

「保健医療支出」における予防費用推計の現状と課題

調査部 主席研究員 西沢 和彦

目 次

1. はじめに
2. 予防費用推計の現状
 - (1) SHAにおける予防の定義
 - (2) 推計値の実際との乖離
3. 地方自治体の予防
 - (1) わが国の推計の実際とSHA
 - (2) SHAの方法論に則った推計の試み
 - (3) SHAの方法論に則る際の課題
4. 感染症予防
 - (1) 地方交付税の単位費用を用いた現在の推計方法
 - (2) 現在の推計方法の問題点
 - (3) 実際の費用に基づくアプローチの可能性
5. 企業と保険者の予防
 - (1) わが国の推計方法
 - (2) わが国の推計方法の留意点
 - (3) 把握制度向上に向けた課題
6. おわりに

要 約

1. 疾病予防への注目が一段と増している。背景には、国民の意識の高まりのほか、わが国の極めて厳しい財政状況を背景に、医療保険給付費や介護保険給付費を抑えるために予防に力を入れるという財政的な要請、あるいは、労働力人口が減っていくなか経営戦略として貴重な労働力を健全に保つという意図などがある。OECDから公表される‘Health Statistics’は、わが国の「国民医療費」が治療のみを対象としているのに対し、「予防」にかかる費用も構成要素としている。‘Health Statistics’は、SHA（System of Health Accounts）という基準に基づき、各国により推計されており、わが国は、医療経済研究機構が推計している。

‘Health Statistics’は、総支出の対GDP比の国際比較などが広く用いられ、予防と治療が一体的に議論可能であるなど統計として有用性が高いように見えるが、推計結果の正確性が保証されている訳ではない。この点がわが国では見落とされがちである。そこで本稿では、構成要素のうち予防にかかる費用に焦点を絞り、わが国の推計方法を改めて検証し、改善すべき主要点についてその方向性を検討した。

2. 検証すべきポイントとして、まず、地方自治体の担う予防費用の推計の在り方があげられる。地方自治体は、保健所や保健センターなどを通じ、母子保健、予防接種、がん検診をはじめ多様な予防を担っている。しかし、推計結果において地方自治体の影が極めて薄い。地方自治体が担っている部分は、予防費用の推計結果計1.4兆円（2012年度、以下同じ）のうち0.3兆円にとどまっている。

その理由として、推計のためのデータ、とりわけ価格データの不在があげられている。もっとも、地方自治体の提供する予防サービスの場合、警察、消防、義務教育などと同様、価格はもとより存在しないか、あっても、地方自治体から医療機関に委託している健診料やワクチン代などの物件費に限られる。価格データの有無に固執しては、地方自治体分の計上洩れは改まらない。

3. そこで、SHAでは、そうした価格のないサービスの費用計上方法として、国民経済計算（SNA）の考え方と同様、生産に要する費用、すなわち、雇用者報酬、中間投入、固定資本減耗、生産・輸入品に課される税の四つの費用の合計で求めることとしている。本来、わが国においても、そうしたアプローチの可能性が模索されるべきである。本稿で「地方財政統計年報」を用いてそうしたアプローチを試みたところ、同年報から取得可能な雇用者報酬と中間投入だけでも、地方自治体が担う予防の費用は約1.3兆円と推計された。これは、現在の推計値0.3兆円を1兆円程度上回る。この点を考慮すれば、予防費用全体は、現在公表されている1.4兆円ではなく、2.4兆円となる。

4. 次いで、予防の主要機能の一つである感染症予防の費用推計結果も、近年の接種対象ワクチンの拡大や新型インフルエンザへの対応などを捉えきれていないと考えられる。例えば、2010年度と2011年度の推計値は、それぞれ1,639億円、1,885億円であり、いずれも前年度比100億～200億円程度の増加にとどまっているが、実際には2010年度から2011年度にかけて事業規模約2,107億円の子宮頸がん等緊急ワクチン緊急接種事業が行われている。本来、2010年度か2011年度いずれかのタイミングで前年度比1,000億円規模の増加として、この影響があらわれるはずである。

5. そうした推計結果の背景には、感染症予防の費用が地方交付税の積算に用いられる単位費用を総人口ベースに引き直すことで推計されていることがあげられる。こうしたアプローチのみでは、前掲の子宮頸がん等ワクチン緊急接種事業のように補正予算で財源手当てされたものなどが洩れてしまう。よって、仮に単位費用を用いたアプローチを基本とするとしても、補正予算等で財源手当てされたものは適宜加算していかなければならない。

加えて、そもそも単位費用から得られた金額は当然ながら実際の金額ではない。本来、価格が存在するワクチン代と問診料部分については、実際の費用計上が可能なはずであり、厚生労働省の「地域保健・健康増進事業報告」の調査対象に、被接種者だけでなく、ワクチン代と問診料を含めるなどすれば、感染症予防の費用推計精度が高まるものと考えられる。

6. さらに、企業や保険者の担っている予防については、次の留意点あるいは課題を指摘できる。まず、企業の予防費用は、企業が従業員一人にかけている予防費用に従業員数をかけあわせることで推計されているが、もととなる統計の調査対象年が限られていることから5年に1度程度しか計算することが出来ず、経年的な比較はほとんど困難である。

保険者が担う予防費用は、各保険者の事業年報等から「保健事業費」あるいはそれに類する費用を抜き出すことで求められているが、保険者ごと精粗があり、例えば、特定健康診断の費用が内訳として記載されている保険者とされていない保険者とがある。特定健診の費用対効果は検証の重要性が指摘されており、保険者からの情報開示のレベルも上げていく必要があると考えられる。

7. このように、現行の予防費用推計方法には改善に向け検討が深められるべき部分が複数ある。その改善に向けては、SNAとの一体的な議論、予防に関する諸統計そのものの改善、複数省庁からの情報収集なども不可欠となってくる。2011年3月にかけて政府の医療費統計の整備に関する検討会で議題とされたように‘Health Statistics’の公的統計化を実現させるべきである。

8. 本稿は、予防費用の推計方法について論じているが、その過程において、わが国の予防そのものの在り方についての論点も浮かび上がる。すなわち、同じ予防サービスを同じ費用で全国民が受けられるような「国民皆予防」とは決してなっていないこと、予防の法体系が必ずしも今日の働き方に合致しておらず、生涯において健康記録を管理していくのに適した形になっていないことである。予防の在り方そのものを見直すことも肝要といえる。

1. はじめに

健康増進における疾病予防への注目が一段と増している。背景には、国民の意識の高まりのほか、わが国の極めて厳しい財政状況を背景に、医療保険給付費や介護保険給付費を抑えるために予防に力を入れるという財政的な要請、あるいは、労働力人口が減っていくなか経営戦略として貴重な労働力を健全に保つという意図などがある。予防接種、健康診断、生活習慣の改善といった従来から馴染みのある項目に加え、健康保険組合の保健事業において健診・医療費明細データを活用するデータヘルス、企業が従業員の健康管理に戦略的に取り組む健康経営などといったことが聞かれるようになり、経済財政諮問会議のような場で、広島県呉市の保健師らによる保健活動が医療費抑制の成功事例として取り上げられるようになってきている（注1）。

もっとも、わが国における予防の全体像は漠然としており、果たしてどのような項目に、どれだけの費用がかけられているのかという基本的な事実も自明のものとなっていない。医療費の代表的な統計とされる厚生労働省の「国民医療費」は、保険給付され得る治療に要した費用の集計値に過ぎず、予防にかかる費用は含まれていない。例えば、インフルエンザの予防接種のワクチン代と問診料は、「国民医療費」に含まれず、実際にインフルエンザにかかって診療所で治療薬が処方されると、その診察代と薬代は「国民医療費」に計上される。このように「国民医療費」は、国民治療費と呼んだ方がむしろ相応しいような、健康維持にかかる費用の一部を対象とした統計でしかなく、予防に関する包括的な費用統計を別途探しても、それも見当たらない。

他方、OECDから公表される‘Health Statistics’（保健医療支出と訳されている）は、治療費のみならず予防に関する費用も構成要素となっている。したがって、予防の費用面からの把握や予防による治療費節減といった費用対効果の議論を行う際、「国民医療費」ではなく‘Health Statistics’を用いる必要がある。なお、‘Health Statistics’は、SHA（System of Health Accounts）という基準に基づき、各国によって推計されOECDに報告される、いわば健康に関する国民経済計算（SNA）であり、わが国では医療経済研究機構が推計している。

