

国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	医療・介護サービス市場の成長と今後の展望
他言語論題 Title in other language	On the Growth and Future Trends of Health Care and Long-term Care Markets
著者 / 所属 Author(s)	岩本 康志 (Iwamoto, Yasushi) / 国立国会図書館調査及び立法考査局専門調査員 経済産業調査室主任
雑誌名 Journal	レファレンス (The Reference)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	812
刊行日 Issue Date	2018-09-20
ページ Pages	1-26
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	医療・介護サービスへの支出はこれまで所得の伸びを超えて成長し、今後もその傾向は続くと予想される。その実績と今後の見通しについて、主に経済成長と人口高齢化の影響に着目して検討する。

* 掲載論文等は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰（めいせき）性等の観点からの審査を経たものです。

* 意見にわたる部分は、筆者の個人的見解であることをお断りしておきます。

医療・介護サービス市場の成長と今後の展望

国立国会図書館 調査及び立法考査局
専門調査員 経済産業調査室主任 岩本 康志

目 次

はじめに

I 医療・介護サービス市場の成長

- 1 国民医療費と介護費用の推移（1954～2015年度）
- 2 就業者数の推移（2002～2017年）
- 3 国際統計基準と統計データ

II 医療・介護サービス支出を増加させる要因

- 1 『国民医療費』の要因分解
- 2 戦後の先進国時系列データによる分析
- 3 介護サービス市場に固有の増加要因

III サービス支出の将来見通し

- 1 予測の枠組み
- 2 欧州委員会『Ageing Report』
- 3 厚生労働省等による推計
- 4 その他の推計
- 5 将来見通しに影響を与える要因
- 6 単価の伸び率の設定

IV 生産性の向上と測定の課題

- 1 生産性向上の必要性
- 2 国民経済計算での生産性計測の問題

おわりに

キーワード：医療費、介護費用、生産性

要 旨

- ① 医療・介護サービス消費は経済成長率以上の伸びで拡大しており、就業者の増加も他産業より突出している。これらサービスを比較的多く使う高齢者人口の比率の増加の寄与は大きい。医療サービスへの支出額の増加には、所得の増加と技術進歩の寄与も大きいと考えられる。
- ② 今後の高齢化によって拡大の傾向は持続するものと予想され、支出額と社会保障からの給付額の将来見通しがされてきた。厚生労働省等によるこれまでの見通しでは、名目額が大きく下方修正されてきた。例えば、2025年度の医療給付費は1994年推計で141兆円とされていたのが、2018年推計では49兆円とされている。しかし、サービス消費と所得は連動して動く傾向があり、消費を対所得比で見ると、より安定的な動向を見ることができる。
- ③ 医療・介護サービスへの支出は、所得の伸びよりも高く、今後もその傾向は続く。これからの高齢化は後期高齢者の比重が高まるので、利用が後期高齢者に偏る介護の伸び率が医療の伸び率よりも大きい。また、公費が高齢者に重点的に投入されていることから、現状の負担構造を前提にすると、財源のなかでの公費の比重が高まる。将来の数値は幅をもって見る必要はあるが、以上の定性的傾向は我が国の各種の将来見通しで共通して見られる。
- ④ 欧州委員会による将来見通しである『Ageing Report』と比較すると、推計の枠組みに重要な違いを見ることがもできる。『Ageing Report』は40年以上の期間にわたる見通しを作成しているが、我が国の見通しは、現状で20年強と短い。対所得比で見た市場規模は見通し期間以降も拡大することが見込まれるので、消費の対所得比がどこまで拡大するのかを知るには、もう少し長い期間の見通しを作成することが必要である。将来の推計値に大きな幅をもたらす経済成長と技術進歩の影響については、過去の実績の分析に沿った推計の枠組みを用いて、その知見を活かそうとしている。その際、『Ageing Report』では、推計の出発時点での金額を将来時点に変換する際に、単価の伸びを価格の変化に、所得弾力性を数量の変化に関連付けて、両者を区別する方法をとっているのに対して、我が国の推計は『国民医療費』の要因分解に基づいており、数量の変化は所得の変化とは関係付けられていない。
- ⑤ 高まる需要と財政の持続可能性を両立させるために、政府は医療・介護サービスの生産性の向上を目指す施策に重点を置いている。生産性を計測するには医療・介護サービスの質を評価する必要がある。計測の方法を改善させる取組が必要とされる。

はじめに

医療・介護サービス市場はこれまで拡大を続けてきており、今後も拡大することが予想される。このことに関しては、政府内においても違った立場からの評価がある。

1つは、これらのサービスへの支出増を懸念する見方である。これは、社会保障制度が医療・介護サービスの提供を支えており、サービス消費の大半が公的部門の支出によって賄われるため、市場の拡大が財政負担の増大になることを懸念したものである。「経済財政運営と改革の基本方針 2018」(平成 30 年 6 月 15 日閣議決定。以下「基本方針 2018」)⁽¹⁾では、高齢者の医療・介護費による歳出増加圧力が「財政健全化の足かせとなる」⁽²⁾との認識を示し、2021 年度までを社会保障改革を軸とする「基盤強化期間」と位置付け、「社会保障の自然増の抑制や医療・介護のサービス供給体制の適正化・効率化、生産性向上や給付と負担の適正化等に取り組むことが不可欠である」⁽³⁾としている。

一方で、医療・介護産業は利用者が拡大する成長産業であることから、成長戦略でも大きな柱となっており、その健全な発展が重要であるという視点がある⁽⁴⁾。基本方針 2018 と同日に閣議決定された「未来投資戦略 2018—「Society 5.0」「データ駆動型社会」への変革—」は、我が国の成長戦略を牽引する新たな「フラッグシップ(旗艦)・プロジェクト」(FP)の1つに「次世代ヘルスケア・システムの構築」を挙げ、「データや技術革新を積極導入・フル活用し、個人・患者本位の新しい「健康・医療・介護システム」を 2020 年度からの本格稼働を目指して構築し、医療機関や介護事業所による個人に最適なサービス提供や、保険者や個人による予防・健康づくりを進め、次世代ヘルスケア・システムの構築と健康寿命の延伸を目指す。」⁽⁵⁾としている。また、高齢者の居住地で雇用が発生することから、成長する産業に乏しい地方にとっては医療・介護サービス市場の成長による雇用創出機会は貴重なものと言える⁽⁶⁾。

* 本稿のインターネット情報は 2018 年 8 月 1 日現在のものである。

(1) 「経済財政運営と改革の基本方針 2018—少子高齢化の克服による持続的な成長経路の実現—」(平成 30 年 6 月 15 日閣議決定) 内閣府ウェブサイト <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2018/2018_basicpolicies_ja.pdf>

(2) 「少子高齢化は、経済面で成長の制約要因であるとともに、財政面においては、若年人口の減少による医療費等の減少という側面がある一方で、社会保障の支え手の減少や、高齢者の医療・介護費による歳出増加圧力を通じて財政健全化の足かせとなる。」(同上, p.3)

(3) 「(社会保障改革を軸とする「基盤強化期間」の設定)

2025 年度の PB 黒字化に向けては、社会保障改革を軸として、社会保障の自然増の抑制や医療・介護のサービス供給体制の適正化・効率化、生産性向上や給付と負担の適正化等に取り組むことが不可欠である。2020、2021 年度は 75 歳に入る高齢者の伸びが鈍化するが、2022 年からは団塊世代が 75 歳に入り始め、社会保障関係費の急増が見込まれる。それまでの 2019 年度～2021 年度を「基盤強化期間」と位置付け、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めを行う。社会保障制度の持続可能性確保が景気を下支えし、持続的な経済成長の実現を後押しする点にも留意する。」(同上, p.52)

(4) 鈴木亘・八代尚宏編『成長産業としての医療と介護』(シリーズ・現代経済研究)日本経済新聞出版社, 2011.

(5) 「未来投資戦略 2018—「Society 5.0」「データ駆動型社会」への変革—」(平成 30 年 6 月 15 日閣議決定) p.9. 首相官邸ウェブサイト <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/miraitousi2018_zentai.pdf>

(6) 「まち・ひと・しごと創生総合戦略(2017改訂版)」(平成 29 年 12 月 22 日閣議決定) 同上 <<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sousei/info/pdf/h29-12-22-sougousenryaku2017hontai.pdf>> での基本目標の筆頭が「地方にしごとをつくり、安心して働けるようにする」であるように、地方の雇用創出が重要課題である中、「厚生労働省まち・ひと・しごと創生サポートプラン—頑張る地方を応援します—」(厚生労働省まち・ひと・しごと創生政策検討推進本部, 2015 年 3 月 13 日) 厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/plan.pdf> では、「医療、介護、福祉部門が地域における重要な雇用の場ともなる」(p.15)の指摘とともに、その人材確保が政策課題になっている。

未知の技術革新が市場の成長を牽引する先進国ではどの市場が今後成長するかの予測は難しいが、医療・介護サービス市場をこれまで成長させた主な要因に人口高齢化があることから、今後も進行する高齢化によって、この市場が変化することは確実に見込まれる。そして、市場規模の成長と大半の費用を負担する社会保障制度の持続可能性をいかに両立させるかという困難な問題を背負っていることと合わせ、この市場の将来を考えることは非常に重要である。

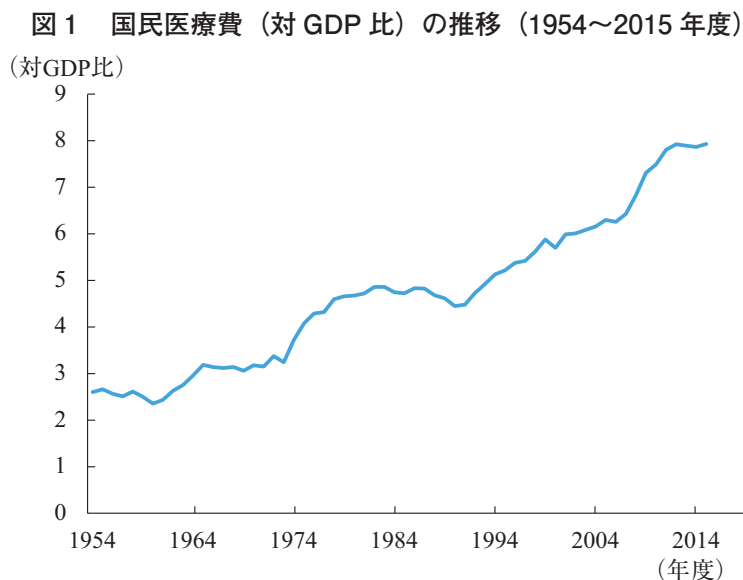
こうした問題意識に立ち、本稿では、我が国における医療・介護サービス市場がこれまでどのような要因で拡大してきたのか、今後どの程度の拡大が見通されているのか、予想される財政支出の増加に対してどのように対応するのか、という課題を検討する。

