

2019年9月17日

日医総研リサーチエッセイ No.77

医療関連データの国際比較—OECD Health Statistics 2019—

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

- 2018年の日本の対GDP保健医療支出は10.9%（36か国中6位）で、アメリカ、ドイツ、フランスよりも低い。日本、ドイツ、フランス、カナダの対GDP保健医療支出は11%前後に収束している。また、高齢化率から見ると、日本の対GDP保健医療支出や対GDP社会支出は高くはない。
- しかし、日本では保健医療支出が公的財源でカバーされている範囲が広い割に税金や保険料による負担が低い。
- 日本の保健医療支出に占める医薬品およびその他非耐久性医療財支出の比率はG7の中ではもっとも高く、抑制傾向にもない。
- 薬剤師数、薬剤師養成数ももっとも多い。他国よりも保健医療支出が調剤業務に配分されている割合が高いのではないかと推察される。
- 日本は人口当たりの総病床数が非常に多いと指摘されるが、精神病床を重複計上していることも一因であり、高齢者に対応する病床は十分ではない。
- 人口1,000人当たり医師数は日本では2.4人、OECD平均は3.5人である。厚生労働省の医師数推計から計算すると、日本の人口1,000人当たり医師数は2030年前後に3人程度になる。
- 日本では国民1人当たりの受診回数が多いことが問題にされているが、受診1回当たりの費用は低い。少額で比較的軽微な受診に対して定額負担を求める動きもあるが、少額で軽微な受診を制限すると、高額で深刻な受診が増える可能性があることを考慮すべきである。

目 次

1. 保健医療支出および社会支出	1
1.1. 対 GDP 保健医療支出	1
1.2. 保健医療支出の財源構成	4
1.3. 1人当たり保健医療支出	6
1.4. 高齢化率との関係	8
1.5. 税・社会保障負担との関係	10
1.6. 医薬品およびその他非耐久性医療財支出	14
2. 医療提供体制	16
2.1. 病床数	16
2.2. 医師数	20
2.3. 薬剤師数	24
2.4. 受診回数	26
資料	30

1. 保健医療支出および社会支出

1.1. 対 GDP 保健医療支出

OECD¹の保健医療支出は、日本でいうところの国民医療費、介護サービス費のほか、自由診療、一般薬、予防接種、健康診断、病院への補助金（公立病院への一般会計繰入金を含む）、保険者の管理コスト等も対象である。日本では自由診療と政府の健康管理業務費の一部等が計上されていないが、他国も OECD の推計基準（SHA2011²）に完全に合致しているわけではない。

2016 年において、日本の保健医療支出 58.0 兆円に対し、公的保険下における国民医療費および介護サービス費の合計は 52.1 兆円であり（表 1.1.1）³、このほかが一般薬、自由診療（一部の推計できるもののみ）、健康予防および管理等に係る費用である。

表 1.1.1 日本の各データの比較

(兆円)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018 ※
OECD保健医療支出	54.3	55.7	57.8	58.0	59.6	59.9
国民医療費 ①	40.1	40.8	42.4	42.1	未公表	未公表
介護サービス費 ②	9.2	9.6	9.8	10.0	未公表	未公表
合計 ①+②	49.2	50.4	52.2	52.1	未公表	未公表

※OECD保健医療支出の2018年は推計値
介護サービス費は厚生労働省「介護保険事業状況報告」による。

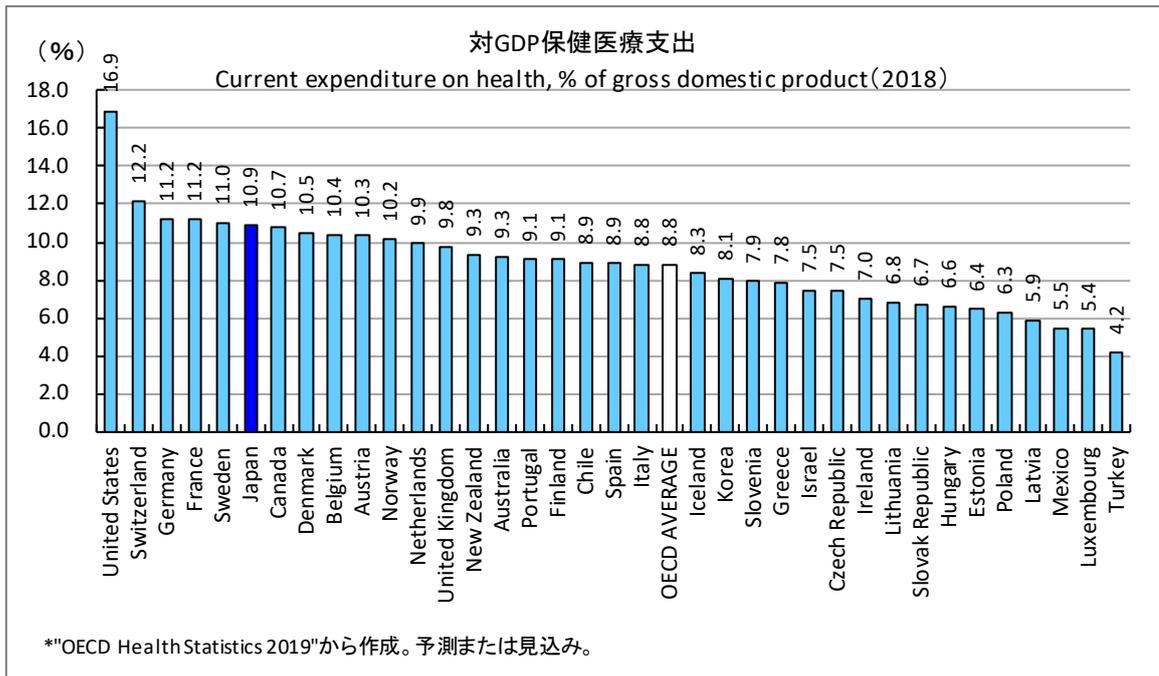
¹ 経済協力開発機構 Organisation for Economic Co-operation and Development

