被保険者および被扶養者の受診率を58年2月からの実績値の変化を考察し、1982年の水準より3%低く設定している。

このように新日大人口研モデルは、社会保障部門を強化・拡充する一方でマクロ経済部門の構造も大幅に改良することにより、需給均衡メカニズムの中に価格や資本稼働率の変動効果を十分に織り込み、より現実の経済メカニズムに近づいたモデルとなっている。

さて日大の新モデルによる将来予測は次のようになっている。最初に、実質GNPは1982年の202.7兆円から2000年の379兆円まで18年間で約1.87倍増大している。新モデルの予測値は、旧モデルでの2000年の推計値より20%低い値となっている。名目GNPは1982~2000年の期間では269.1兆円から796.3兆円へと約2.86倍増大する。次に、国民医療費の将来動向をみると名目ベースで1982年の13.9兆円から1990年では24.8兆円、2000年では48.8兆円まで増加し18年間で約3.51倍

表3、厚生省が衆議院社会労働委員会（59年5月10日）に提出した国民医療費推計（名目値）

（単位：国民医療費＝億円、伸び率及び対NI比＝％）

区分	59年度	60年度	61年度	62年度	63年度	64年度	65年度	59'→65'平均伸び率
ケースⅠ 国民医療費	148,800	157,600	166,000	176,500	188,000	200,200	213,200	6.2%
伸び率	2.5	5.9	5.3	6.3	6.5	6.5	6.5	
対NI比	6.3	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	
ケースⅡ 国民医療費	148,800	159,100	169,100	181,400	195,000	209,600	225,300	7.2%
伸び率	2.5	6.9	6.3	7.3	7.5	7.5	7.5	
対NI比	6.3	6.3	6.3	6.3	6.4	6.4	6.5	
ケースⅢ 国民医療費	148,800	159,800	170,700	184,000	198,700	214,600	231,800	7.7%
伸び率	2.5	7.4	6.8	7.8	8.0	8.0	8.0	
対NI比	6.3	6.3	6.3	6.4	6.5	6.6	6.6	
国民所得	237.3兆	252.7兆	269.2兆	286.6兆	305.3兆	325.1兆	346.3兆	6.5%

注、推計の前提 1. 被用者保険本人の一部負担は、59年7月から60年度まで1割負担、61年度から2割負担。

2. 医療費の伸び率

ケースⅠ 6.5%（国民所得の伸び程度）

ケースⅡ 7.5%（国民所得の伸び＋高齢化率(1%)）

ケースⅢ 8.0%（55年度→57年度の平均の伸び率）

3. 国民所得の伸び率は、年率6.5%と仮定した。

資料出所「日刊社会保険新報」昭和59年5月25日、社会保険新報社。

となり、経済の主要指標の将来動向よりも一層、急速に増加することが示されている。また国民医療費を対名目GNP比でみると1982年で5.17%であり1990年には5.73%、2000年で6.13%となる。さらに、対NI比では1982年が6.49%で

国民医療費の将来予測

あり1990年には7.39%、2000年には7.99%となる⁽¹⁹⁾。新モデルによる国民医療費の予測値は表2の75(2000)年度の推計値と比較すると、厚生省保険局の値と大体等しい数値となっている。この日大の新モデルにおいても、表1の国民医療費の推移における基本的な傾向(国民医療費の増加率はGNP成長率よりも高い)は維持されている点が注目される。

以上、各予測値のレベルが示されたけれども、今後、適確な医療費適正化政策が導入されなければNIRAの予測値や患者調査をもとにした朝日生命の経済月報「対応迫られる医療経済」の推計値(65年、54兆円)⁽²⁰⁾にみられるように対NI比において、国民医療費が高い水準になる可能性は十分に存在している。

V. 今後の展望

前章まで国民医療費の動向とその将来予測に関する諸分析結果を考察してきたが、以下、わが国医療経済の特質を考察し、拙稿のモデルの改良・充実の方向を示して結論にかえたい。