I 医療・介護サービス市場の成長

1 国民医療費と介護費用の推移（1954～2015年度）

我が国の医療・介護サービスの市場規模は継続的に拡大を続けている。そのサービス消費の大半は社会保険から支払われていることから、その消費額について詳細な情報を得ることができるのは社会保障関係の統計である。

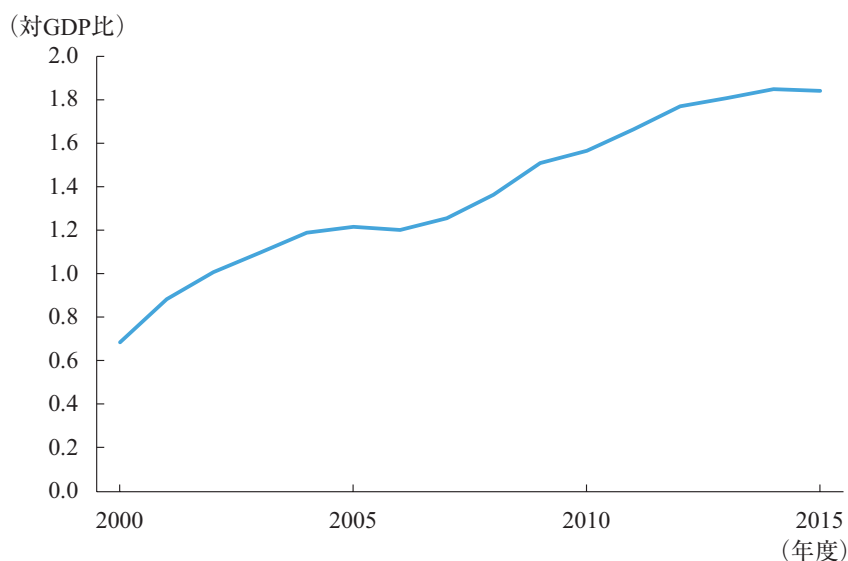
医療サービスの消費額としては、保険診療の対象となる疾病の治療を対象にした『国民医療費』が代表的な指標として使われている。これによれば、医療サービス消費額（国民医療費）の国内総生産（GDP）に対する割合は、1954年度の2.6%から2015年度の7.9%まで上昇している（図1）。なお、2000年の介護保険創設以前は介護サービスに相当するサービスへの支出も統計に含まれており、それ以降とはカバーされる範囲が異なっている。このため、2000年度の国民医療費は前年度から低下している。



(注) 2000年度より介護保険対象となったサービス消費が除外されたため、データに断絶がある。
(出典) 厚生労働省『国民医療費』; 内閣府『国民経済計算』を基に筆者作成。

介護サービスについては、『介護保険事業状況報告』が報告する費用額がサービス消費額の代表的な指標である。これによると、介護サービス消費額の対GDP比は2000年度の0.7%から2015年度の1.8%まで上昇している（図2）⁽⁷⁾。

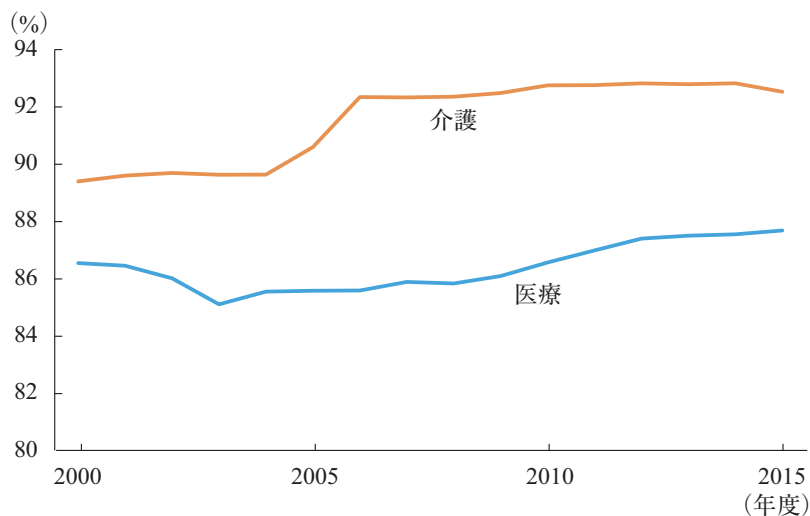
図2 介護費用（対GDP比）の推移（2000～2015年度）



（出典）厚生労働省『介護保険事業状況報告』；内閣府『国民経済計算』を基に筆者作成。

医療・介護サービスの支出は、主に社会保障制度を通じて公的部門（国、地方公共団体、健康保険組合等）が支払う部分と、サービス利用者が直接支払う部分から構成される。公的部門からの支払が支出の大部分を占めるため、将来の見通しでは、どれだけの財政負担になるかが着目されることが多い。そこで支出全体を「費用額」、公的部門からの支出分を「給付費」と区別することとする。図3は、介護保険制度創設後の費用額に占める給付費の割合の推移を示したものである。医療の給付費は『国民医療費』での財源別内訳で患者負担と原因者負担（「公害健康被害の補償等に関する法律」（昭和48年法律第111号）及び健康被害救済制度による救済給付等）を除いたものであり、その費用額に占める割合は2003年度にかけて低下傾向にあったが、それ以降は上昇傾向で、2015年度は87.7%となっている。最近まで給付費の割合が上昇している背景

図3 費用額に占める給付費の割合（2000～2015年度）



（出典）厚生労働省『国民医療費』；同『介護保険事業状況報告』を基に筆者作成。

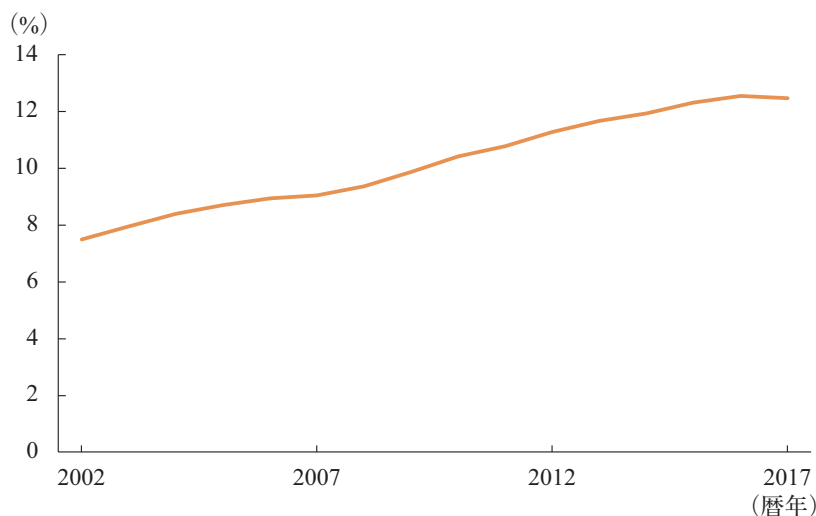
(7) 厚生労働省『介護保険事業状況報告』各年版の費用額。高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費、特定入所者介護（介護予防）サービス費を含む。

には、自己負担率の改定がないまま自己負担率の低い高齢者の割合が増えていることがある。介護の給付費が占める割合は、2004年度から2006年度に急速に増加した後、92%台にあり、2015年度は92.5%である。自己負担率は1割であるが、高額サービス利用者には負担の軽減措置があり、実際の負担は1割を下回っている。

2 就業者数の推移（2002～2017年）

上にみたような医療・介護サービスへの支出の増加は、同サービス提供に従事する就業者の増加にもつながる。図4は、『労働力調査』による2002年以降の「医療・福祉」産業の就業者の全就業者に占める割合の推移を示したものである⁽⁸⁾。医療・介護産業の従事者の比率は2002年から2017年にかけて7.5%から12.5%に上昇している。また、表1はこの期間の産業別の就業者数の推移を示したものであるが、この期間の就業者数の増加が200万人であるのに対し、医療・介護は340万人の増加である。つまり、医療・介護以外の産業では、140万人雇用が減少したことになる。製造業で150万人、建設業で120万人、農業・林業で67万人の就業者が減る一方で、サービス業での就業者が増えているが、サービス業を細分化してみると、就業者が減少している産業もある。サービス業が一様に伸びているわけではなく、医療・福祉の雇用拡大が突出して大きくなっている。

図4 医療・福祉産業の就業者のシェア（2002～2017年）



(出典) 総務省統計局『労働力調査』を基に筆者作成。

(8) 日本標準産業分類は2002年の第11回改定から「医療・福祉」が大分類項目に設定されたが、2002年以前の調査で使用されていたそれ以前の産業分類では、医療・介護の分類がとられていないことから、2002年以降の推移しか追うことができない。「労働力調査産業分類新旧対応図（日本標準産業分類第11回改定による）」総務省統計局ウェブサイト <<http://www.stat.go.jp/data/roudou/pdf/taiozu11.pdf>>

表1 産業別の就業者数の推移 (2002~2017年)

(単位:万人)

産業	2002	2017	2017と2002の差
総数	6,330	6,530	200
農業, 林業	268	201	-67
漁業	28	20	-8
鉱業, 採石業, 砂利採取業	5	3	-2
建設業	618	498	-120
製造業	1,202	1,052	-150
電気・ガス・熱供給・水道業	34	29	-5
情報通信業	158	213	55
運輸業, 郵便業	327	340	13
卸売業, 小売業	1,108	1,075	-33
金融業, 保険業	169	168	-1
不動産業, 物品賃貸業	101	125	24
学術研究, 専門・技術サービス業	204	230	26
宿泊業, 飲食サービス業	396	391	-5
生活関連サービス業, 娯楽業	243	234	-9
教育, 学習支援業	277	315	38
医療, 福祉	474	814	340
複合サービス事業	76	57	-19
サービス業 (他に分類されないもの)	374	429	55
公務 (他に分類されるものを除く)	217	229	12