しかし、‘Health Statistics’が定義として予防を構成要素としていても、推計結果の正確性が保証されているわけではない。それは、そもそも予防に関する統計が欠如している状況では必然ともいえる。OECDのホームページには予防に関する数値が並んでいるものの、それが実態を正確に反映しているか否かは別問題であり、この点、十分に留意しなければならない。そこで、本稿は、予防費用のわが国の推計方法を改めて検証し、改善すべき点についてその方向性を検討することとした。

本稿は、‘Health Statistics’のわが国における推計方法の問題点を総論的に検証した西沢 [2015a] の続編であり、やはり‘Health Statistics’の構成要素であるLong-term care（介護あるいは長期療養などと訳される）について掘り下げた西沢 [2015b] の姉妹編である。それらのなかでは、Long-term careや医療機関の資本形成の推計方法に問題があり、保健医療支出の対GDP比をもって国際比較を行うとしても、ごく大まかな目安にとどめるべきであることなどを指摘した。

本稿の構成は以下の通りである。続く第2章では、まずOECDのホームページ上で公表されているわが国の予防費用の推計結果と実際とを照らし合わせる。そこには乖離をみることができる。それを受け、第3章と第4章では、地方自治体の担う予防を中心に、重要と考えられるポイントに絞って、現行の推計

方法の問題点と是正の方向性を検討する。第5章では、健康保険組合に代表される保険者、および、企業を中心に掘り下げる。国民健康保険（国保）と後期高齢者医療制度も保険者として捉え、地方自治体とは峻別する。第6章はまとめである。

なお、SHAは、治療、リハビリ、検査、長期療養、予防などといったサービスの「機能」による分類を柱に据えているが、現実をみれば一つの主体が複数の機能を担い、それらが切り分けられにくいものが少なくない。かつ、予防の場合、例えばがん検診を地方自治体と保険者それぞれが実施しているように、一つの機能を多様な主体が担っている場合も多い。そこで、本稿は、主体を切り口としながら機能にアプローチしている。

（注1）平成27年第21回経済財政諮問会議（平成27年12月7日）資料1 歳出効率化に資する優良事例の横展開のための健康増進・予防サービス・プラットフォーム 中間報告（健康増進・予防サービス・プラットフォーム）。

2. 予防費用推計の現状

(1) SHAにおける予防の定義

‘Health Statistics’を推計する際の基準であるSHAにおいて、予防（注2）は、HC.6の分類記号が付され、HC.6.1～HC.6.5とHC.6.9（6、7、8は定義されていない）の計六つの小項目で構成されている（図表1、詳細は西沢 [2015a]）。HCとは、「機能」による分類記号であり、「財源」、「提供主体」による分類記号は、それぞれHF、HPとなる。

まず、HC.6.1母子保健は、わが国でいえば、母子保健法で市町村に義務付けられた妊婦健康診査、乳児健診、1歳6カ月児健診、3歳児健診などがこれに該当する。

HC.6.2学校保健サービスは、健康教育、疾病予防、健康的な生活環境と生活様式の普及など学校で提供される多様なサービスと定義されている。わが国でいえば、学校保健安全法で市町村教育委員会に義務付けられた就学时健診、学校に義務付けられた定期・臨時健康診断、健康教育などがこれに該当すると考えられる。

HC.6.3感染症予防は、わが国でいえば、予防接種法によって地方自治体に実施責任がある定期予防接種や臨時予防接種、感染症法による地方自治体の特定感染症予防指針作成と公表、健康診断などがこれに該当するだろう。

HC.6.4非感染症予防は、健康教育と検査、疾病予防、健康的な生活環境と生活様式の普及などの公衆衛生サービスと定義されている。わが国でいえば、健康増進法で市町村の努力義務となっている各種がん検診、歯周病健診、骨粗鬆症健診、肝炎ウイルス検診、あるいは、高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）で保険者に義務付けられている特定健康診断・特定保健指導などを対象としてあげることが出来る。

HC.6.5産業保健は、従業員全員を見渡した観察と定義されている。わが国でいえば、労働安全衛生法で事業主に義務付けられている一般健康診断、産業医の配置などがこれに該当するだろう。

最後のHC.6.9はその他である。このように、HC.6予防は、根拠となる法律、実施主体とも多岐にわたっている。

なお、以上の分類はSHAの初版であるSHA1.0に基づくものである。SHAは2011年に改訂され（SHA2011と呼ばれる）、2016年6月に公表された数値から適用されている。もっとも、HC.6に関しては、①改訂内容は、項目をサービス種類別に構成し直したものに過ぎないこと、②医療経済研究機構も、SHA1.0からSHA2011への移行に対応した推計方法の変更を行っていないこと（項目の組み換えにとどまっている）、③過去に遡って小項目のデータを取得出来るのが依然SHA1.0の数値であること、以上の理由から本稿ではSHA1.0に基づいて記述を進める。

(図表1) SHAにおける予防の項目別定義

SHA1.0	
HC.6.1 母子保健：家族計画およびカウンセリング Maternal and child health;family planning and counselling	遺伝カウンセリング、特定の先天的異常の予防、出生前・後の医学的配慮、乳児・幼児・就学児の保健と予防接種など広範な母子への保健サービス
HC.6.2 学校保健サービス School health services	健康教育と健康診断、疾病予防、健康的な生活環境と生活様式の普及など学校で提供される多様なサービス
HC.6.3 感染症予防 Prevention of communicable diseases	特定の感染症の把握と届出義務、感染症の疫学的研究。例えば、疾病の発生源へのトレース、結核予防と抑制、予防接種プログラム
HC.6.4 非感染症予防 Prevention of non-communicable diseases	健康教育と検査、疾病予防、健康的な生活環境と生活様式の普及など公衆衛生サービス。社会プログラムとして提供され、患者自らの主体性で求められている性格のもの
HC.6.5 産業保健 Occupational health care	定期健診など従業員全体を見渡した観察
HC.6.9 その他の様々な公衆衛生サービス All other miscellaneous public health services	血液銀行、臓器バンク、HC.6.5までに分類されない公衆衛生に関する情報の整備と普及など

(参考)

SHA2011	
HC.6.1 情報、教育、カウンセリングプログラム	Information, education and counselling programmes
HC.6.2 免疫プログラム	Immunisation programmes
HC.6.3 早期発見による健康障害の進行防止プログラム	Early disease detection programmes
HC.6.4 健康状態のモニタリングプログラム	Healthy condition monitoring programmes
HC.6.5 疫学的サーベイランスとリスクと疾病コントロールプログラム	Epidemiological surveillance and risk and disease control programmes
HC.6.6 災害への備えと緊急対応プログラム	Preparing for disaster and emergency response programmes

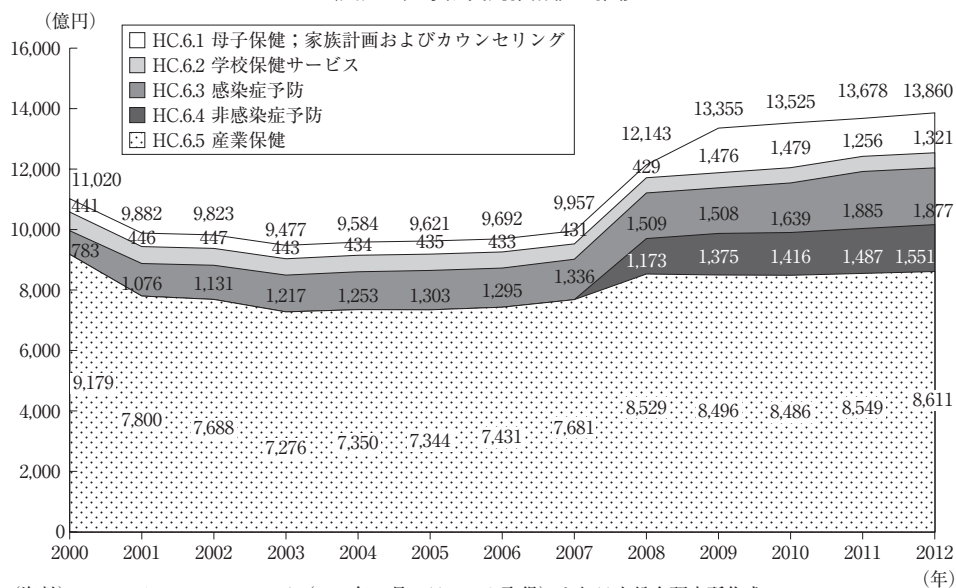
(資料) OECD [2000]、OECD、EU、WHO [2011] より日本総合研究所作成