近年における医療保障の動きの中で、医療の私的供給体制と医療の有する公共的性格とを新しい医療構造の内容をも含み込んだ形で調和させ、国民的合意の得られた医療システムをいかに構築するかが当面の重要な課題となっている。このような視点に立って来るべき医療システムを考えるうえで、新薬の開発と並んでメディカル・テクノロジーの目ざましい進歩をどう評価するかという問題がある。今後、医療における技術進歩を定着させ確保する意味から医師の技術料はドクターズ・フィ(Doctors fee)として確立し、また施設のもつ機能に対してはホスピタル・フィ(Hospital fee)という概念を対応させ、そこに新しい機能に応じた報酬体系の確立が必要となっている⁽²²⁾。

また現在、出来高払い(点数)制度の下では医療の質的評価はなされず、医師の技術料は低い評価しかうけていない。今後の医療の高度化に伴う新薬や新しいME機器の研究開発は、確実に医療コストの増加につながってゆく。それ

ゆえ近年、医療費の適正化政策が推進される過程で、医療の質的評価を行うどころか、逆に医師の技術料を評価できる余地はますます小さくなってきているといえる。このような現状の中で医療における技術と物との最適な関係を模索し、また将来新しい機能配分に応じた診療報酬体系の確立のための一手段として計量分析の果たす役割は重要であると思われる。

最後に拙稿のモデルとの関連において、モデルの改良・充実の方向として次のような医療経済の特質が考慮されなければならない。

わが国の医療制度をその中核をなす病院について欧米と比較してみると、わが国の病院総数の78.3%が私的であるのに対してアメリカは13.5%、西ドイツやスウェーデンでも私的病院は最高3割となっている。また、病床数についてもわが国では私的病院における病床数が全体の59.8%を占め、一番多い西ドイツの12.1%に比してもかなり高い割合となっている。このようにわが国の医療供給体制は、私的医療機関を中心に構成されている。

ところで一般に、医療経済は次のような特徴を有する。第1に医療産業における技術革新は、一般の産業の場合とは異なり逆に医療コストを著増させる。すなわち、医療技術の高度化は医療サービスの質の向上をもたらし、その結果コスト増となるのである。第2に一般の産業では個々の企業のインセンティブとしてビルト・インされている無駄の排除が、医療産業では過剰診療や過剰設備にみられるように成立していない。第3に医療では人間の生命が対象となるために常に最善の医療サービスが求められ、それゆえ医療コストは一般にハイ・コストになる⁽²³⁾。

このような特徴をもつ医療経済の下で診療報酬点数が公定価格化されると、各医療機関は競争圧力から隔離され経営の生産効率が低下し、H. ライベンシュタインの主張するX非効率が発生することになる⁽²⁴⁾。

以上のことを踏まえて拙稿のモデルの改良点として(1)医療費決定のメカニズムをより精緻化し、わが国の医療経済の特質と医療サービスの特徴が反映さ

国民医療費の将来予測

れるように改良すること、(2) 老人保健法と本人9割給付の健康保険法の改正をモデルの中に組み入れること、(3) 経済部門を長期推計モデル用に改造することなどがある。今後、改良されたモデルによって国民医療費の予測を行い、既存の予測値との比較検討やさらに各医療サービス行為における診療報酬点数の変化やサービス行為の回数の変化が、国民医療費の予測値にどのようなインパクトをもつかを、モデルのシミュレーション過程で明らかにする予定である。今後このような計量分析の作業を通じて、国民経済の中において医療経済の有する構造的な特質を数量的に明らかにしていきたい。

(注)