(注) 産業別の合計は総数に一致しない。
(出典) 総務省統計局『労働力調査』を基に筆者作成。

3 国際統計基準と統計データ

上述した統計は国内で定義されたものであるが、他にも国際機関によって基準が作成され、国際比較が可能な統計が存在する。また、内外で定義された統計それぞれが複数のものが存在しており、その関係は複雑である。

まず、国際的な統計には経済協力開発機構 (OECD) が 2000 年に基準を発表した「国民保健医療勘定」(System of Health Accounts: SHA) がある (2011 年に、改訂された基準が発表された⁽⁹⁾)。SHA は、医療の活動を機能別 (サービス種類別)、提供主体別、財源別の 3 次元の分類からとらえる枠組みとなっている。OECD が SHA 基準に基づく加盟国の統計を収集しており、世界保健機関 (WHO) が同じく SHA 基準に基づく世界各国の統計を収集している。SHA はまた、OECD が基準を策定し、加盟国から社会保障への支出に関する統計を収集している「社会支出」(Social Expenditure: SOCX⁽¹⁰⁾) のなかの「保健」のデータとして使われている。また、国際連合ほかの国際機関が共同で基準を作成した「国民経済計算」(System of National Accounts: SNA) のなかの「一般政府の機能別最終消費支出」(Classification of the Functions of Government: COFOG) に「保健」の分

(9) 2011 年基準のマニュアルについては、さらに 2017 年に改訂版 (OECD, *A System of Health Accounts 2011, Revised edition*, Paris: OECD, 2017) が出版された。

(10) 最新版の SOCX のマニュアルは、Willem Adema et al., *Is the European welfare state really more expensive?: Indicators on social spending, 1980-2012; and a manual to the OECD Social Expenditure database (SOCX)*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 124, OECD, 2011 である。また、我が国の統計作成者による解説資料に、満武巨裕「国際基準としての医療費—OECD の SHA 手法に基づく総保健医療支出—」『健保連海外医療保障』No.86, 2010.6, pp.11-23 がある。

類がある⁽¹¹⁾。SHA と SNA は独立に作成されてきた統計であり、大部分では一致するものの、概念と範囲の細部に若干の相違がある⁽¹²⁾。

国内の統計では、国立社会保障・人口問題研究所で作成されている『社会保障費用統計』で、SOCX に基づく統計（OECD 基準）と社会保障給付費（ILO 基準）の統計が毎年度作成されている。巻末参考資料に、両者の関係や SNA との関係が解説されている。我が国では ILO 基準の社会保障給付費の統計は古くから作成されてきたこともあり、1951 年度からの計数が存在し、長期的な推移を追うことができる。社会保障給付費は、国際労働機関（ILO）の社会保障費用調査を実施する際に作成した基準に基づいているが、現在は ILO が各国の統計の提出を求めておらず、統計が発表されている国が少ないため、国際比較の用は果たせなくなっている⁽¹³⁾。

厚生労働省が作成する『国民医療費』は日本独自の定義であり、国際比較はできない。他に、審査支払機関に集まる情報を整理して、速報性を目指した統計に『医療費の動向調査』（Medical Information Analysis System: MEDIAS）がある⁽¹⁴⁾。MEDIAS では、医療保険医療費と、それよりも対象の広い概算医療費が月次データで作成されている。

介護費用は、COFOG では「10. 社会保護」のなかの「10.2 老齢」に、SOCX では「老齢」給付に含まれている。介護費用は、国民医療費、MEDIAS には含まれない。社会保障給付費では、「福祉その他」の一部であるが、「介護対策」として別掲されている。介護費用の統計では、『介護保険事業状況報告（年報）』⁽¹⁵⁾の概略の数値がよく使われており、本稿でもこれになった。また、別に『介護給付費等実態調査』⁽¹⁶⁾があり、サービス種類別、年齢階層別の詳細な利用状況を知ることができる。

II 医療・介護サービス支出を増加させる要因

1 『国民医療費』の要因分解

『国民医療費』では、総医療費の伸び率を人口の増減、高齢化、診療報酬改定及び薬価基準改定（以下「診療報酬改定」）、その他の4要因に分解している。総医療費の伸び率から人口の増減要因の伸び率を差し引くと、1人当たり医療費の伸び率となる。さらに、そこから価格（診療報酬）改定要因による伸び率を差し引くと、（物価変動を調整した）1人当たり実質医療費の伸び率が得られる。表2に示されたとおり、1984年度から2015年度までの国民医療費の伸び率は平均すると3.6%であるが、1999年度までの前半期の平均が4.9%であるのに対して、2000年度以降の後半期の平均は2.3%と伸び率は半分以下になっている（1999年度から2000年度にかけての伸び率は介護費が除外された影響で小さくなっているため、集計からは除外してある）。しかし、価

(11) Eurostat, *Manual on sources and methods for the compilation of COFOG statistics: Classification of the Functions of Government (COFOG)*, 2011 edition, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

(12) 井伊雅子「医療費の範囲と「国民医療費」」橋本英樹・泉田信行編『医療経済学講義』東京大学出版会、2011、pp.271-273.

(13) 国立社会保障・人口問題研究所『平成27年度社会保障費用統計』2017、p.1.

(14) 「医療費の動向調査」厚生労働省ウェブサイト <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/database/zenpan/iryoudoukou.html>>

(15) 『介護保険事業状況報告』には年報と月報があり、厚生労働省ウェブサイトの以下のページからアクセスできる。 <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/84-1.html>>

(16) 『介護給付費等実態調査』には年報と月報があり、厚生労働省ウェブサイトの以下のページからアクセスできる。 <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1.html>>

格上昇率と人口成長率が後半期では低下するので、それらの影響を除いた1人当たり実質医療費の伸び率は、前半期が3.9%に対して、後半期は2.8%になる。

表2 国民医療費の増加における人口・価格要因

(単位：%)

年度	国民医療費の増加率 (A)	人口の増減 (B)	診療報酬改定 (C)	人口の増減、診療報酬改定以外 (A) - (B) - (C)
1984-1999	4.9	0.3	0.7	3.9
2000-2015	2.3	0.0	-0.5	2.8
1984-2015	3.6	0.2	0.1	3.4

(注) 期間中の年間増加率を平均したもの。2000年度の介護保険の創設以降はカバーする範囲が変わったことから、2000年度の成長率は集計に含めていない。「人口の増減、診療報酬改定以外」は、1人当たり実質国民医療費増加率となる。(出典) 厚生労働省『国民医療費』を基に筆者作成。

高齢化要因とは、高齢者ほど医療費を使うことから、他の事情が一定でも、人口構成が高齢化することによって医療費は増加する影響をとらえたものである。公表されている年齢階層別医療費データは、『国民医療費』に5歳階層別(85歳以上は一括)の1人当たり医療費のデータがある。高齢者の医療費のデータが詳細なほど高齢化の影響をより正確に見ることができるが、厚生労働省『医療保険に関する基礎資料』⁽¹⁷⁾に、医療保険対象の医療費について、99歳までの5歳階層別データがある。また、年齢階層別1人当たり介護費用データは、『介護給付費等実態調査(月報)』⁽¹⁸⁾に5歳階層別(40～64歳と95歳以上は一括)のものがある。表3は、2016年度の1人当たり医療費と介護費用を年齢階層別にまとめたものである。

表4は、1人当たり実質医療費の伸び率を、『国民医療費』により、高齢化とその他の要因に分解したものである。1984年から2015年までの1人当たり実質国民医療費の平均増加率3.4%のうち、高齢化による増加率が平均で1.5%、その他が1.9%である。1984年から1999年までと2000年から2015年までの2つの期間に分けてみると、高齢化による伸び率がそれぞれ1.5%、1.4%と変化がないのに、その他の要因による伸び率が2.4%から1.4%へと減少している。ただし同時に、1人当たり実質GDP成長率も2.3%から0.8%へと減少している。以上のことから、①その他要因による伸び率は1人当たり経済成長率を上回っている、②経済成長率の上昇は部分的にその他要因による伸び率の上昇に反映される、③その結果としてその他要因による伸び率には経済成長と独立の部分がある、の3つのことが観察できる。後述するように、これらの関係は最近の医療費の予測において、今後の伸び率の設定の背景となっている。

(17) 「医療保険に関する基礎資料」厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/iryouho-ken/database/zenpan/kiso.html>>

(18) 前掲注(16)を参照。

表3 年齢階層別の1人当たり医療・介護費用
(単位：千円)

年齢階層	医療費	介護費用	
0-4	230		
5-9	129		
10-14	97		
15-19	75		
20-24	76		
25-29	96		
30-34	114		
35-39	128		
40-44	145		
45-49	179		
50-54	228	5	
55-59	288		
60-64	371		
65-69	469		38
70-74	637		80
75-79	793		169
80-84	940		399
85-89	1,049		830
90-94	1,107		1,436
95-99	1,172		2,248
100-	1,177		

(注) 2016年度。介護費用は40～64歳と95歳以上がまとめられている。
(出典) 厚生労働省『医療保険に関する基礎資料』; 同『介護給付費等実態調査』; 総務省『推計人口』を基に筆者作成。

表4 1人当たり実質国民医療費の増加要因
(単位：%)

年度	実質国民医療費の増加率 (A)	高齢化 (B)	その他 (A) - (B)	1人当たり実質GDP成長率 (D)	医療費とGDPの成長率の差 (A) - (D)
1984-1999	3.9	1.5	2.4	2.3	1.6
2000-2015	2.8	1.4	1.4	0.8	2.0
1984-2015	3.4	1.5	1.9	1.5	1.8

(注) 期間中の年間増加率を平均したもの。2000年度の介護保険の創設以降はカバーする範囲が変わったことから、2000年度の成長率は集計に含めていない。
(出典) 厚生労働省『国民医療費』を基に筆者作成。

医療費を変化させる、その他要因には、実質経済成長(所得の変化)、医療の技術進歩(技術の変化)、需要の変化(国民の意識の変化等)、政策の変化等が考えられる。成長に寄与してきた要因としてこれまで主に注目されてきたのは、所得の増加と医療の技術進歩である。ただし、両者の区別は簡単ではなく、表4のようなデータでは両者を区別することはできない。両者の要因を将来見通しでどのように考慮するのかは、Ⅲ.5～6節で議論する。

2 戦後の先進国時系列データによる分析

医療費が所得に対してどのように反応するかについては、ある国である時点の個人のデータを集めた横断面データによる分析、ある国の総医療費の時系列データによる分析、複数の国の時系列データを合わせたパネル・データによる分析、と様々な種類のデータによって、所得弾

