

2024 年 4 月 25 日

令和国民会議（令和臨調）

医療介護政策の基盤となる事業者データと保健医療統計の整備を

問題意識

社会保障に関する支出は、高齢化のもとで拡大を続けており、とりわけ医療・介護についてはデータを正確に把握したうえで、適切な政策を実現することが求められています。しかし、現在、糖尿病や認知症といった国民にとって重要な疾病ですら正確な患者数や医療費が推計できていません。また保険診療の単価となる診療報酬も、極めて少数の医療機関のみが報告している事業報告を根拠に決定されています。このように、政策の基盤となる統計に偏りがあり、網羅的でないことが、適切な政策の形成を妨げています。

医療介護サービスに関する支出は、国の社会保障給付費（国費）に含まれる支出のほか、国民皆保険制度のもとでの、地域や職域の保険者・自己負担等による支出があります。加えて、地域の保健事業としての健診・予防接種や、自己負担の保険外サービスもあります。しかし、これらの支出の統計は分散しており、全体像が不明なままであるため、医療資源の適切な配分が検証できる状態にありません。

特に、保健医療は、高福祉を目指す先進国にとっては国民に対するサービスの中核であり、多くの国が産業の規模を測るマクロ統計の整備や国際的な標準化を進めています。これらの国々は「住民がどのような保健医療サービスを利用しているか（需要）」、「誰がどのような保健医療サービスを提供しているか（供給）」を、国民経済計算（The System of National Accounts：SNA）と同様の方法論で全体的に把握しています。我が国でもそのための統計を整備することは、保健医療の実態を正確に把握し的確な政策を構想する近道となり、国際的な比較による政策評価も可能にします。

そのために特に取り組むべきことは（1）医療介護サービスの内容を可視化する医療・介護事業者毎のデータの整備、そして、（2）国際比較可能で国民経済計算（SNA）と整合的な「保健医療支出」の統計を、正確かつ迅速に公表できる体制の整備（政府統計化）であると考えます。

1. 医療介護サービス内容を可視化する医療・介護事業者毎のデータの整備

医療介護制度の財政的持続可能性を確保しつつ、そのサービス提供者を公正に支援するためには、それぞれの事業者のサービスの内容を把握し、支出のメリハリに役立てていくことが欠かせません。

特に医療については、かつて、1960年代の高度成長期には保健医療のサービスの拡大とそのスピードがまず優先されました。そこで、民間の医療サービスが参入しやすい仕組みがとられ、行政だけでは行き届かない、診療所や病院のサービスの拡充につながりました。その反面、統計的に保健医療サービスの提供体制を政府が把握することは極めて簡略的な形で行われてきました。

例えば、「患者調査」（基幹統計）は3年に1回、一部の医療機関における1日（10月1日）の受診者・入院者・受療内容のみを調査しています。その情報を基に糖尿病の患者は全国で約300万人といった推計をしていますが、別の厚生労働省の統計では約2000万人との推計もあります。また、「医療経済実態調査」は2年に1回、抽出された医療機関における年間の医業の収入や費用を調査しています。回答率は例年、抽出された医療機関のうち50%程度と低く、これも医療機関全体としての経営実態を反映した調査とはまったく言えませんが、社会保険診療報酬の決定根拠となっています。

このような、サービスの拡大が最優先であった時代の名残で簡略的に設計された標本調査に、現在においても社会保障政策の根拠として依拠し続けることには無理があります。実際、コロナ禍においては医療機関に対して17兆円の公費支出が行われましたが、標本調査では資金の正確な流れが追えず、公的資金が誰にどう配分され、どのような効果があったのかを検証することは難しい状態です。

持続可能な社会を実現するためには、人口規模に合わせたサービスの効果的なダウンサイジングと、貴重な医療資源のワイズ・スペンディングが求められます。さらに、高齢化や疾患の変化、多様な国民のニーズに対応した医療介護サービスの提供が必要な時代でもあります。

そのためには国による統計の整備と国民への開示が欠かせず、重要なのは、一元的な事業所IDや法人番号による、すべての医療・介護事業者の医療介護サービスの提供内容を対象としたデータです。サービスの提供者による事業報告により、個々の事業者の経営状況とサービスの実態を可視化することで、マクロ的なサービスの規模の把握や採算の議論が可能になります。また、そのような1回の事業報告に基づいて政府統計が作成されれば、事業者においても別の様々な調査に何回も協力することは不要となります。事業者の報告業務が大幅に軽減されることは、従事者の働き方の改善、