(2) 推計値の実際との乖離

具体的に2000年度から2012年度までのわが国の予防費用の推計値をみると（図表2）、総額は、2000年度に約1.1兆円、その後、2007年度まで0.9兆円台半ばから後半で推移し、2008年度に約1.2兆円へ一挙にレベルを切り上げ、2009年度にもう一段上昇し、2012年度は約1.4兆円となっている。1.4兆円は、同年度の国民医療費39.2兆円の3.5%の規模である。項目別内訳をみると、HC.6.5産業保健が過半を占めており、とくに、2007年度までは顕著であり、全体の8割程度となっている。なお、HC.6.9その他の様々な公衆衛生サービスには、費用が計上されていない。

この推計値には、予防の実際との整合性を検証すべき点がある。一つ目は、予防を担う主体が企業と保険者であるかのような姿になっており、地方自治体の影が極めて薄いことである。そもそも予防を担う主体としては、(1) 地方自治体、(2) 健康保険組合に代表される保険者、(3) 企業の三つに大別され（注3）、そのうち推計値において大半を占めているのは、HC.6.5産業保健、すなわち保険者と企業による予防事業である。HC.6.4非感染症予防も、わが国の推計では特定健診と特定保健指導のみが対象とさ

(図表 2) 予防費用推計値の推移



(資料) OECD 'Health Statistics' (2016年6月1日データ取得) より日本総合研究所作成
 (注) SHA1.0における項目。

れており、保険者の事業である。なお、特定健診とはいわゆるメタボ健診であり、特定保健指導とは、特定健診で要注意と判断された人への専門家による指導である。

しかし、実際には、地方自治体は、母子保健法、地域保健法、感染症法、予防接種法、精神保健福祉法などにに基づき、都道府県や政令市など480カ所の保健所、市町村の2,466カ所の地域保健センターを通じ(注4)、予防接種、乳幼児健診、がん検診、精神保健福祉などHC.6に分類されるべき様々な事業を行っている。それは、総務省の「地方財政統計年報」において6.1兆円の衛生費(2014年度)が計上されていることからもうかがえる。後に述べるように、この金額がそのままHC.6として計上される訳ではないものの、衛生費は地方自治体の主要歳出費目の一つである。

二つ目は、2007年度から2009年度にかけての費用の不自然な急上昇である。要因は二つあり、まず、HC.6.4非感染症予防が2007年度まで全く計上されておらず、2008年度から突如計上され出していることである。これは、医療経済研機構[2012b]によれば、2008年度に施行された高齢者医療確保法に基づく特定健診と特定保健指導の計上であると説明されている。もっとも、SHAの定義に照らすまでもなく、非感染症予防は特定健診と特定保健診断に限定されるものではない。かつ、特定健診と特定保健指導導入前も老人保健法に基づくその前身の保健事業があったはずである。

次に、HC.6.1母子保健の費用が2008年度の429億円から2009年度に1,476億円へとジャンプアップしていることである。これは、医療経済研究機構[2012b]では、妊産婦健診の費用をより正確に計上することが可能な環境となった旨が説明されているものの、妊産婦健診の制度自体はそれ以前よりあり、この年に一挙に制度が拡充されたわけではない。なお、少なくとも2012年頃までは、HC.6.1母子保健は2004年度から2009年度まで同額の44.6億円と公表されており(医療経済研究機構[2012a])、前掲の2008年度429億円などの数字もその後上方改定されたものである。

三つ目は、HC.6.3感染症予防の費用が2000年度の783億円から2012年度の1,877億円まで、この間、接

種ワクチンの対象拡大や緊急対応を要する事態がなかったかのように、コンスタントな増加となっていることである。例えば、推計値は、2009年度から2011年度まで、1,509億円、1,639億円、1,885億円と、2010年度および2011年度は、前年度比100~200億円規模の増加にとどまっているが、実際には、2010年度から2011年度にかけて総事業規模2,107億円の「子宮頸がん等ワクチン緊急接種事業」が実施されている。

同事業は、当時まだ定期接種化されていなかった子宮頸がんワクチン、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの三つを対象としたものである。よって、本来、事業初年度の2010年度か2011年度のいずれかのタイミングにおいて前年度比1,000億円規模の増加として緊急接種事業の影響があらわれていなければならないはずである。なお、同事業は2012年度も延長され、2013年度から3ワクチンとも定期接種化されている。

あるいは、推計値は、2008年度は前年度比173億円プラスの1,509億円、2009年度はほぼ横ばいの1,508億円となっているが、2009年の世界的流行に至り、国を挙げての対応がとられた「新型インフルエンザ」への対策関係予算として2008年度補正予算で538億円、2009年度予算で178億円が計上されている。よって、2008年度、2009年度の推計値にも、本来そうした影響があらわれていなければならないはずである。

以上のような点のほか、HC.6.2学校保健サービスに計上されているのは学校医にかかる費用のみで、本来、加えて計上されるべき養護教諭の人員費や保健室の物件費などが含まれていないことなども、西沢（2015a）で指摘している。このように、‘Health Statistics’におけるわが国の予防費用推計は、経年的に精度を上げているとしても、なお必ずしも実態を反映し切れていないと考えられる。

(注2) 本稿では、単に「予防」と表記しているが、SHAの初版であるSHA1.0では、Prevention and public health servicesすなわち、予防と公衆衛生サービスである。SHA2011では、public health servicesがなくなり、Preventive careに変更されている。

(注3) 他にも、国があり、例えば、国がHPやマスメディアを通じて健康のための広報活動を行えば、そうした費用もSHAのHC.6に計上する必要がある。ただし、そうした国の担う予防については別途検討することとし、本稿の議論の対象から外している。

(注4) 厚生労働省健康局健康課地域保健室調べ、2016年4月1日現在。

3. 地方自治体の予防

(1) わが国の推計の実際とSHA

第2章のなかで、予防費用の推計値には実際との乖離がうかがえ、その一つとして地方自治体の影が極めて薄くなっていることを指摘した。そうした推計になっている理由として、推計のためのデータが存在しないことがあげられている。「政府や地方自治体が行っている公衆衛生プログラムは、データがないため含まれていない」（医療経済研究機構 [2012a]、P148）。データとは、医療経済研究機構 [2012b] をみると、もっぱら「価格」を指している。地方自治体による健康増進、精神保健福祉、乳幼児健診などの諸事業がHC.6の計上対象であることを認識しつつ、健診受診者などの人数は厚生労働省の統計（注5）によって把握できても、価格データがないため（医療経済研究機構 [2012b] P51、P53）、推計出来ないとしているのである。

もっとも、市町村の保健師や助産師自らが各家庭を訪問する「妊産婦および乳幼児等訪問指導」のよ

うな保健サービスの場合、当然そこに価格はつけられていない。あるいは、ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎、日本脳炎、麻しん・風しん、BCGなどの予防接種についても、ワクチン代や受託医療機関へ支払う問診料といった部分については価格が存在しても、問診票作成や案内送付などといった市町村職員自らが担っている部分についてはもとより価格などなく、よって、それを含んだトータルの価格といったものも存在しない。

そこで、SHAでは、地方自治体やNPOが提供する際に多くみられる、そもそも価格の存在しない保健サービスについては、国民経済計算（SNA）における防衛、警察、消防、司法などといった政府サービスの算出方法と同様、生産に要した費用、すなわち、次の金額の合計で計上することとしている（OECD・WHO・EU [2011]、P44）。

- 雇用者報酬
- 中間投入
- 固定資本減耗
- 生産・輸入品に課される税

例えば、保健所や保健センターで提供される保健サービスであれば、そこに勤務する医師・保健師・歯科衛生士などの人件費、乳幼児健診・がん検診・予防接種などを医療機関に委託する際の委託料、ワクチン代、母子手帳の作成費用、自前の保健所建物や検査機器があればその利用コストとしての減価償却費、建物や設備などの保有にかかる税（取得にかかる税は物件費に含まれていると考えられる）、これらの合計額を費用としてHC.6に計上することとなる。本来、わが国においてもこうしたアプローチの可能性が模索されるべきであろう。