力性（所得が1%変化したときに医療への支出が何%変化するか）を推定することで研究が進められてきた⁽¹⁹⁾。取り扱うデータの違いによって、所得が医療サービス消費に与える影響をどのように把握するかが違ってくる。一国内で見ると、所得の差に比較して、医療サービス消費の差は小さい。つまり、この関係から見る所得弾力性は低い値となる。これは、多くの国で社会保険を中心とした社会保障によって、低所得者にも医療サービスが提供されるような手立てが講じられているためである。

本稿の関心は、一国の平均的な医療サービス消費と所得との関係である。医療サービスが社会保障の対象であると、政府が最大ないし単一の支払者となり、政策が医療サービス消費の総額に影響を与える余地は大きい。したがって、横断面データによって個人間の医療費の差異に着目する分析よりも、平均的サービス消費への政治的意思決定の影響も反映されていると考えられる総医療費の時系列データかパネル・データによる分析による知見が参考になる。この場合の医療費と所得の関係には、所得の上昇によって一国レベルでの医療保障の水準をどう変化させるかという政治的意思決定も反映されていると考えられる。

所得弾力性の値（所得弾性値）が1であるとき、所得の変化率と支出の変化率が同じであるので、両者の比は等しいまま推移する。1より大きい場合には、所得の成長とともに医療サービス消費の所得に対する比率が高まる。ただし、時系列データを用いて弾力性を推定すると、所得の影響だけではなく、時間の経過とともに市場規模を拡大する要因が入っている可能性があり、そのなかでも大きいのは技術進歩と考えられる。これまでの技術がより安価になる技術進歩は支出低下を促すが、医療での技術進歩の多くが、これまで存在しなかった技術が高価で利用可能になるという形であり、結果として支出の増加につながっている。

医療費が増加する要因を所得の影響と技術の影響に厳密に分離することは難しい。ただし、将来見通しでは厳密に分離することが必ずしも必要ではなく、両者を合わせた影響が今後も続く想定して、過去の経験を使うことができる。

3 介護サービス市場に固有の増加要因

介護サービス消費の増加についても医療費と同様の要因分解が考えられる。厚生労働省資料⁽²⁰⁾から2006年度から2013年度までの年間増加率の平均は5.4%と計算されるが、このうち高齢化の影響（『国民医療費』での人口の増減の影響も含む。）が4.1%、介護報酬改定の影響が0.6%、その他の影響が0.6%となる。高齢化の影響が大きく、その他の影響は医療費ほど大きくない。これは、介護サービスの性格が医療サービスほど技術革新で変化するものではないからであると考えられる。

また、医療とは違った介護サービス固有の増加要因も存在する。1つは、統計では把握できない家族による介護から事業者が提供する介護サービスを市場を通して利用する（フォーマルケア）ように転換してきたことである。介護保険創設当時とは、介護保険によるサービス利用

(19) III.2節で言及する既存研究による知見の概要は、漆博雄編『医療経済学』東京大学出版会、1998、pp.258-265（13.2節）；European Commission, *The 2018 Ageing Report: Economic & Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)*, EUROPEAN ECONOMY, INSTITUTIONAL PAPER, 079, 2018, p.106 (Box II.2.2). <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf>に基づく。

(20) 厚生労働省「最近の社会保障関係費の動向について」（経済・財政一体改革推進委員会第11回社会保障ワーキンググループ 資料3）2016.7.11. 内閣府ウェブサイト <<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/280711/shiryou3.pdf>>

の実績値は事前に推計された介護ニーズを下回っており、そこからの介護保険サービスの伸びは、家族介護からフォーマルケアへの移行も含まれていると考えられている⁽²¹⁾。

もう1つの特殊要因は、介護保険創設以前には措置制度⁽²²⁾による供給不足から、適当な介護サービスを受けられずに医療サービス消費で代替されていた、いわゆる「社会的入院」の存在である⁽²³⁾。社会保険制度の導入により、社会的入院の解消が目指されており、社会的入院の減少で、医療サービスから介護サービスへの転換が起これば、介護サービス消費が増加することになる。

Ⅲ サービス支出の将来見通し

1 予測の枠組み

医療・介護サービスへの支出額の将来の見通しについては、財政支出の影響への関心が強いので、費用額（支出額全体）ではなく、給付額（公的部門からの支出）の将来の動向を展望する。以下では外国の事例であるが我が国での推計にも影響を与えている欧州委員会、国内では厚生労働省、その他機関による多様な推計をとりあげる。その推計手法はそれぞれ独自のものであるが、共通する枠組みをまず整理しておく。

医療・介護サービスは、政府の介入が非常に大きい、利用者がどのようなサービスを受けるのかを選択できるという市場としての働きもある⁽²⁴⁾。こうしたことから、市場規模を決定する要因としては、通常の市場のように需要要因と供給要因が挙げられ、さらに政府の介入が強いことから、政策の要因を加えることができる。

支出額の変化は、価格の変化と数量の変化によって生じる。社会保障でカバーされる医療・介護サービスの市場では価格が公定であることから、需要要因と供給要因の最初の影響は数量の変化ととらえることができるが、それが生み出す市場の不均衡が公定価格に影響して、価格の変化となるかもしれない。市場が均衡するように価格が調整されるというメカニズムまでは考慮に入れず、需要要因は数量の変化に、供給要因は数量の変化と価格の変化の両方に、政策の要因は数量と価格の変化の両方に影響を与えると想定されることが多い。

そして、需要、供給、政策に影響を与える、より根源的な要因を考えることができる。そのなかでは、過去の成長の要因とされた人口の高齢化と所得の成長の影響に大きな関心が払われ

(21) 岩本康志編『社会福祉と家族の経済学』東洋経済新報社、2001の序章では、介護保険創設当初のサービス利用が見通しを下回ったことと考えられる理由として、介護保険が浸透していないことと、サービス利用見通しが自己負担によってサービス利用が抑制されることを考慮していないことを挙げている。そして、家族による介護と市場で提供される介護の代替性について注意を促している。

(22) 措置制度では、サービス需要者の申請に応じて行政が必要性を判断して、利用者のサービスが決定される。サービス費用のなかで行政が負担する部分の財源確保が難しいと、サービスが十分に提供されなくなる問題がある。

(23) 印南一路『「社会的入院」の研究』東洋経済新報社、2009; 小沼敦「療養病床の再編」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』No.590, 2007.6.7. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_1000600_po_0590.pdf?contentNo=1>

(24) こうした性質に着目して、「準市場」と呼ばれるようになった。Julian Le Grand, “Quasi-Markets and Social Policy,” *Economic Journal*, Vol. 101 No. 408, September 1991, pp.1256-1267. 我が国における準市場の分析を行った文献に以下のようなものがある。駒村康平「疑似市場論—社会福祉基礎構造改革と介護保険に与えた影響—」渋谷博史・平岡公一編著『福祉の市場化をみる眼』ミネルヴァ書房、2004, pp.213-236; 後房雄「日本における準市場の起源と展開—医療から福祉へ、さらに教育へ—」『RIETI Discussion Paper Series』15-J-022, 2015.5. <<https://www.rieti.go.jp/jp/publications/dp/15j022.pdf>>

ている。

将来における人口構成の変化が与える影響を見るために、現在の年齢別の1人当たり支出額のデータを得て、将来の人口の推計データを乗じることで、将来の総支出額を算出する方法が使われている。こうして算出された人口構成の変化による支出額の変化は、供給側の事情と政策が一定の下で生じている現象なので、需要の要因と整理することができる⁽²⁵⁾。また、この変化は、国民医療費における人口の増減と高齢化の要因に相当する。我が国では、人口の増減と高齢化の要因による医療費の変動は「自然増」と呼ばれ、近年の予算編成では、社会保障費の自然増が見積もられた上で、その抑制が議論されるようになっている⁽²⁶⁾。

これ以外の要因による変化は、年齢別の1人当たり支出額の変化と、時間を通して支出が伸びる変化がある。見通し期間に生じる一般物価水準の上昇と実質所得の成長は後者の経路を通して、市場規模に影響を与えると考えられる。国民医療費の要因分解における「診療報酬改定」は政策の変化と考えられるが、一般物価水準や実質所得の変化に連動する部分は後者に対応し、それ以外は前者に対応する。「その他」要因は、需要、供給、政策のいずれからも生じることが考えられ、年齢別の1人当たり支出額の変化と、時間を通して支出が伸びる変化のどちらにもあり得る。

将来のサービス構成額を算出する基本データは、年齢別人口、推計の出発時点（以下「足元」⁽²⁷⁾）での年齢別1人当たり支出額、足元の金額を将来の金額に換算する「拡大係数」（あるいは、拡大係数を構成するための「単価の伸び率」としてとらえることもできる。）の3種類で構成される。これと需要、供給、政策の要因との関係、あるいはこれと国民医療費における4要因との関係はいずれも1対1対応のような関係はなく、複雑に対応付けられる。以下に述べる将来見通しで考慮される構成要素もそれぞれの見通しに独自のものであり、上述の枠組みとの対応関係は複雑である。いったん各推計の概略を説明した後に、これらの要因の関係を整理して説明する。

2 欧州委員会『Ageing Report』

外国の事例となるが、政府のレベルで長期見通しを作成する仕組みが確立している欧州連合をとりあげる。欧州委員会（European Commission）は、2001年から不定期に、人口構成に依存する財政支出の長期見通しである『Ageing Report』を発表している⁽²⁸⁾。2001年の後は不定期な刊行であったが、最近では3年ごとのサイクルが定着しており、最新の2018年版⁽²⁹⁾は6回目の報

⁽²⁵⁾ サービス提供がスムーズに需要の増加に対応できるのかという問題が提起されることがあるが、この問題は後述する。

⁽²⁶⁾ 竹前希美「平成28年度予算案の概要」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』No.892, 2016.2.1. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9676546_po_0892.pdf?contentNo=1>