- (1) 全人口に占める65歳以上の人口の割合（老人人口比率）は、昭和55年に9%を越え58年には9.8%となっている。厚生省人口問題研究所の推計によれば、65歳以上人口は75年に約2000万人（老人人口比率は15.6%）、100年には約2700万人（同21.3%）に達するものと見込まれており、今後、急速に人口の老齢化が進むことになる。
- (2) 統計研究会、『国民医療のマクロ経済的分析』昭和58年、pp.1～3。
- (3) 江見康一、「〔調査〕医療保障の長期動向と国際比較」『経済研究』Vol.34. No3. 58年、p.264。
- (4) 統計研究会、前掲書、pp.41～43。
- (5) 冲中記念成人病研究所編、『21世紀の医療』57年、pp.117～118。
- (6) 高木安雄、『医者と患者の経済学』勁草書房、58年、pp.169～170。
- (7) 国民医療費において推計されている医療費は、家計が支出する医療費をすべて含んでいない。含まれていないものとして、1)差額ベッド料と歯科の材料差額徴収分、2)付添看護料、このほかさらに1)正常な妊娠、分娩、産褥の費用、2)健康の維持・増進のために行った健康診断、予防接種の費用、3)固定した身体障害のために必要な眼鏡、義肢などの費用、4)家庭買薬が含まれていない。
- (8) 中村文子、「医療費の将来見通しと変動要因について」、大熊一郎・地主重美編、『福祉社会への選択』、勁草書房、59年、所収、pp.181～186。
- (9) 中村、前掲論文、pp.185～186。
- (10) 厚生省、『厚生白書』（59年版）、大蔵省印刷局、59年、p.107。
- (11) 『日本経済新聞』60年3月3日。
- (12) 一般診療所一施設当りの一カ月間取扱患者数（社会保険プラス国保）は昭和51年の、1,955人をピークに毎年減少し、57年には1,828人となりピーク時から127人（6.5%）も落ち込んでいる。——菊地隆俊、「日本『病院化社会』の医療経済学」、『エコノミスト』59年12月11日、p.23。
- (13) 中村、前掲論文、p.164。
- (14) 冲中記念成人病研究所編、前掲書、pp.1～3およびpp.17～46。
- (15) 中村、前掲論文、pp.165～167。
- (16) 国民医療費モデル研究グループ、「国民医療費の推計モデルについて」、『ライフ・スパン』Vol.5、59年、p.23およびp.31。
- (17) 医療費の対GNP比をみると、現在、わが国が5%台で西欧先進国が10%に迫り、アメリカがついに10%の大台を越えたところである。この指標についてはいろいろないわれ方がなされるが、5%を越えるといわゆる医療費問題が顕在化し10%に近づくとつれて、医療が危機的様相を呈するといわれる。——大道久、「わが国の病院医療の水準を測る」『医療'85』、Vol.1. No.2、60年、p.31。

国民医療費の将来予測

- (18) 江見、前掲論文、p.276。
- (19) 日本大学人口研究所、『「人口・経済・医療モデルに基づく長期展望」調査報告書』59年、pp.1～21、——補足として、今後、急増する医療費および年金給付を対国民所得比で見ると、1982年では14.29%であるが、1990年には18.11%、2000年では24.20%となる。また、このように急増する社会保障給付費に対処するためには、当然ながら国民の負担も急増することが考えられるが、1982年における社会保険負担と租税負担を合計した値を対NI比で見ると34.95%であり、1990年で39.32%、2000年で44.60%となる。すなわち1990年で1981年のアメリカ合衆国の水準に、2000年では1981年のイギリスの水準にほぼ到達する。
- (20) 朝日生命保険相互会社調査室、「対応迫られる医療経済」、『経済月報』56年、p.8。
- (21) 仁科 保、「わが国における社会保障制度の計量経済学的分析——医療保険部門を中心として——」『季刊理論経済学』33巻2号、57年。
- (22) 統計研究会、前掲書、p.19。
- (23) 冲中記念成人病研究所編、『増大かつ多様化する医療需要に対する医療組織の対応に関する研究』55年、pp.4～6。
- (24) 菊地、前掲論文、p.23。