(2) SHAの方法論に則った推計の試み

では、SHAで提示されるアプローチをとるとき、具体的にどのようなデータが利用可能であり、どのように推計し得るのであろうか。さらには何が不足しているのであろうか。データとして真っ先に考えられるのは、総務省「地方財政統計年報」の利用である。同年報には、都道府県と市町村とに分けて、歳出の性質別・目的別のクロス表がある（図表3）。

まず、目的別では、同年報の「衛生費」の一部がSHAのHC.6.1母子保健、6.3感染症予防、6.4非感染症予防と符合し（図表1を参照）、具体的には、都道府県、市町村のそれぞれ次の項目がHC.6の候補になると考えられる。すなわち、環境衛生費、清掃費、医薬費（図表3の網掛け部分）を除いた項目である。

都道府県

- 保健所費
- 結核対策費
- 精神衛生費
- 公衆衛生費

市町村

- 保健所費

- 結核対策費
- 保健衛生費

なお、都道府県の「公衆衛生費」とは、他の項に計上されない保健衛生関係職員の人件費をはじめ、保健衛生、母子衛生、栄養改善、予防（成人病対策および結核を除く）に関する経費を含むとされている。市町村の「保健衛生費」とは、他の項に計上されない保健衛生関係職員の人件費をはじめ、保健衛生、精神衛生、母子衛生、成人病対策に要する経費、伝染病の予防関係経費、食品衛生、公害対策等の環境衛生のために要する経費、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく経費（医療事業を除く）を含むとされている。

次に、性質別では、「地方財政統計年報」の「人件費」と「物件費」が、「雇用者報酬」と「中間投入」にそれぞれ相当すると考えられる。なお、「地方財政統計年報」の「維持補修費」と「普通建設事業費」は、SHA上のHC.R（健康関連項目）の一つである資本形成として計上されることとなる。「扶助費」は、母子保健法にもとづく養育医療給付、障害者総合支援法に基づく自立支援医療給付、児童福祉法に基づく小児慢性特定疾患医療給付としてすでにSHAの他の機能（HC.1やHC.2など）に計上されていると考えられる。同様に、「補助費等」は、病院事業会計への繰出し金などであり、SHAの他の機能分類にすでに計上されていると考えられる。

このように「地方財政統計年報」から「雇用者報酬」と「中間投入」の二つの費用を得ることはできても、残りの二つの費用すなわち「固定資本減耗」と「生産・輸入品に課される税」を取得することができない。「地方財政統計年報」には固定資本減耗という考え方や資本ストックに関する統計がなく、地方自治体自身が支払っている税については、「補助費等」のなかに含まれていると考えられるものの、それだけを取り出すことはできない。「地方財政統計年報」を用いるとしてもこうした限界はある。

(図表3) 「地方財政統計年報」における衛生費の目的別・性質別内訳

(億円)

性質別\目的別	都道府県							市町村			
	公衆衛生費	結核対策費	精神衛生費	環境衛生費	清掃費	保健所費	医薬費	保健衛生費	結核対策費	保健所費	清掃費
人件費	372	17	90	663	67	943	378	3,198	41	873	4,139
物件費	271	5	76	357	78	46	379	7,705	71	99	11,391
維持補修費	1	0	2	8	4	2	1	83	0	2	1,169
普通建設事業費	207	0	2	514	253	42	1,109	1,539	0	45	4,751
扶助費	2,039	15	299	126	-	-	80	1,761	24	-	0
補助費等	3,961	6	66	558	125	12	1,120	5,992	9	9	708
積立金	107	-	0	294	26	0	801	319	-	2	225
投資および出資金	189	-	-	131	14	-	-	968	-	-	5
貸付金	363	-	0	119	53	0	285	391	-	-	23
繰出金	9	-	-	50	-	-	-	1,002	-	-	1
合計	7,520	43	534	2,820	620	1,045	4,153	22,957	144	1,031	22,413

都道府県の人件費：372+17+90+943=1,422

都道府県の物件費：271+5+76+46=398

市町村の人件費：3,198+41+873=4,112

市町村の物件費：7,705+71+99=7,874

計 13,805億円

(資料) 総務省「平成26年度地方財政統計年報」2-5-2表、2-5-3表より日本総合研究所作成

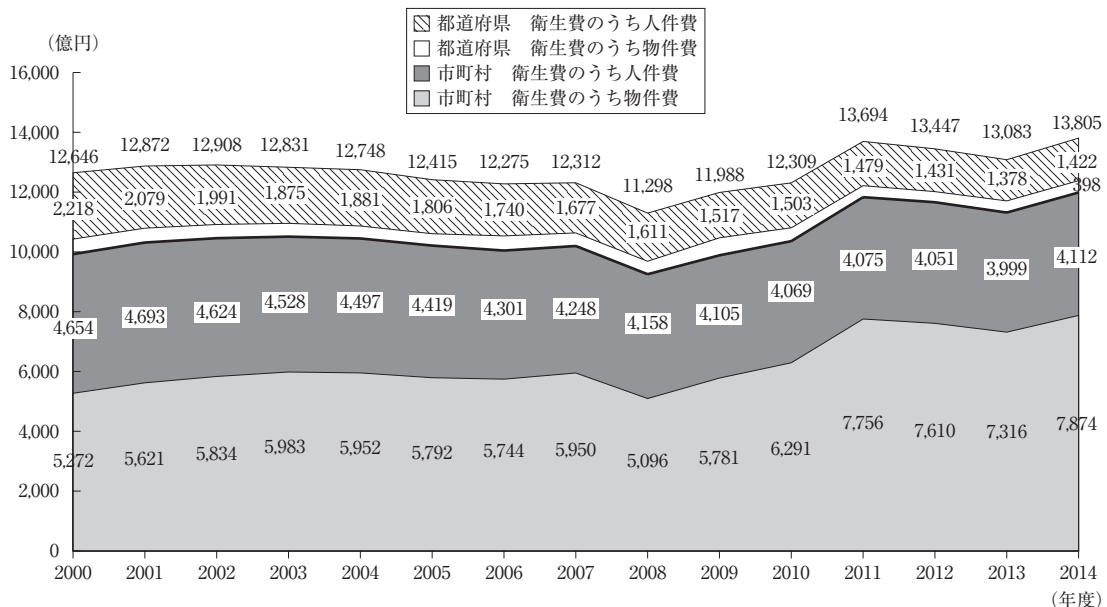
(注) HC.6に該当しないと考えられる部分を網掛けとした。

以上のような整理に基づき、「地方財政統計年報」の衛生費のなかから暫定的ながらHC.6に相当する部分の数値を具体的に拾い出すと、直近の2014年度で、都道府県と市町村の合計で1兆3,805億円となる（図表3の網掛け以外の部分）。このようにしてはじめて都道府県や市町村の職員である保健師などによる予防も費用として算入されてくる。さらに2013年度以前についても計算し（図表4）、それらを踏まえると、現在の予防費用の推計値（図表2）から受けるわが国の予防に対する印象は、次のような修正を迫られる。

一つは、わが国の予防を担う主体としての地方自治体の存在の大きさである。「地方財政統計年報」から計算される地方自治体の予防費用は、2012年度1兆3,447億円であり（前述のように固定資本減耗と税を含んでいない分は過少になっている）、公表されているHC.6の推計値のうち地方自治体が担っている部分3,198億円（HC.6.1とHC.6.3の合計）より1兆249億円大きい。よって、HC.6全体を見渡すと、わが国の予防を担う主体として地方自治体が企業や保険者をしのぐことになる。それは、実態と照らしても違和感がない姿といえる。

もう一つは、図表4の時系列での変化に着目すると、感染症予防における大きな変化がうかがえることである。すなわち、市町村の物件費が2010年度の6,291億円から2011年度には1,465億円プラスの7,756億円へと大幅増になり、以降もほぼその水準を維持している。物件費の内訳を「地方財政統計年報」から知ることはできないものの、2010年度からの子宮頸がん等ワクチン緊急接種事業とその後の定期接種化が反映されたものと推測される。

（図表4）地方自治体の衛生費（HC.6相当部分）の推移



（資料）総務省「地方財政統計年報」各年度版より日本総合研究所作成

（注）都道府県については、衛生費のうち、公衆衛生費+結核対策費+精神衛生費+保健所費（よって、環境衛生費、清掃費、医薬費を除外）。市町村については、衛生費のうち、保健衛生費+結核対策費+保健所費（よって、清掃費を除外）。