⁽²⁷⁾ 見通しの作成に当たっては、必要なデータが揃う、直近の年度が推計の出発時点に選ばれる。本稿では、この時点を「足元」と呼ぶことにする。

⁽²⁸⁾ 金子能宏「拡大EUの社会保障支出の将来推計—EUにおける高齢化の社会保障支出に及ぼす影響に関する研究の展開—」『海外社会保障研究』No.165, Winter 2008, pp.25-40は、第3回報告となる2006年版の推計結果を紹介し、当時の我が国の将来見通しと比較している。明村聖加・小嶋大造「介護費用長期推計の比較分析—欧州委員会「エイジング・レポート」をもとに—」『フィナンシャル・レビュー』No.134, 2018.7, pp.13-30は第5回報告となる2015年版の推計結果を紹介するとともに、2060年までの我が国の介護費用の長期推計を行っている。これに対し本稿では、シナリオの設定の比較に焦点を当てる。

⁽²⁹⁾ European Commission, *op.cit.*(19)

告書となり、2065年までの見通しを作成している。

医療と介護は独立に推計がされており、両者の構造は細部では異なっている。2018年版では、以下のような推計手法がとられている。

年齢別の将来の人口推計、現在の単価での年齢別1人当たり支出額（介護は施設、在宅、家族介護の別に）、将来の単価の伸び率を想定して、これらを合わせて将来の支出総額を計算する。推定の際には、医療は、Demography（人口）、Health status（健康状態）、Unit costs（単価）、Income elasticity and non-demographic determinants（所得とその他の要因）の4分野での要因について代替的な設定をおくことで、12通りのシナリオを作成している。介護では、Health status分野に2つの要因があり、さらに施設、在宅、家族介護の配分（利用パターン）に関する分野（Patterns of care）に2つの要因を加えており、これらの組合せで10通りのシナリオを作成している。表5は、シナリオを構成する要因を分野別に整理したものである。

表5 『The 2018 Ageing Report』のシナリオ想定における要因

分野	要因（医療）	要因（介護）
Demography（人口）	Population projection（人口推計）	Population projection（人口推計）
Health status（健康状態）	Per-capita age-specific expenditure profiles （年齢別1人当たり支出額）	Dependency status （要介護者の割合） Age-related expenditure profiles （年齢別1人当たり支出額）
Patterns of care （利用パターン）		Policy setting（政策） Care mix（利用パターン）
Unit costs（単価）	Unit cost development（単価の設定）	Unit cost development（単価の設定）
Income elasticity and non-demographic determinants （所得とその他の要因）	Elasticity of demand（弾力性）	Elasticity of demand（弾力性）

（注）介護の表記は医療に近づけるために原資料を改変している箇所がある。
（出典）European Commission, *The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions & Projection Methodologies*, 2017, pp.110 (Graph II.2.1), 112 (Table II.2.1), 123 (Graph II.3.1, Table II.3.1) を基に筆者作成。

報告では、代表的なシナリオ（reference（参考³⁰⁾）シナリオと呼ばれる）と、支出額の上振れを考慮した2種類のリスクシナリオが中心的なシナリオとなる（後掲⑥⑦参照）。その他のシナリオは、想定の変化によって、推計値がどの程度変化するかを見るためのものである。以下、これらのシナリオの特徴を概説する（表6³¹⁾）。

- ① 全てのシナリオの出発点となるのは demographic（人口変化）シナリオであり、現在の年齢別1人当たり支出額が1人当たりGDP成長率と同率で成長して、将来の人口構成の推計をもとに将来の支出の総額を計算する。これは人口構成の変化の影響だけを見ようとするものである。介護では、現物給付分は労働者1人当たりGDP成長率と同率で成長し、現金給付が

³⁰⁾ 本文で言及するシナリオ名には参考までに訳語を付すが、定訳はなく、英語名でシナリオを指示する方が混乱を招かない。本稿の訳語には、明村・小嶋 前掲注²⁸⁾と違ったものがある。

³¹⁾ European Commission, *The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions & Projection Methodologies*, EUROPEAN ECONOMY, INSTITUTIONAL PAPER 065, 2017, pp.112 (Table II.2.1), 123 (Table II.3.1). <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf>

- 1人当たり GDP 成長率と同率で成長するという base case（基本）シナリオが、他のシナリオを構成する出発点になる。
- ② 医療の demographic シナリオと介護の base case シナリオから、人口推計の違いの影響を見るために、平均余命を2年延長した人口推計を用いたものは high life expectancy（長寿化）シナリオと呼ばれる。
 - ③ 基準となる人口推計にも平均余命の伸長が織り込まれているが、人々が健康である期間が伸びるならば、健康な人口割合が上がって、年齢別の1人当たり医療費は低下するはずである。逆に、年齢別の医療費が低下せずに寿命が伸びるならば、傷病期間が伸びていることになる。そこで医療では、健康寿命の伸長により平均余命が伸びる想定として、足元の年齢別1人当たり支出額を平均余命の伸長分を加えた年齢の支出額に後ずれさせる constant health（健康維持）シナリオと、年齢別1人当たり医療費をその1年間で死亡しなかった者と死亡した者に細分し、平均余命の伸長分と合致するように前者のシェアを増やした death-related costs（死亡者費用考慮）シナリオが考えられている。また、介護では、平均余命の伸長分は要介護者とならずに過ごすように、要介護者となる率が低下する constant disability（健康維持）シナリオが考えられている⁽³²⁾。
 - ④ 介護では、フォーマルケアの比率が今後10年間1年当たり1%上昇する shift to formal care（フォーマルケア浸透）シナリオが考えられている。
 - ⑤ 年齢別1人当たり支出額は国ごとに違うが、これが加盟国の平均水準に収束することを想定したシナリオがある。
 - ⑥ 医療の reference シナリオは、健康状態について demographic シナリオと constant health シナリオの中間で、所得弾性値について1.1から1に収束していく想定を採用している。介護の reference シナリオは、健康状態について base case シナリオと constant disability シナリオの中間、所得弾性値について1.1から1に収束していく想定を採用している。
 - ⑦ リスクシナリオには、シナリオを設定した機関である Ageing Working Group⁽³³⁾の名称を冠した AWG risk（AWG リスク）シナリオと、医療のみに低い全要素生産性（total factor productivity）成長率⁽³⁴⁾を想定した TFP risk（TFP リスク）シナリオがある。AWG risk シナリオは、reference シナリオから、所得弾性値が1.4から1に収束する想定に変わっている。当初に高い弾性値を設定することから、近い将来では費用の伸びが大きくなる。介護の risk シナリオは、reference シナリオから、年齢別支出額とフォーマルケアの利用が EU 平均額に収束する前提、所得弾性値を1（base case シナリオの設定）に戻している。
 - ⑧ 経済前提での全要素生産性成長率は、各国が直近の実績値から長期的に1%に収束していくことを想定しているが、TFP risk シナリオは、AWG risk シナリオから長期的に0.8%に収束するという想定に変えている⁽³⁵⁾。このシナリオのみ、経済前提について違う想定を置いている。

(32) 例えば、平均余命が2年伸びたときには、50歳人口のうちの要介護者の占める割合は、推計時での48歳人口のうちの要介護者の占める割合まで低下する（*ibid.*, p.125）。

(33) 欧州委員会の経済政策委員会（Economic Policy Committee）内のワーキンググループである。

(34) 全要素生産性成長率は、GDP成長率から労働と資本サービスの投入増加の寄与分を差し引いたもので、技術進歩による成長率を表す。

(35) European Commission, *op.cit.*(31), p.76 (Box 1.3.1).

表6 『The 2018 Ageing Report』のシナリオの想定

シナリオ	医療	介護	シナリオの特徴
Demographic	I	I (単価)	
Base case		II	
High life expectancy	II (人口)	III (人口)	高い平均余命を想定
Constant health	III (年齢別)	IV (要介護者)	健康寿命の伸長が支出額に与える影響を考慮
Death-related costs	IV (年齢別)		(同上)
Income elasticity	V (弾力性)		高い単価の伸びを想定
Shift to formal care		V (利用)	利用パターンの変化を想定
Coverage convergence		VI (政策)	国際間格差の縮小を想定
EU28 cost convergence	VI (年齢別)	VII (年齢別)	(同上)
Cost and coverage convergence		VIII (年齢別、政策)	(同上)
Labour intensity	VII (単価)		単価の代替的な設定
Sector-specific composite indexation	VIII (単価)		(同上)
Non-demographic determinants	IX (弾力性)		高い単価の伸びを想定
AWG reference	X (年齢別、弾力性)	IX (要介護者、弾力性)	
AWG risk	XI (年齢別、弾力性)	X (要介護者、年齢別、政策)	
TFP risk	XII (年齢別、所得)		低い生産性成長を想定

(注) 医療と介護で同名のもの、同様の設定のものを同じ行にまとめている。シナリオの名称が違う場合は医療の名称で代表させている。ローマ数字は、シナリオに付された番号で、括弧内は医療の demographic、介護の base case シナリオから変化している要因を表5での表記の最初の単語で示し、「シナリオの特徴」欄で変化の内容を簡単に要約している。「医療」と「介護」欄の空白は、該当するシナリオがないことを示す。

(出典) European Commission, *The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions & Projection Methodologies*, 2017 を基に筆者作成。

以上をまとめると、reference シナリオにおいて人口変動以外の要因の考慮は、平均余命の伸長を健康寿命の伸長に反映させることと、所得以上に支出額が増加することに反映されている。支出額に関するリスクの導入は、医療は所得弾力性値の設定で表現しているが、介護は支出額の想定に反映させようとしているという違いがある。

3 厚生労働省等による推計

(1) 「社会保障の給付と負担の見通し」

厚生労働省（及び旧厚生省）は不定期に社会保障の給付と負担の将来見通しを公表しており、そのなかで医療・介護サービスの社会保障による給付額の将来見通しも把握できる。これらの推計で示されているのは、医療・介護サービス消費ではなく、公的部門が負担する支出である。消費額と給付額の差額は、サービス利用者の一部自己負担になる。

初期の予測では、名目医療費の伸び率を、経済前提とは独立して過去の実績をもとに想定していた。このため、経済成長率の想定の違いによって、対国民所得比で大きく変動することとなった（当時は、対GDP比ではなく、対国民所得比を推計・公表していた）。

表7は、2025年度の見通しを示した、1994年から2006年までに行われた推計をまとめたも

のである。名目値で見ると、1994年では2025年度が141兆円と予測されていたのに対して、2006年推計では48兆円と約3分の1程度になっている。

しかし、対国民所得比は2004年推計までは、医療費の伸びを所得の伸びに近いものに設定したシナリオでは約11%で安定していた⁽³⁶⁾。医療費の予測の際に名目伸び率が下方に修正されることで、推計間で名目額には大きな差があるが、所得の成長率も下がることで対国民所得比では変動が少なかった。将来の名目値の見通しの大きな変動については国会でも議論されたことがあり、厚生労働省は2006年に「医療費の将来見通しに関する検討会」を設置し、推計手法の評価を行った。検討会による議論の整理では、経済規模の対比で論じるべきとしている⁽³⁷⁾。