² A System of Health Accounts 2011 Revised edition
<https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

³ 介護サービス費のうち介護予防訪問介護、介護予防通所介護ほか一部は OECD の保健医療支出の対象ではない。

2018年の日本の対GDP保健医療支出（予測値）は10.9%で、OECD加盟36か国中6位であり、G7の中では、アメリカ、ドイツ、フランスよりも低い（図1.1.1）。

図 1.1.1 対GDP保健医療支出

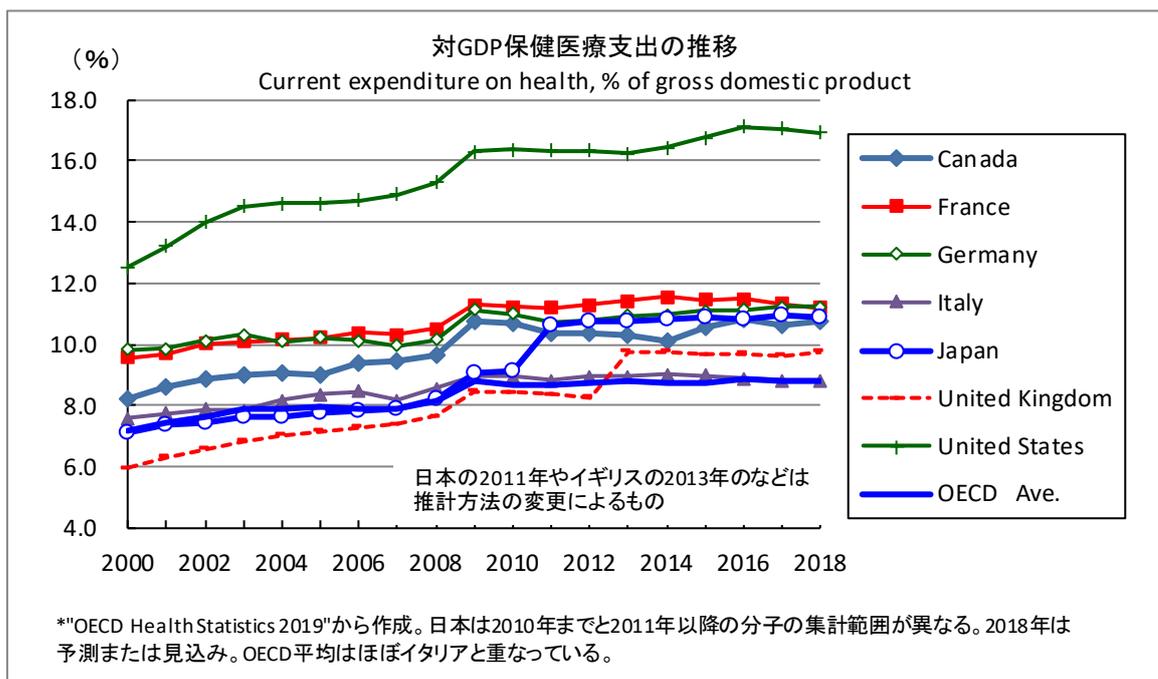


G7のうち、日本、ドイツ、フランス、カナダの対GDP保健医療支出は11%前後に収束している。

日本は2011年に対GDP保健医療支出が大幅に上昇したが、OECDの推計手法の変更に他国に遅れて準拠し、2011年まで遡及修正を行ったためであり⁴、2013年のイギリスも同様である(図1.1.2)。このほかにも、国によって集計範囲および方法が変更され、時系列が切れることがままあるが、以下の図表ではそのまま接続している。

対GDP保健医療支出のOECD平均は、2008年から2009年にかけて、リーマンショックによるGDPの縮小のため上昇したが、その後は保健医療支出とGDPの伸びがほぼ同じで、対GDP保健医療支出は横ばいである⁵。

図 1.1.2 対GDP保健医療支出の推移



⁴ 日本は、介護保険サービスのうち、訪問看護、訪問・通所リハビリテーション、介護老人保健施設、介護療養型医療施設（介護療養病床）等を計上していたが、OECDの新基準以降、訪問・通所介護、介護老人福祉施設（特養）等に範囲を広げ2011年まで遡及修正を行っている。

⁵ OECD Health Statistics 2019 サイトより（2019年9月3日閲覧）

“Since 2009, average health spending as a share of GDP has remained relatively stable across the OECD at around 8.8%, as growth in health spending has remained in line with overall economic growth since the economic crisis.”