(3) SHAの方法論に則る際の課題

このようなアプローチをとることで、そもそも「価格」が存在しない地方自治体における予防もHC.6に算入されるようになる。ただし、推計には限界もある。一つは、すでに述べたように、生産にかかる4経費のうち「固定資本減耗」と「生産・輸入に課される税」に関しては、別途求める必要があることである。このうち固定資本減耗については、保健所や保健センターなどの建物、検査機器、コンピューターなどの資本ストックが把握できるのであれば、一定の償却率を掛け合わせ、推計することが出来る。

このアプローチは、SNA、具体的には「一般政府の機能別最終消費支出」にみられるものと同様であり、SNAの精緻化と並行して議論が進められるべきである。現在、一般政府の機能別最終消費支出において、支出の一つに「保健」があり、そのなかに、HC.6に相当すると考えられる「公衆衛生サービス」と「その他の保健」がある（図表5）。そこには、生産に要する4費用が計上されている。

もっとも、中央政府、地方政府、社会保障基金政府の3政府部門の合計である一般政府の数値が公表されているのみであり、本来、それぞれの政府部門ごとの数値も併せて公表されていれば、地方政府の固定資本減耗と税の数値を使うことも出来るので、SHAのHC.6の精度も増すこととなる。あるいは、SHAのHC.6の推計精度を向上させることで、SNAの推計精度が増すこととなろう。実際、イギリスでは、SNAとの定義の差を修正しつつSNAが推計されている（Office for National Statistics [2016]）。

(図表5) 「国民経済計算」に基づく一般政府の保健サービス産出額

(億円)

機能別支出 \ 項目	雇用者報酬	固定資本減耗	中間投入	生産・輸入品に課される税	合計
保健	9,536	888	9,599	3	20,026
1 医療用品、医療用器具・設備	0	150	0	0	150
2 外来サービス	0	0	0	0	0
3 病院サービス	164	85	28	0	277
4 公衆衛生サービス	3,066	224	2,448	0	5,738
5 R&D (保健)	67	6	363	0	436
6 その他の保健	6,239	423	6,761	3	13,426
(再掲) HC.6に該当する部分 4 公衆衛生サービス + 6 その他保健	9,305	647	9,209	3	19,164

(資料) 内閣府「2014年度国民経済計算」一般政府の機能別最終消費支出(名目)より日本総合研究所作成

(注) HC.6に該当しないと考えられる機能(1、2、3、5)は網掛けとした。

もう一つ、このアプローチによって算出された費用は、HC.6.1母子保健、HC.6.3感染症予防、HC.6.4非感染症予防などの合計値であることである。これは、現実を考えれば当然ではある。例えば、保健所長は、保健所のあらゆる保健サービスを統括し、保健師も、感染症予防に分類される予防接種、非感染症予防に分類される健康相談など複数の保健サービスに携わるのが実際であろうから、そもそもSHAが求めるように費用を明確には切り分けにくい。とはいえ、個々の項目を得ることも重要であり、これらを切り分けるには、別のアプローチが必要となる。

(注5) 代表的なのが厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」。保健所や市町村から保健指導を受けた妊産婦の人数、予防接種の接種者数といったようにもっぱら人数に関する統計が主になっている。

4. 感染症予防

(1) 地方交付税の単位費用を用いた現在の推計方法

HC.6.3感染症予防の推計値が、子宮頸がん等ワクチン緊急接種事業など感染症予防の実際と照らし整合的ではないことも第2章で指摘した。では、この費用は現在どのように推計されているのであろうか。

医療経済研究機構〔2015〕をみると、HC.6.3感染症予防の費用を、地方交付税の積算に用いる「単位費用」から求めるという考え方が示されている（もっとも、詳細は明らかではない、注6）。国は、毎年度の地方交付税の積算に際し、警察、土木、教育などといった目的別に、地方自治体が目的の遂行に要する人口当たりの費用を「単位費用」として定めている。その目的の一つに「衛生費」があり、さら

(図表6) 地方交付税における感染症等対策費の単位費用

〈市町村〉		(千円)	
区分	経費	積算内容	
給与費	33,380	職員数5人	
需用費等	122,896	感染症予防事業(1/2)等 (感染症予防事業費(1/2)31千円、子宮頸がん等ワクチン分、結核分、インフルエンザ・肺炎球菌分(25,945千円)等を含む。)	121,061
		狂犬病予防事業費	1,835
委託料	129,738	感染症予防接種費(予診費を含む)(子宮頸がん等ワクチン分、結核分、インフルエンザ・肺炎球菌分(46,746千円)を含む)	121,223
		結核健康診断費(間接撮影、精密検査、事後措置)	8,515
歳出計	286,014		
〈都道府県〉		(千円)	
区分	経費	積算内容	
給与費	107,330	職員数16人	
		(感染症等対策費)	
需用費等	370,945	感染症予防事業費(1/2、7.5/10)等(性感染症予防対策および肝炎対策を含む、三位一体改革影響分：再掲②参照)	314,352
		狂犬病予防対策等(特定疾患・血友病対策を含む)	7,016
		エイズ対策推進事業費等(1/2)	2,421
		〃(単独)	319
		抗インフルエンザ薬購入費	46,837
委託料	2,145	診療報酬支払事務委託(感染症予防対策分および特定疾患対策・血友病対策分)	
負担金、補助および交付金	2,071,820	特定疾患治療研究費(1/2)(事務費等含む)	1,163,851
		〃(超過負担分)	452,957
		難病医療費等負担金(1/2)(事務費等含む)	455,012
		(うち社会保障の充実分 441,897)	
(小計)	2,444,910		
		(結核対策費)	
需用費等	9,570	健康診断費(保健所)等(特定地区促進費、公費負担医療適正化対策、患者事務費等を含む、三位一体改革影響分：再掲②参照)	
委託料	71,746	健康診断費(医療機関)等(診療報酬支払事務費を含む)	5,086
		医療療養費(1/2)等(従業禁止および命令入所患者費を含む)	66,660
負担金、補助および交付金	3,500	健康診断および予防接種補助(私立学校等)	
(小計)	84,816		
歳出計	2,637,056		

(資料) 地方交付税制度研究会編「平成26年度地方交付税制度解説(単位費用篇)」より日本総合研究所作成

(注) 都道府県は人口170万人、市町村は人口10万人をそれぞれ想定した金額。

に細目として「感染症等対策費」がある（図表7）。医療経済研究機構は、この感染症等対策費を総人口ベースに引き直し、HC.6.3の感染症予防の費用としている。

具体的に、単位費用は、市町村と都道府県とに分かれており、市町村は人口10万人当たり、都道府県は人口170万人当たりの費用となっている。例えば、2014年度、市町村では、人口10万人当たり感染症等対策にあたる職員数は五人、その給与費3,338万円、需用費等（すなわちモノにかかる経費）が同1億2,290万円、委託料1億2,974億円、計2億8,601億円となっている。よって、HC.6.3感染症予防のうち市町村分を総人口ベースに引き直せば、次の通りとなる。 $2億8,601万円 \times 1億2,708万人（総人口） \div 10万人 = 3,635億円$ 。

同様に都道府県分は420億円となり、市町村と都道府県の合計は4,055億円となる。なお、都道府県の感染症等対策費のなかには、「負担金、補助および交付金」があり、大きなウエートを占めているものの（図表6）、これは特定疾患治療研究費と難病医療費等負担金が主であり、HC.6の対象外と本稿では判断し、除外している。