2004年推計から2006年推計にかけて、医療費は対国民所得比で低下しているが、これは、2025年度までに医療費を抑制する施策の効果を盛り込んだためである。そのなかには、後述する2008年度の医療制度改革で盛り込まれた、特定健診による生活習慣病予防の施策も含まれる。

表7 厚生労働省による医療・介護費用の将来予測

(単位：兆円)

年度	1994年 3月予測	1996年11月予測		1997年 9月予測	2000年 10月予測	2002年 5月予測	2004年 5月予測	2006年 5月予測
			介護保険 制度導入	介護保険 制度導入				
医療								
1993	24							
1995		24	24	24				
2000	38				26			
2010	68					35	34	
2015							41	37
2025	141	107~108	96	90	71	60	59	48
(対国民所得比)	(11~19)	(11.5~18)	(10~16)	(10~15)	(11)	(11)	(11)	(8.8)
介護								
2005						6		
(対国民所得比)						(1.5)		
2010						8	9	
(対国民所得比)						(2)	(2)	
2015							12	10
(対国民所得比)							(2.5)	(2.3)
2025			13~20	14~21	21	20	19	17
(対国民所得比)			(2)	(2.5)	(3)	(3.5)	(3.5)	(3.1)

(出典) 岩本康志「人口高齢化と社会保障」『フィナンシャル・レビュー』No.72, August 2004, pp.58-77. <http://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/8379094/www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list4/r72/r_72_058_077.pdf>; 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」2006.5. <<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/05/h0526-3a.html>> を基に筆者作成。

⁽³⁶⁾ 2006年推計では、将来の給付費を抑制する社会保障制度改革の効果を織り込んだことで、対国民所得比は前回推計よりも2%ポイント以上低下している。

⁽³⁷⁾ 大谷敏彰「我が国の医療費の現状—医療を巡る問題を考える(1)—」『経済のプリズム』No.105, 2012.11, pp.21-40.

(2) 社会保障国民会議

2008年10月に公表された「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション」⁽³⁸⁾（以下「国民会議推計」）も2025年度での医療費・介護費用を推計しているが、医療・介護サービス提供体制の改革を前提に置いた推計を行っている点が、表7にまとめられた推計と違っているところである⁽³⁹⁾。

初期時点の2007年度は、100歳未満について5歳刻みの年齢階層別に医療費を推計し、2025年度までの医療費の単価の伸び率を設定している。シナリオの前提については、医療費の単価の伸び率について2通りの想定が、将来のサービス提供体制について4通りの想定が、経済前提について4通りの想定がされ、計32通りに及ぶシナリオの結果が示されている⁽⁴⁰⁾。

国民会議推計では、医療・介護それぞれの分野でサービス種類別にそのサービス費用を推計し、利用者負担を除いた公的な支出分を社会保障費用として推計している。サービス種類別の費用は、①「需要・供給要因」、②「単価」、③「拡大係数」の積として表される。大まかには「需要・供給要因」はサービス消費の数量、「単価」は足元の年度（2007）でのサービスの価格、「拡大係数」は単価を推計年度（2025）の価格に変換する係数と理解することができるが、やや解釈に留意すべきところがあるので後述する。

サービス提供体制の4通りの想定とは、まず、現在の疾病・要介護状態の発生状況を基礎として今後の高齢化の進展を見込んで計算した「基本需要推計（現状需要推計）」に、現在のサービス提供体制が単純に対応するとした「現状投影シナリオ」（シミュレーションAと呼ばれる）である。そして、医療・介護サービスのあるべき姿を踏まえた「改革シナリオ」が3種類（シミュレーションB1、B2、B3と呼ばれる）である。

現状投影シナリオは、「需要・供給要因」について、将来の人口構成の変化に伴い需要が変化し、それに応じた供給がされると想定する。そして、「単価（静態価格）」は変化しないと想定する。改革シナリオでは、2007年に作成された「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」に沿って、現状では疾病や状態像に適したサービスが提供されていない部分を改革する施策（急性期の重点化、在宅医療や介護の強化等）が展開されることを想定している。このため、現状投影シナリオにおける「需要・供給要因」の変化に加えて、施策による影響を受けて「需要・供給要因」と「単価（静態価格）」が変化する。

「拡大係数」は、足元の年度の金額を推計年度の金額に換算するための係数であり、賃金と物価の上昇と医療の高度化等による名目費用の伸びを反映したものとなる。

医療の高度化等による名目費用の伸びは、医療については、2種類のものが想定されている。「ケース①」は、以下の3項からなる。第1項「経済成長連動の改定」は、「過去の診療報酬改定

⁽³⁸⁾ 一連の資料が「医療・介護費用のシミュレーション結果（社会保障国民会議）」首相官邸ウェブサイト <<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/iryuu.html>> に掲載されている。

⁽³⁹⁾ 資料では、シミュレーションの性格について、以下のように説明している。

「これまでの多くの医療・介護費用の推計は、一定の経済前提を仮定し、将来人口推計と医療・介護費用に係る過去のトレンドを将来に投影して推計を行うこと（プロジェクション）が主流であった。

これに対し、今回のシミュレーションでは、「医療・介護サービスのあるべき姿」を実現するという観点から、医療・介護サービス提供体制について一定の改革を行うことを前提に、推計作業を実施することとされている。」（「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション」p.3. 首相官邸ウェブサイト <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/iryuu/siryuu_1.pdf> 太字による強調は原文どおり）

⁽⁴⁰⁾ それ以外にも、医療・介護予防の効果や介護職員の人件費について異なる想定を置いた幾つかのオプション・シミュレーションもなされている。

率と名目経済成長率の間には4～5年程度のタイムラグのもとで高い相関が観測されている」として、「 0.3335×5 年前の成長率」と設定している⁽⁴¹⁾。この項は、国民医療費の要因分解のうちの診療報酬改定に着目したものである。第2項「医療技術の高度化等」は、過去の医療費の伸び率から、人口の増減、人口の高齢化、診療報酬改定、制度改正の影響を控除した実績として「2.2%」と設定された。第3項は、中長期的な薬剤や医療機器についての効率化効果を見込むものとして、「2012年まで-0.3%、それ以降-0.1%」が改革シナリオのみに設定された。

「ケース②」では、「賃金と物価の伸びの平均+1%」と設定されている。第1項は投入される生産要素の費用に着目したもので、費用の半分が人件費で名目賃金の伸び率に等しいと考え、残りの半分は物価と等しく伸びると想定している。第2項の「1%」は、過去の実績から国民医療費の伸びが名目GDPの伸びを上回る分(1.5%)から、診療報酬改定の影響(-1%)と人口の高齢化の影響(1.5%)を差し引いたものである。国民医療費の伸びが人口の増減、高齢化、診療報酬改定、その他の要因に分解されていることを踏まえると、概念的には、「ケース②」の第2項は、人口の増減とその他の要因による伸びから名目GDPの伸びを差し引いたものになり、さらにこれは、その他の要因による伸びから1人当たり名目GDPの伸び(名目GDPの伸び-人口の増減による伸び)を差し引いたものになる⁽⁴²⁾。

介護の単価の伸び率は、「ケース①」と「ケース②」で共通であり、投入される生産要素の費用に着目して、費用の約3分の2が人件費で名目賃金の伸び率に等しいと考え、残りの約3分の1が物価と等しい率で伸びると考え、「賃金上昇率 $\times 0.65$ + 物価上昇率 $\times 0.35$ 」と想定している。

賃金と物価の上昇の前提は、2011年度までは「日本経済の進路と戦略—参考試算—」(2007年1月)、2012年度以降は「給付と負担の選択肢について」(2007年10月)、「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響(暫定試算)」(2007年2月)を踏まえた4種類の想定が用いられている。

以上を組み合わせた32通りのシナリオのうち、「人口の変化等を踏まえた年金財政への影響(暫定試算):平成19年2月(厚生労働省年金局)」における基本ケース(ケースⅡ-1、この想定は、「平成21年財政検証結果」でも用いられた。)を経済前提とし、さらに3つの改革シナリオのうち中間的なもの(B2シナリオ)を将来のサービス提供体制とする組合せは、2008年10月31日の経済財政諮問会議の提出資料「社会保障の機能強化のための追加所要額(試算)」⁽⁴³⁾でとりあげられ、国民会議推計の基準ケースと考えられるものである⁽⁴⁴⁾。この組合せによれば、2025年度の医療給付費は58兆円対GDP比は7.3%、介護給付費は22兆円対GDP比は2.8%と推計された⁽⁴⁵⁾。

(41) このタイムラグをもつての相関関係は、医療費の将来見通しに関する検討会において厚生労働省が示したものである。

(42) ケース①の第2項はその他要因から制度改正の影響を控除した伸びになるので、これは「ケース①」の第2項に制度改正の影響(マイナスの影響)を加え、1人当たり名目GDPの伸びを差し引いたものに対応する。その結果、「ケース①」では、診療報酬改定(5年前の名目GDP成長率の0.3335倍と想定)で想定されたものが、「ケース②」では、投入された生産要素の費用に着目した項目(賃金と物価の伸びの平均)と1人当たり名目GDPの伸びの差に変わっていることになる。

(43) 吉川洋「「社会保障の機能強化のための追加所要額(試算)」について」2008.10.31. 内閣府ウェブサイト <<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2008/1031/item9.pdf>>

(44) なお、医療費の単価の伸び率については、医療費の伸びの主な要因ごとに一定の仮定を置いた伸び率を使用するケース(ケース①)が、国民会議推計の基準ケースと考えられる想定であり、本稿でもその数値を参照する。

(45) 「医療・介護費用のシミュレーション(シミュレーション・バックデータ)」首相官邸ウェブサイト <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyokokuminkaigi/iryousiryou_4.ZIP> を基に筆者計算。

(3) 社会保障・税一体改革

社会保障・税一体改革の立案過程において、厚生労働省は2011年6月に「社会保障に係る費用の将来推計について」⁽⁴⁶⁾を発表した。その翌年には、新しい人口推計と経済の見通しを取り入れた「社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）」（以下「一体改革推計」⁽⁴⁷⁾）を発表した。