経営の効率化、医療介護サービスにおける資源配分の改善につながります。

特に、医療機関は、介護サービス事業所（社会福祉法人等）に比べ、情報開示が大きく遅れています。法人化された医療機関だけでなく、健康保険制度上の指定を受けた全ての医療機関に対して、経営情報報告制度の下で毎年の事業報告の開示を国が義務化することが必要です。これにより、診療報酬改定の際に取り決めた医療従事者の賃金など待遇改善が、実際に計画通り行われているかといった影響評価を簡便に行うことにもつながり、次の診療報酬改定での合理的な見直しが容易となります。特定課題にしか対応しない標本調査を多数行う体制をやめ、あらゆる課題の検証に資する全数調査を代わりに定着させることが有効です。

2. 国際比較可能な「保健医療支出」を政府統計に格上げすること

まず保健医療の実態を把握するための第一歩として、国内の様々な政府機関での定義の統一によって、「保健医療支出」に関する統計の尺度をそろえることが重要です。さらに、それらが国際的な基準に準拠することで、客観的に国際比較を行える基盤を整えるのは政府の役目といえます。

例えば、現状では国際的な基準に照らして、対象範囲の設定が適切でない項目や、薬剤費や保健衛生対策費など、過少な報告となっている項目が多くありますが、それを是正することで国際比較が可能になります。また、国内統計でこれまで含まれなかった保健医療サービスを明らかにする効果も見込まれます。統計によってサービスの規模や内容を客観的に可視化することで、必要性の高い（低い）サービスを特定し、改善・再編することこそが、予算の効率的な活用とサービスの質を両立する鍵ともなります。

しかし、日本においては WHO/OECD/Eurostat の国際基準である保健医療勘定 (A System of Health Accounts : SHA) による「保健医療支出」(Health Expenditure : HE) の認知度が極めて低いのが実情です。代わりに「日本の医療」の規模として通常使われているのが厚生労働省の「国民医療費」と呼ばれる概念ですが、これは概ね保険医療給付を基準とする医療費を範囲としており、私たちが通常、保健医療サービスと捉える、予防接種・健診・人間ドック・高度医療などを含む範囲よりもかなり小さく、国際的な比較も困難です。

コロナ禍において、OECD 諸国では平均で保健医療支出が対 GDP 比 8.8% (2019) から 9.7% (2020) へと 10% 以上増加しました。一方、日本の「国民医療費」は 44.4 兆円から 43.0 兆円に減少しました。医療機関への補助金等のコロナ対策費が国民医療費の集計範囲外であったうえ、受診の抑制や先送りで保険医療の利用の減少がみら

れたためです。長く根付いた「国民医療費が日本の医療費を表す統計である」という捉え方を見直す必要があります。

この点、「保健医療支出 (HE)」を推計する保健医療勘定 (SHA) は、需要面 (支出) では、健康診断や人間ドックなどの予防医療、市販薬の服用、供給面 (提供者) では、保健所の運営費用など自治体のサービス、財源面では、医療機関への公的補助金などをカバーするとともに、国の GDP の推計に用いられる国民経済計算 (SNA) に準拠した国際的に確立した推計方法です。

しかし、現在日本が OECD に提出している保健医療支出は政府統計ではなく、既存の 50 以上の医療・介護の統計調査や報告書との照合の難しさや、推計方法の透明性の低さが問題となっています。OECD (2024) ※も日本の「保健医療支出」は新型コロナ対策費用の報告が大幅に遅れ、的確な国別比較ができない状態であることを指摘しています。政府統計化により、OECD の統計に対する国としての説明責任が伴い、その結果として、これまでの推計の精緻化や既存の国内統計の定義統一など効率化が図られることが期待できます。そして、日本の保健医療支出の全体像をより正確に捉えることによって、今後の政策を検討するにあたっての正確なデータ基盤として活用できるようになります。

※OECD (2024), Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>.

おわりに

昨年 12 月の医療・介護制度改革提言「将来も安心な日本の医療・介護を考える」に続き、今回私たちは保健医療統計と事業者データの整備を提言しました。冒頭にも述べたように、高齢化に伴って医療介護サービスに関連する支出が増大する中で、サービスの改善と給付と負担の変更など制度の持続可能性を維持するための改革を進める上で必要な統計やデータといったインフラの整備が立ち遅れていることに懸念を抱くためです。

しかし、そうした改革が必要なのは医療・介護だけではありません。求められるのは社会保障全般にわたる不断の見直しであり、最終的には社会保険と税も含めた社会保障全体の「共通データ基盤」の整備を目指すべきです。保健医療統計と事業者データはその第一歩であり、「マイナ保険証」への一本化などマイナンバーの更なる活用に対する国民の理解を深めつつ、社会保障関係の統計とデータ整備を着実に進めていくことを強く求めたいと考えます。

以上