(2) 現在の推計方法の問題点

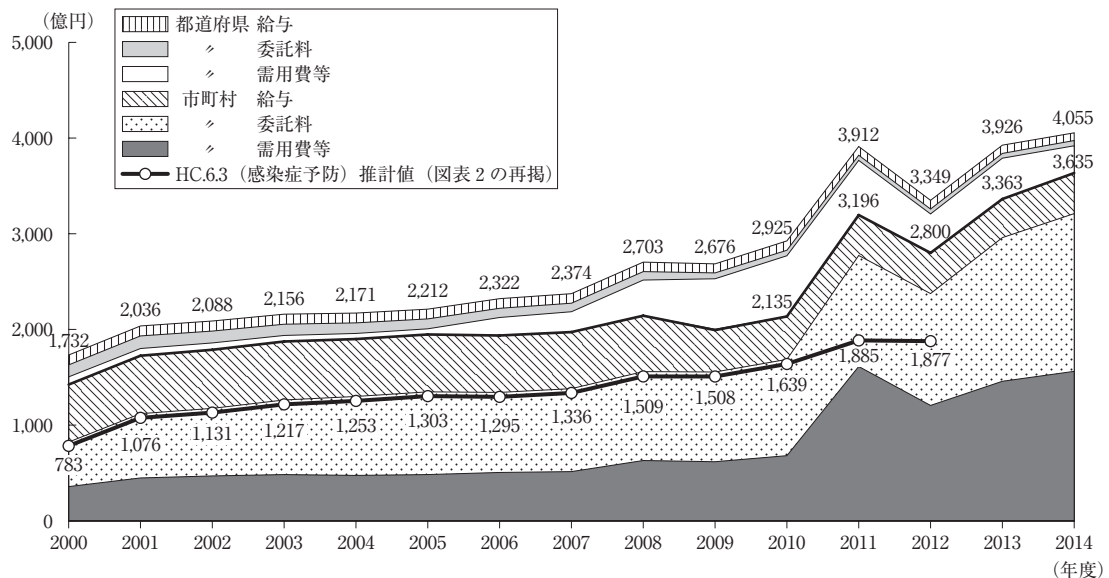
このように、地方交付税の単位費用を用いるアイデアは積極的に評価されるものの、次のような問題、あるいは留意点もある。一つ目は、当然ながら得られた結果は実際の費用ではないということである。地方交付税は、飽くまで一般財源であり、積算根拠のなかに感染症等対策費があるとしても、積算で意図されている通り実際に地方自治体において感染症対策が実施されている保証はない。加えて、そもそも単位費用が実際の費用を正確に反映しているのか否かも確認しにくい。

二つ目は、子宮頸がん等ワクチン緊急接種事業のように補正予算で財源が手当てされた場合、そうした費用が計上されないことである。このケースの場合、2010年度の地方交付税の単位費用が設定された時点ではまだ同事業が存在せず、よって、単位費用からHC.6.3感染症予防の費用を計上するというアプローチのみでは、それが漏れてしまう。仮にこのアプローチを基本とするとしても、補正予算等で年度開始後に財源手当てされた分は、加算する必要がある。

三つ目は、こうしたアプローチそのものではなく、その運用にかかる問題といえるが、単位費用のうち、都道府県の感染症等対策費のすべてと市町村の感染症等対策費のうち給与費が推計に含まれていないと推察されることである。2000年度分から直近まで、改めてHC.6.3感染症予防の費用を推計し（本稿推計と呼ぶ）、HC.6.3感染症予防の公表値（図表2の再掲）と重ね合わせると（図表7）、公表値は、本稿推計の市町村の需用費等と委託料の合計にほぼ一致する（ただし2011年度と2012年度は一致せず、推計方法が変更されている可能性もある）。このことから、公表値は市町村における委託料と需用費等のみを対象としていることがうかがえる。

しかし、都道府県も市町村のような定期接種の実施者ではないものの、肝炎対策や結核対策など感染症対策を担っている。だからこそ地方交付税の積算根拠に感染症等対策が設けられているはずであり、本来、都道府県分もHC.6.3感染症対策費に計上すべきと考えられる。市町村の人件費も、市町村が問診票作成、被接種者への案内送付、ワクチンの手当て、医療機関への委託と支払いなどを担っていたり、保健所や保健センターで接種を実施していたりするケースを考えれば、HC.6.3に計上すべきであろう。

(図表7) 地方交付税の単位費用から改めて推計した感染症予防費用



(資料) 地方財務協会「地方交付税制度解説(単位費用篇)」各年度版と各年度の人口から日本総合研究所試算
 (注) グラフ計上の金額のほか、都道府県の感染症等対策費には、「負担金、補助および交付金」があるが、これは特定疾患治療研究費と難病医療費等負担金を対象とした交付税措置であり、SHAのHC.6の対象外として、グラフからは除外している。

以上のように、HC.6.3の推計に単位費用を利用したアプローチをとるとしても、対象には都道府県分や市町村の人件費などを含めるべきであり、補正予算などによって財源手当てされた分も逐一加えていく必要がある。さらに、本来であれば、こうした代替的手法ではなく、実際の費用計上が目指されるべきであろう。

(3) 実際の費用に基づくアプローチの可能性

では、実際の費用に基づきHC.6.3を推計するためには、何が必要であろうか。感染症予防に関しては、毎年度公表される厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」において定期接種の被接種者数は把握されている。あとは、問診料とワクチン代が分かれば、これらを掛け合わせることで、定期接種にかかる問診料とワクチン代のマクロの費用が計算できる。問診料とワクチン代は、市町村がそれぞれ医療機関側と交渉し決めており、診療報酬のような全国一律の価格ではないため、それを各市町村から情報収集する必要がある。

これは、2012年度を対象とした「予防接種委託単価等調査」として前例がある。そこでは、1,742市町村を対象とし、予防接種の種類ごとにワクチン代と問診料等が調査されている。例えば、高齢者のインフルエンザ予防接種被接種者は「地域保健・健康増進事業報告」によれば1,562万人、ワクチン代と問診料等は「予防接種委託単価等調査」によれば、それぞれ1,195円、2,731円なので、これらを掛け合わせ187億円、427億円、計613億円となる(図表8)。

他のワクチンについても同様に計算し、さらに同調査の対象外となっていたワクチンについては政府資料を援用すれば、2012年度の定期接種と子宮頸がん等緊急接種事業3ワクチンのワクチン代と問診料等の合計は、2,762億円となる。これは、地方交付税の単位費用から計算した同年度の市町村の需用費

等と委託料の合計2,375億円にほぼ相当する規模感といえる。

「予防接種委託単価等調査」はスポットで実施されたものであるが、「地域保健・健康増進事業報告」の調査対象項目に加えるなどし、定期接種の被接種者数とともに単価の情報を得ることで、HC.6.3感染症対策の統計としての有用性が格段に高まるはずである。このことは、予防接種のみならず、HC.6.1母子保健の対象である妊婦健診、乳児健診をはじめとした子どもの健診、HC.6.2非感染症予防であるがん検診など市町村が医療機関に委託しているものについても同様である。

その際、市町村で異なる自己負担割合も併せて情報を得ることが肝要である。SHAでは、保健医療支出の財源構成についてもHF分類として推計が求められており、何より、予防接種や健診などの単価の妥当性、市町村格差、さらには、市町村間で自己負担割合が異なることによる予防へのアクセスの差が、国によって把握されることは極めて重要なはずである。SHAの推計精度向上を目指すなかで、そもそもの統計の不足が点検され、充足されていくべきであろう。

(図表8) 実際の予防接種費用の推計

				人数(人)	単価(円)		人数×単価(億円)		
					ワクチン代	問診料等	ワクチン代	問診料等	合計
沈降精製百日せき ジフテリア破傷風 混合ワクチン使用 (DPT)	第1期	初回接種	第1回	724,697	1,515	3,985	11	29	40
			第2回	818,257	1,518	3,721	12	30	43
			第3回	909,253	1,518	3,726	14	34	48
		追加接種		1,160,287	1,519	3,960	18	46	64
	小計							194	
沈降ジフテリア破傷風 混合トキソイド使用(DT)	第2期		889,382	1,359	3,267	12	29	41	
急性灰白髄炎(単抗原IPV) (注1)	第1回		329,042	5,450	3,930	18	13	31	
	第2回		436,172	5,450	3,930	24	17	41	
	小計							72	
日本脳炎	第1回	初回接種	第1回	1,513,962	3,265	3,773	49	57	107
			第2回	1,465,116	3,263	3,570	48	52	100
			追加接種		1,630,477	3,263	3,760	53	61
	第2回		511,727	3,257	3,285	17	17	33	
	小計							355	
麻しん・風しん	第1期		1,039,664	5,913	4,344	61	45	107	
	第2期		1,023,299	5,911	3,819	60	39	100	
	第3期(中1)		1,041,767	5,898	3,288	61	34	96	
	第4期(高3)		932,217	5,900	3,280	55	31	86	
								387	
BCG			969,941	2,993	4,220	29	41	70	
インフルエンザ(高齢者)			15,617,236	1,195	2,731	187	427	613	
ヒブワクチン			—	—	—	—	—	350	
小児用肺炎球菌ワクチン			—	—	—	—	—	450	
子宮頸がん予防ワクチン			—	—	—	—	—	230	
合計								2,762	