一体改革推計の骨格は、国民会議推計のそれを継承している。国民会議推計と同様に、医療・介護それぞれの分野でサービス種類別にそのサービス費用を推計し、利用者負担を除いた公的な支出分を社会保障費用として推計している。サービス種類別の費用が、①「需要・供給要因」、②「単価（静態価格）」、③「拡大係数」の積として表されることも、国民会議推計と同じである。

サービス利用については、年齢階級別・サービス別利用状況がそのまま続くと想定して機械的に試算した「現状投影シナリオ」と、医療・介護サービスのあるべき姿を踏まえた「改革シナリオ」の2種類の想定が置かれている。現状投影シナリオは、「需要・供給要因」について、将来の人口構成の変化に伴い需要が変化し、それに応じた供給がされると想定する。そして、「単価（静態価格）」は変化しないと想定する。改革シナリオでは、国民会議推計と同様に、サービス提供体制の改革が展開されることが想定されて、現状投影シナリオにおける「需要・供給要因」の変化に加えて、施策による影響を受けて「需要・供給要因」と「単価（静態価格）」が変化する。改革シナリオで考慮される施策の趣旨は共通するものが多いが、施策の入れ替えがあったり、同種の施策でも数値が変化したりしている。

「拡大係数」は、医療については、2種類のものが想定されている。「ケース①」は、各年の単価の伸び率を「1.9%（医療の高度化）+経済成長率/3 - 0.1%（薬・機器等による効率化）」と設定している。第1項は、国民会議推計での「医療の高度化等」の2.2%より0.3%ポイント低くなっている。経済成長率に連動する項は、係数の大きさは若干異なるものの、ほぼ無視できるほどの差である。しかし、大きいのは、国民会議推計では5年前の経済成長率に連動するとされていたのが、同年の経済成長率に連動するとされたことである。2009年のリーマンショック、2011年の東日本大震災により、経済成長率は大きく落ち込んだが、その影響で5年後に費用が大きく低下することは起こらないという設定になっている。実際にも、そうした低下は見られなかった。

「ケース②」は、「賃金と物価の伸びの平均+0.7%」と、第2項が国民会議推計に比べて0.3%ポイント低く設定されている。

介護の単価の伸び率は、国民会議推計と同じ想定が置かれている。

これらの想定に含まれる賃金と物価の上昇は、2011年推計では「経済財政の中長期試算（平成23年1月21日）」⁽⁴⁸⁾、2012年推計では「経済財政の中長期試算（平成24年1月24日）」⁽⁴⁹⁾の「慎

(46) 「(参考推計) 社会保障に係る費用の将来推計について①」(社会保障に関する集中検討会議第10回参考資料1-1) 内閣官房ウェブサイト <<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai10/siryou1-1.pdf>> 同時に発表された「医療・介護に係る長期推計（主にサービス提供体制改革に係る改革について）」(社会保障改革に関する集中検討会議第10回参考資料1-2) 2011.6. 同 <<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai10/siryou1-2.pdf>> に推計手順の詳細が記載されている。

(47) 「社会保障に係る費用の将来推計の改正について（平成24年3月）」厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/shouraisuiki.pdf>>

(48) 内閣府「経済財政の中長期試算」2011.1.21. <<http://www5.cao.go.jp/keizai3/econome/h23chuuchouki.pdf>>

(49) 内閣府「経済財政の中長期試算」2012.1.24. <<http://www5.cao.go.jp/keizai3/econome/h24chuuchouki.pdf>>

重シナリオ」がそれぞれ用いられている。改革シナリオの見通しは、2025年度の医療給付費が54兆円に対GDP比は8.9%、介護給付費は19.8兆円に対GDP比は3.2%とされている。

(4) 「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」

「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（以下「2018年推計」⁽⁵⁰⁾）は、内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省の連名で、2018年5月21日に経済財政諮問会議に提出された資料である。一体改革推計の骨格を継承しており、経済前提と政策の前提を直近の事情に合わせて置き換えたものである。2018年推計では、一体改革推計と同じ推計式を用いており、直近の実績に基づいて算定式を変更することはしていない。経済前提は、2027年度までは「中長期の経済財政に関する試算（平成30年1月23日経済財政諮問会議提出）」⁽⁵¹⁾のベースラインケースと成長実現ケースの2通りの想定、2028年度以降は公的年金の平成26年財政検証結果に基づいている。「拡大係数」の計算式は、一体改革推計のものをそのまま用いている。

また、政策前提は、「現状投影」と「計画ベース」の2つの想定がある。計画ベースでは、推計時点で計画されている地域医療構想、医療費適正化計画、介護保険事業計画を織り込んだものである。

これらの想定を組み合わせた8種類のシナリオがあるが、報道で用いられているのは、ベースラインケースの経済前提と一体改革推計の②の単価の伸び率を組み合わせたシナリオである⁽⁵²⁾。それによれば、医療・介護給付費の対GDP比は、2018年度の8.8%から2040年度に12%となる。医療が1.9ポイント、介護が1.4ポイント上昇する。

4 その他の推計

(1) 財政制度等審議会推計

財務大臣の諮問機関である財政制度等審議会では、起草検討委員が欧州委員会の『Ageing Report』に沿って、上述の我が国での推計より長期の推計を行っている。最新の推計は、2018年4月に発表された「我が国の財政に関する長期推計（改訂版）」⁽⁵³⁾である。前述の内閣府等による推計が「2040年を見据える」としているのは、この頃に高齢者人口がピークを迎えると予測されていることが理由であるが、総人口が減少するため、高齢化率はこの後も上昇することが予測されている。そのため、医療・介護費の対GDP比はこの時期にピークを迎えるのではなく、それ以降も増加していくことが予想される。したがって、2040年以降の推計を行うことには重要な意義がある。

この推計での経済前提は、上述の2018年推計と同じ資料に基づいているが、2027年度までは「中長期の経済財政に関する試算（平成30年1月23日経済財政諮問会議提出）」の成長実現ケー

50 内閣官房ほか「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）—概要—」（平成30年第6回経済財政諮問会議 資料4-1）内閣府ウェブサイト <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2018/0521/shiryo_04-1.pdf>

51 内閣府「中長期の経済財政に関する試算」2018.1.23. <<http://www5.cao.go.jp/keizai3/econome/h30chuuchouki1.pdf>>

52 「社会保障費、40年度6割増の190兆円、政府推計、介護は2.4倍、支え手急減で負担増」『日本経済新聞』2018.5.22; 「2040年社会保障給付 190兆円 政府推計 高齢化で現在の1.57倍」『読売新聞』2018.5.22.

53 「我が国の財政に関する長期推計（改訂版）」（財政制度等審議会財政制度分科会資料2）2018.4.6. 財務省ウェブサイト <https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zai-seia300406/02.pdf> これは、2015年10月に発表された推計の改訂版である。

スのみを取り上げ、2027年度以降は高成長ケースに接続する5種類の想定を用いている。医療は『Ageing Report』のdemographicシナリオ、介護はbase caseシナリオに沿った想定を置いており、両支出額に関しての違った想定はされていない⁽⁵⁴⁾。2040年度以降も医療・介護への財政支出は増加を続け、2060年度までの推計期間中にピークを迎えない。医療への支出(対GDP比)は2020年度の6.80%から2060年度は8.72~8.87%になり、介護は同期間に2.07%から4.88~4.95%になるとされている。医療・介護費の対GDP比はどこでピークを迎えるかを知るためには、2060年度以降の推計が必要とされる。

(2) NIRA 総研推計

民間機関による推計もされている。最近に発表されたものとしては、NIRA 総合研究開発機構の推計がある⁽⁵⁵⁾。これによれば、医療・介護給付費は2041年度で対GDP比で12.4%に達するとしている⁽⁵⁶⁾。足元の2016年度と比較して、医療は1.5ポイント、介護は2.1ポイント上昇し、介護の伸びが大きいことが示されている。介護の伸びは、政府による2018年推計よりも大きい、政策の想定の違いによるものと考えられる。

5 将来見通しに影響を与える要因

医療・介護サービス消費と財政支出の将来の見通しにおいて、各種の要因がどのように考慮されているのかをまとめよう。

表8は、見通しの構成要素となる3種のデータ(人口、年齢別1人当たり支出額、拡大係数(単価の伸び率))と変化の3要因(需要、供給、政策)の組合せのなかに、『国民医療費』、『Ageing Report』、2018年推計(国民会議推計、一体改革推計は同種類のものなので2018年推計で代表させる)の構成要素を対応させたものである。

人口構成の変化の影響は、推計で共通しており、現在と同じ年齢別の支出パターンのもとで人口が変化することの影響としてとらえられている。その影響は、需要の変化による要因と分類される。『国民医療費』と『Ageing Report』では、他の要因とは重ならない要因として項目立てされているが、2018年推計では、他の要因とも重なる形で「需要・供給要因」の項目立てがされている。

『Ageing Report』でのHealth statusの想定は、支出額への影響が表れる場所が絞られていて、支出額が変化する構造が明瞭である。この想定は我が国の推計では取り入れてはいないが、平均余命の伸びが健康寿命の伸びにつながることは説得的であることから、我が国の見通しでも今後取り入れられるべき要因と考えられる。

ここで整理している将来見通しは、供給の要因が年齢別1人当たり支出額に与える影響を考慮していない。これは、供給独自の事情による変化がないと同時に、サービス需要の高まりに応じて供給がスムーズに対応することを想定している。もし人口が減少するなかで労働者が確保できなければ、供給制約が発生することを見通しのなかで考慮しないとイケない。しかし、

⁽⁵⁴⁾ 同上, p.13. これに対し、明村・小嶋 前掲注⁽²⁸⁾は、介護費用について4つのシナリオの推計を行っている。

⁽⁵⁵⁾ 森田朗ほか「人口変動が突きつける日本の将来—社会保障は誰が負担するのか—」『NIRA オピニオンペーパー』No.34, 2018.3. <<http://www.nira.or.jp/pdf/opinion34.pdf>>