(資料) 次により日本総合研究所試算。厚生労働省「平成24年度地域保健・健康増進事業報告」、同「予防接種費委託単価等調査(平成24年度)」。ただし、急性灰白髄炎(単抗原IPV)、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、子宮頸がんワクチンを除く。これらについては、注1と注2の通り。

(注1) 急性灰白髄炎(単抗原IPV)のワクチン代は、不活化ポリオワクチン導入にかかわる関係自治体担当者会議(平成24年6月1日)資料1記載のメーカー希望小売価格。問診料等は、同資料3掲載の厚生労働省が総務省に対する平成24年度地方交付税要求時に用いている接種単価。

(注2) ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、子宮頸がんワクチンの3つは、厚生労働省「予防接種制度の見直しについて(第二次提言)(たたき台)参考資料」(平成24年3月29日)。接種費用の推計値。

(注6) 医療経済研究機構 [2015]. p.105では、「予防接種、ツベルクリン反応、BCG接種の費用」がHC.6.3感染症予防の対象であると記載されているが、ツベルクリン反応は約10年前から実施されていないはずである。よって、現在どのような推計方法がとられているのか正確なところは分からない。

5. 企業と保険者の予防

(1) わが国の推計方法

企業と保険者も予防において重要な役割を担っている。企業は、労働安全衛生法に基づき、従業員の健康管理に努める義務があり、具体的に、従業員50人以上であれば、産業医の指定が求められており、従業員の健康診断や検診なども行う。保険者の予防事業のなかでとりわけ重要なのは、第2章で触れた高齢者医療確保法に基づく特定健診および特定保健指導といえる。なお、保険者は、次の五つに大きくグルーピングされる。

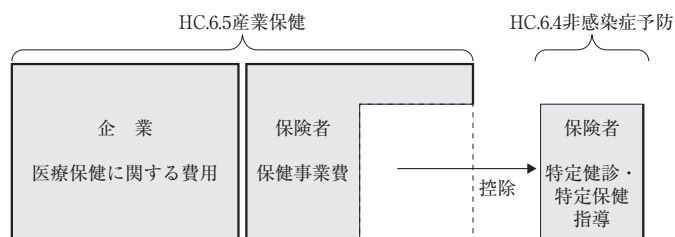
- 組合健保：大企業サラリーマンが加入。企業ごとあるいは業種ごとに設立
- 協会けんぽ：中小企業サラリーマンが加入。社会保険庁を前身とする全国健康保険協会が運営
- 共済組合：国家公務員、地方公務員、私立学校教職員が加入
- 後期高齢者医療制度：75歳以上の高齢者が加入。都道府県ごとの広域連合が運営
- 国民健康保険（国保）：上記四つの保険加入者以外が加入し、現在市町村が運営

こうした構造のもと、現在、HC.6.4非感染症予防とHC.6.5産業保健は次のように推計されている（図表9）。まず、企業における予防費用は、労働者一人当たり企業が負担している「医療保健に関する費用」に労働者数を掛け合わせることで求められている。具体的に、費用、人数はそれぞれ、厚生労働省「就労条件総合調査」、経済産業省「経済センサス」の数値が使われている。「就労条件総合調査」における「医療保健に関する費用」は、次の定義にあるように、HC.6にほぼ合致すると考えられる。「病院、診療所などの物的施設の維持管理費のほか、委託ベッド契約のための費用、嘱託医への謝礼、人間ドック、健康診断などの疾病予防のための費用をいう」。

次に、保険者による予防は、各保険者の事業年報等に掲載されている「保健事業費」あるいはそれに相当する費目（以下単に保健事業費）から、HC.6の定義に合致するものを抜き出すことで求められている。保健事業費には、特定健診と特定保健指導にかかる費用も含まれているものの、組合健保と国保以外の保険者からは、具体的な数値が公表されていない。そこで、特定健診と特定保健指導の費用はHC.6.4非感染症予防として後に述べるように別途推計されたうえで、企業と保険者の予防費から控除される。控除後の数値がHC.6.5産業保健とされている。

特定健診と特定保健指導の費用は、それぞれの全国平均単価をそれぞれの受診者数に掛け合わせることを基本として求められている。その数値がそのままHC.6.4非感染症予防とされているが、非感染症予防が特定健診と特定保健指導に限らないことはすでに第2章で述べた通りである。

(図表9) HC.6.5産業保健とHC.6.4非感染症予防、現行の推計の構造



(資料) 日本総合研究所作成

(2) わが国の推計方法の留意点

企業の予防費用の推計値は、ごくおおまかな目安にとらえるべきであり、とりわけ経年の比較は困難といえる。一つは、医療経済研究機構〔2015〕にも説明されているように、「就労条件総合調査」と「経済センサス」の調査対象年がいずれも数年に1回でしかなく、加えて、調査対象年にズレがあるためである。2000年以降、「就労条件総合調査」において「医療保健に関する費用」を調査項目に含むのは、2001年、2005年、2010年の3年分、「経済センサス」とその前身である「事業所・企業統計調査」の対象年が2001年、2006年、2009年、2014年の4年分でしかない。よって、「就労条件総合調査」と「経済センサス」の対象年が同一なのが2001年しかなく、近接年どうしを掛け合わせるとしても、5年に1回程度しか計算することができない。

もう一つは、「就労条件総合調査」の継続性である。具体的に、三つの時点について企業の予防費用を計算すると、2001年、2005年、2010年、それぞれ3,240億円、2,925億円、4,972億円となり、2010年に費用が跳ね上がる。その大きな要因が、2007年に日本郵政の民営化により「就労条件総合調査」の産業分類においても、単なる「運輸業」から「運輸業、郵便業」に変わり、その一人当たりの費用が他産業対比トップグループに属し、医療保健に関する費用を押し上げていることにある。こうした経営形態の変更に伴ういわば見せかけの費用増要因は、調整を施す必要がある。ただし、公表されているHC.6.5の推計値は、企業分と保険者分の合計値のみであり、この点は判別し難い（図表10）。

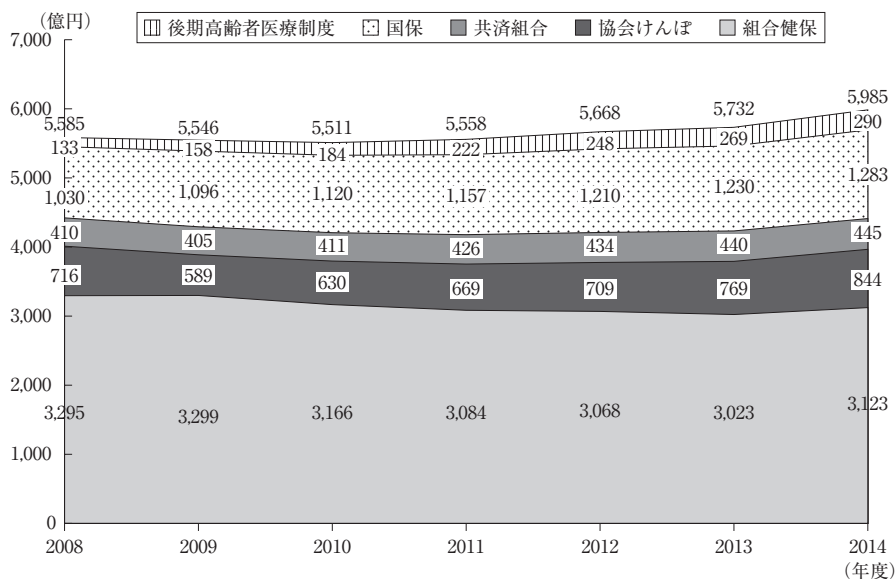
(図表10) 企業の医療保健に関する費用

	2001年 1人費 用 (a) 円	2001年 人数 (b) 万人	a * b *12 億円		2005年 1人費 用 (a) 円	2006年 人数 (b) 万人	a * b *12 億円		2010年 1人費 用 (a) 円	2009年 人数 (b) 万人	a * b *12 億円
鉱業	1,452	4	7	鉱業	794	3	3	鉱業、採石業、砂利採取業	2,342	2	7
建設業	388	366	170	建設業	415	302	151	建設業	643	313	242
製造業	1,157	985	1,368	製造業	919	883	973	製造業	1,152	868	1,200
電気・ガス・熱供給・水道業	3,677	32	141	電気・ガス・熱供給・水道業	4,352	28	145	電気・ガス・熱供給・水道業	4,615	30	164
				情報通信業	748	148	133	情報通信業	984	157	186
運輸・通信業	470	346	195	運輸業	532	269	172	運輸業、郵便業	2,647	328	1,041
卸売・小売業、飲食店	383	1,390	639	卸売・小売業	396	1,015	482	卸売・小売業	458	1,022	562
金融・保険業	603	157	114	金融・保険業	1,438	135	233	金融・保険業	1,239	149	222
不動産業	547	50	33	不動産業	417	56	28	不動産業、物品賃貸業	621	92	69
								学術研究、専門・技術サービス業	1,003	151	182
				飲食店、宿泊業	108	374	48	宿泊業、飲食サービス業	417	434	217
								生活関連サービス業、娯楽業	399	199	95
サービス業	320	1,492	573	医療、福祉	271	503	164	教育、学習支援業	731	273	240
				教育、学習支援業	225	267	72	医療、福祉	455	560	306
				複合サービス業	351	64	27	複合サービス事業	-	37	-
				サービス業	351	698	294	サービス業（他に分類されないもの）	521	385	241
合計	-	4,823	3,240	合計	-	4,745	2,925	合計	-	5,001	4,972