⁽⁵⁶⁾ 2018年度から医療計画、医療費適正化計画が1期6年間となったことから、4回のサイクルの終期として2041年度の推計をしている。

表8 将来の支出額に影響を与える要因

		人口	年齢別1人当たり支出額	拡大係数
需要	国民医療費	人口の増減 高齢化	その他	その他
	Ageing Report	Demography	Health status Patterns of care	Unit cost development Elasticity of demand
	2018年推計	需要・供給要因		拡大係数
供給	国民医療費	X	その他	その他
	Ageing Report			Unit cost development Elasticity of demand
	2018年推計			拡大係数
政策	国民医療費	X	診療報酬改定 その他	診療報酬改定 その他
	Ageing Report		Patterns of care	Unit cost development Elasticity of demand
	2018年推計		需要・供給要因 単価	拡大係数

(注) 各種推計の想定が、需要、供給、政策の要因ごとに将来の支出額を構成する基本データである人口、年齢別1人当たり支出額、拡大係数(単価の伸び率)にどのように影響するかを示す。
(出典) 筆者作成。

II.2節で見たように、産業間で就業者が大きく変化するなかで医療・介護産業が大きく就業者を増やしてきた実績があり、スムーズに供給が対応するという想定は非現実的なものではない。

『Ageing Report』と2018年推計のその他の想定は、年齢別1人当たり支出額と拡大係数に分かれる。この点は、国民医療費の実績を説明する要因分解とは違っている点である。しかし、需要・供給・政策の要因の区別は明確にされていない。つまり、年齢別1人当たり支出額と拡大係数の想定には需要、供給、政策の要因が入り混じっている。

年齢別1人当たり支出額の想定根拠には、需要、供給、政策の要因のいずれに相当するかが与えられることが多い。『Ageing Report』と2018年推計では、需要又は政策の要因によって、介護のフォーマルケアへのシフトが考慮されている。2018年推計では、この他に今後計画されている政策の影響を取り入れる形で分析されている⁽⁵⁷⁾。

6 単価の伸び率の設定

一方で、拡大係数の想定は比較的簡単な構造となっているが、設定は推計によって考え方が違い、推計の幅は大きい。『Ageing Report』では単価の伸び率と所得弾力性の2種類の設定に集約されている。そして、単価の伸び率はサービスの価格の伸び率を反映し、サービスの消費量は所得弾力性に反映されているという解釈が可能である。2018年推計には所得弾力性の概念はなく、価格と消費量のどちらもが単価の伸び率に反映されている。

この2つの推計は、実績の要因分解の分析を土台に、将来推計の枠組みを構成している点で

⁵⁷⁾ なお、政策の変化の影響のうち、特定のサービスや特定の階層に向けられる影響は年齢別1人当たり支出額の変化に表れ、全体的な影響は拡大係数(単価の伸び率)の変化に表れる。

は共通しているが、土台とした実績の要因分解の方法に違いがある。初期の『Ageing Report』は欧州だけでなく世界の専門家にヒヤリングを行い、推計枠組みの検討を重ねて、現在のよう手法を採用するようになったが、専門的研究が所得弾力性に焦点を当てて展開してきたことから、様々な要因が将来の支出額に与える影響を所得弾力値で表現するようになってきている。一方で、我が国での国民医療費の要因分解では所得弾力性の概念は用いられておらず、その他要因では技術の役割が具体的に記されているが、所得の変化の要因についての言及はない。単価の伸び率の2つの設定のうちの一つは、技術の変化（その他）は過去実績をもとに定数で設定し、価格の変化（診療報酬改定）は名目所得と一定の関係をもつという形で設定している。もう一つの設定は『Ageing Report』に近づけた形になるが、単価の伸び率の部分を賃金と物価の上昇率の加重和とし、所得弾力性ではなく、定数を加える形となっている。どちらの設定も、数量の変化は所得の変化と対応付けられず、別に想定が置かれる形になっている。

IV 生産性の向上と測定の課題

1 生産性向上の必要性

財政の課題として社会保障費の抑制が求められているが、単純なサービス消費量の削減は、医療・介護サービスの必要なニーズを満たさず、国民の生活の質の低下を招くことになる。需要に見合ったサービスを提供しながら費用を抑制するためには、生産性の向上が必要となる。生産性向上はいつでも目指すべき政策課題であるが、基本方針 2018 は、「テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性の向上を目指す。」(p.57)として、とくに重視をしている。その直前にある「医療・介護提供体制の効率化とこれに向けた都道府県の取組の支援」が目指しているものも生産性の向上ということができ、基本方針 2018 に記載されている医療・介護分野の多くの施策は、直接的な表現がなくても生産性向上に結びついているといえる。

生産性の向上は困難な課題であるが、これが実現すると、本稿で検討してきた名目費用の対 GDP 比は減少することになる。生産性の向上がなく支出が減る（その結果、医療・介護サービスの質が低下する）ときにも名目費用額の対 GDP 比は低下するので、費用の対所得比の動きを見ているだけでは、市場規模を評価することはできても、それが国民生活にとって良い方向に動いているのか、悪い方向に動いているのかを判断することができない。

こうした判断をするには、医療・介護サービスへの支出が生み出した効果（健康寿命の伸長、質を調整した生存年（Quality adjusted life year: QALY）の伸長）を評価する必要がある。こうした観点から米国で国民全体の総医療費を対象として、1970～90年にかけての費用の増加に対して、それ以上の健康寿命の伸長による経済価値の上昇があったという報告がされている⁽⁵⁸⁾。我が国でも、1970～2005年について同様の研究がなされ、費用増加を上回る健康寿命の経済価値の上昇があったと報告されている⁽⁵⁹⁾。ただし、健康寿命の伸長のなかで医療費の増加が寄与する部分を特定できておらず、医療費増加の効果を計測しているわけではないという問題がある。

⁽⁵⁸⁾ David M. Cutler and Elizabeth Richardson, “Your Money and Your Life: The Value of Health and What Affects It,” Alan M. Garber ed., *Frontiers in Health Policy Research*, Vol. 2, Cambridge, MA: MIT Press, 1999, pp.99-132.

⁽⁵⁹⁾ 河越正明「日本人の寿命が延びた経済価値はどれだけか？—経済成長の成果の一試算—」『経済分析』No.197, 2018.3, pp.28-52.

2 国民経済計算での生産性計測の問題

医療・介護サービスの生産性が適切に計測できているのかは、国際的にも国民経済計算の改善の課題となっており、我が国でも取組が検討されている⁽⁶⁰⁾。我が国での医療・介護サービスには診療報酬、薬価、介護報酬のような価格がつけられている。

例えば、根拠に基づく医療の知見により、効果のない検査がされなくなったとしよう。このこと自体は、無駄をなくすことで生産性が向上したことを意味する。仮に検査の診療報酬が出来高払いで、検査1件当たりの報酬(点数)が定められていたとすると、検査件数が減ることで医療費は減るものの、それはサービス消費量の減少と記録されて、生産性の向上としては把握されない。実際には同じ質のサービスを安価に提供できているので、実質的なサービス消費量は変化せず、価格が低下し、生産性が向上するものとして記録する必要がある。このためには、医療サービスの効果を計測して、これをサービス消費量として記録する体系が必要となる。

おわりに

本稿では、我が国の医療・介護サービス市場の過去の動向と将来の見通しに関する知見を整理し、市場の成長要因を考察した。成長の主要な要因としては、これらサービスを比較的多く使う高齢者人口の比率の増加、所得の増加、技術進歩が考えられている。

将来を正確に見通すことは不可能で、このような見通しには当然、誤差が伴うものである。誤差があることで価値がなくなるものではなく、進展する人口高齢化の影響を具体的に数値化することで、政策的対応の議論の土台となることに意義がある⁽⁶¹⁾。我が国の見通しが、大きな制度改革の議論の際に提示されているのも、そうした趣旨に沿うものである。

2018年5月の経済財政諮問会議において、2040年度までの社会保障費の見通しが示されたが、報道ではその名目額に関心が集まった⁽⁶²⁾。しかし、社会保障費の上昇には一般物価水準の上昇に相当する部分も含まれ、その実質的な規模はつかみにくい。これまでの見通しでは、2025年度の医療給付費は1994年推計で141兆円とされていたのが、今回の推計で49兆円とされている。しかし、サービス消費と所得は連動して動く傾向があり、消費を対所得比で見ると、より安定的な動向を見ることができる。名目額が大きな下方修正をされたことをもって、推計が信頼できないと考えるのは短絡的である。

ただし、支出と所得の連動は確定的な関係にはなく、数値は幅をもって見る必要がある。医療・介護サービスへの支出の伸びは、所得の伸びよりも高く、今後もその傾向は続く。これからの高齢化は後期高齢者の比重が高まるので、利用が後期高齢者に偏る介護の伸び率が医療の伸び率よりも大きい。また、公費が高齢者に重点的に投入されていることから、現状の負担構造を前提にすると、財源のなかでの公費の比重が高まる。将来の数値は幅をもって見る必要があるが、以上の定性的傾向は各種の将来見通しで共通して見られる。

一方、欧州委員会による『Ageing Report』と我が国政府による見通しの間には、その推計の枠組みにいくつかの重要な差異を見ることができる。『Ageing Report』は40年以上の期間にわた

(60) 藤澤美恵子「国民経済計算における医療のアウトプット計測についての考察」『季刊国民経済計算』No.149, 2012.9, pp.39-65.

(61) 森田ほか 前掲注(55), p.3.

(62) 『日本経済新聞』前掲注(52); 『読売新聞』前掲注(52)

る見通しを作成しているが、我が国の見通しは、現状で20年強と短い。高齢者人口は2040年頃に最大となり、その後低下に転じるが、総人口が減少していることから対所得比で見た市場規模は見通し期間以降も拡大することが見込まれる。消費の対所得比がどこまで拡大するかを知るには、もう少し長い期間の見通しを作成することが必要である。

将来の推計値に大きな幅をもたらす経済成長と技術進歩の影響については、過去の実績の分析に沿った推計の枠組みを用いて、その知見を活かそうとしている。その際、『Ageing Report』では、足元の金額を将来時点に変換する際に、単価の伸びを価格の変化に、所得弾力性を数量の変化に関連付けて、両者を区別する方法をとっている。これに対して、我が国の推計は『国民医療費』の要因分解に基づいており、数量の変化は所得の変化とは関係付けられていない。

高まる需要と財政の持続可能性を両立させるために、政府は医療・介護サービスの生産性の向上を目指す施策に重点を置いている。本稿で検討課題とした名目消費額の対GDP比は市場規模の把握には有用であるが、そのような施策の効果を把握することには適していない。生産性を計測するには医療・介護サービスの質を評価する必要があり、計測の方法を改善させる取組が必要とされる。

(いわもと やすし)