(資料) 次の資料より日本総合研究所計算。厚生労働省「平成14年版就労条件総合調査」、同「平成18年版就労条件総合調査」、同「平成23年就労条件総合調査」、経済産業省「平成13年事業所・企業統計調査」、同「平成18年事業所・企業統計調査」、同「平成21年経済センサス」

企業の予防費は、推計の基となる統計の調査対象年の特質などから、このように十分な留意を要するのに対し、HC.6.5産業保健のもう一つの構成要素である保険者の保健事業費は、各保険者の毎年度の事業年報等から保健事業費の集計であり、相対的に数値の信頼性は高いといえる。後期高齢者医療制度が発足し、社会保険庁の一部が衣替えし協会けんぽとなった2008年度から2014年度までの保健事業費の集計値は、5,000億円台半ばから後半で推移している（図表11）。

（図表11） 保険者の保健事業費



（資料）以下より日本総合研究所作成。厚生労働省保険局「健康保険・船員保険事業年報」2008～2013年度の各年度版、健康保険組合連合会「平成26年度健保組合決算見込の概要」、全国健康保険協会「決算報告書」2008～2014年度の各年度版、総務省「地方公務員共済組合等事業年報」2008～2014年度の各年度版、財務省「国家公務員共済組合事業統計年報」2008～2014年度の各年度版、厚生労働省「国民健康保険事業状況報告書（事業年報）」2008～2014年度の各年度版、同「後期高齢者医療事業状況報告書（事業年報）」2008～2014年度の各年度版

（3）把握制度向上に向けた課題

予防を担う主な主体、すなわち、地方自治体、保険者、企業のうち、現行の‘Health Statistics’では、地方自治体分の洩れが大きいと考えられるが、他方、企業および保険者に関しては、相対的に洩れは少ないと考えられる。もっとも、課題はある。それは主に原統計に起因することである。一つは、組合健保と国保を除き、保健事業費の内訳が不明なことである。例えば、最も詳細に内訳が公表されている組合健保であれば、特定健診416億円、特定保健指導事業費76億円、保健指導宣伝費134億円、疾病予防費2,022億円といったように、保健事業費3,123億円（2014年度）の内訳が公表されている。他方、協会けんぽでは、844億円（同）の内訳までは分からない。

SHA推計の精度向上という目的を離れても、例えば、特定健診と特定保健指導については、受診率の低い保険者における受診率向上、費用対効果の検証などが重要な政策課題になっており、わが国におけるトータルの費用が把握されていて然るべきと考えられる。あるいは、組合健保の疾病予防費2,022億円のなかには、HC.6.3感染症予防、HC.6.4非感染症の予防の対象となるものが含まれている。疾病予

防費のさらなる詳細が分かれば、わが国全体の感染症予防と非感染症予防の姿が明らかになる。

6. おわりに

‘Health Statistics’は、治療のみならず、予防、介護も含め、健康に関する支出の包括的な記述を目指しており、さらには、処方薬を一つの機能として捉えるなど、わが国の「国民医療費」にはない特徴を持っている。EBM (Evidence Based Policy) を推し進める観点からも、2011年3月にかけて政府の医療費統計の整備に関する検討会で焦点となったように‘Health Statistics’の公的統計化を実現させるべきである。

本稿は、予防費用の推計方法について論じてきたが、その過程において、わが国の予防そのものの在り方についての論点も浮かび上がる。一つ目は、「国民皆予防」となっていないことである。わが国の医療保険制度に対しては、しばしば「世界に冠たる国民皆保険」という形容が付けられる。そこでの「皆」には、全国同一の価格と窓口負担で、ほぼすべての診療行為を受けることが出来るという意味が含まれている。しかし、それは、治療に限ってのことであり、予防に関しては、加入する保険制度、居住する地域によって受けられる予防サービスの範囲、価格、自己負担に差がある。

こうした現状に対し、治療に限定された「皆保険」にとどまらず「皆予防」を目指すべきという問題提起が当然出てくるはずである。あるいは、「皆予防」ではないのに、治療は「皆保険」ですべて面倒を見てしまうことは、モラルハザードの問題として問われるはずである。

二つ目は、予防に関する法体系が必ずしも今日の状況に合致していないように見受けられることである。例えば、工場労働が念頭に置かれた労働安全衛生法は、デスクワーク型の労働形態が主流になっている今日の状況に合わせて見直しが必要であろうし、高齢者医療確保法の特定健診・特定保健指導との重複部分も整理する必要がある。あるいは、一人の生涯における健康データを継続的に記録管理し、健康に役立てるパーソナル・ヘルス・データの重要性が唱えられつつ、予防に関する法律や実施主体は、母子保健法による市町村、学校保健安全法による学校、労働安全衛生法による企業、といったようにバラバラである。これらの整理統合も検討されるべきであろう。

(2016. 11. 7)

参考文献

- [1] OECD [2000]. ‘A System of Health Accounts’.
- [2] OECD [2006]. ‘Guidelines for estimating long-term care expenditure in the joint 2006 SHA data questionnaire’ (JHAQ).
- [3] OECD, EU, WHO [2011]. ‘A System of Health Accounts 2011edition’.
- [4] Office for National Statistics [2016]. ‘UK Health Accounts : Methodological guidance’.
- [5] 井伊雅子 [2016]. 「医療費の範囲と『国民医療費』」、橋本英樹、泉田信行編『医療経済学講義補訂版』東京大学出版会
- [6] 医療経済研究機構 [2012a]. 「2009年度OECDのSHA手法に基づく総保健医療支出の推計 (Nation-

al Health Accounts) 報告書]

- [7] 医療経済研究機構 [2012b]. 「OECD準拠のSystem of Health Account 2.0) の推計方法の開発および厚生労働統計との二次利用推進に関する研究」
- [8] 医療経済研究機構 [2015]. 「2010-2012年度OECDのSHA手法に基づく総保健医療支出の推計 (National Health Accounts) 報告書」
- [9] 中川昭生 [2016]. 「島根県における公衆衛生体制の推移と課題」 公衆衛生vol.80 No.1 2016年1月
- [10] 西沢和彦 [2015a]. 「『総保健医療支出』推計の問題点」 フィナンシャル・レビュー平成27年第3号 (通巻第123号)
- [11] 西沢和彦 [2015b]. 「『総保健医療支出』におけるLong-term care推計の現状と課題～医療費推計精度の一段の改善を～」 JRIレビュー Vol.10, No.29
- [12] 西沢和彦 [2015c]. 「日本の医療費は公表値よりさらに高い～OECD 'Health Statistics 2015' の検証～」 日本総研 Research Focus No. 2015-025
- [13] 西沢和彦 [2016]. 「日本の医療費35か国中第3位に～OECD 'Health Statistics 2016' の検証～」 日本総研 Research Focus No. 2016-016
- [14] 満武巨裕 [2016]. 「OECDのSHAガイドライン準拠した場合の日本の長期医療 (保健) サービスの範囲 (前編)」 Monthly IHEP 2016 5月号 No.252
- [15] 満武巨裕 [2016]. 「OECDのSHAガイドライン準拠した場合の日本の長期医療 (保健) サービスの範囲 (後編)」 Monthly IHEP 2016 6月号 No.253