1.2. 保健医療支出の財源構成

保険医療支出に占める一般政府財源の割合は、日本は 84.1%である（図 1.2.1）。一般政府財源は中央、地方、社会保障基金⁶の税金および保険料による財源であり、日本の場合、一般政府財源は公的医療保険および介護保険下の給付費、公衆衛生関係支出（予防接種、妊産婦・乳幼児健診等）等が対象である。残りが私的支出⁷で、日本の場合、患者負担および利用者負担、一般薬、自由診療（一部の推計できる部分のみ）等が対象である。

ドイツは、公的医療保険競争強化法により、2009 年からそれまでの無保険者が公的、民間のいずれかに加入することが義務付けられた。

アメリカは 2014 年の医療保険制度改革で Affordable Care Act（ACA）が導入され、一般政府財源の割合が上昇している。

フランスは補完的な保険の一括契約は私的支出として計上されていたが、2016 年に雇用主が従業員のために申し込むことが義務化されたため、一般政府財源に集計替えが行われている⁸。

⁶ 社会保障基金は、中央政府、地方政府と並ぶ一般政府の内訳部門の一つであり、(1)政府により賦課・支配され、(2)社会の全体ないし大部分をカバーし、(3)強制的な加入・負担がなされる、という基準を全て満たすもの。内閣府ホームページ 用語の解説（国民経済計算）より。
https://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/data/reference4/yougo_top.html

⁷ OECD の定義では Compulsory private insurance schemes

⁸ 厚生労働省「2018 年 海外情勢報告」（<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/19/>）、各国が OECD に提出した出所や集計方法についての報告をもとに記載。

図 1.2.1 保健医療支出に占める一般政府財源割合

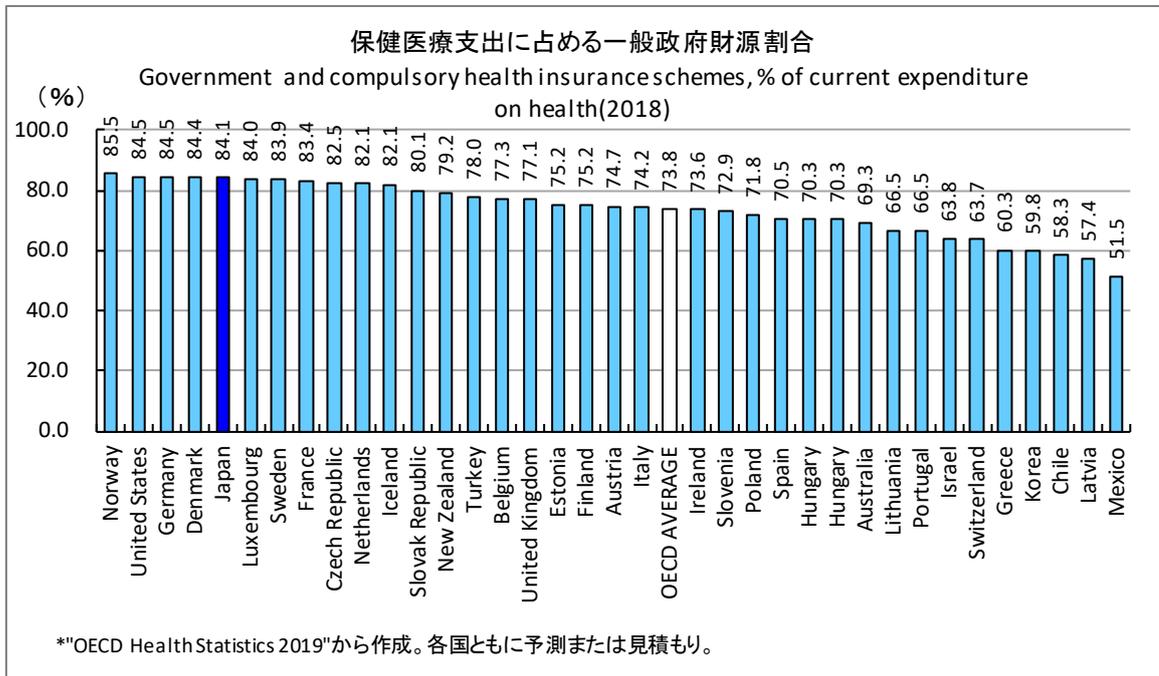
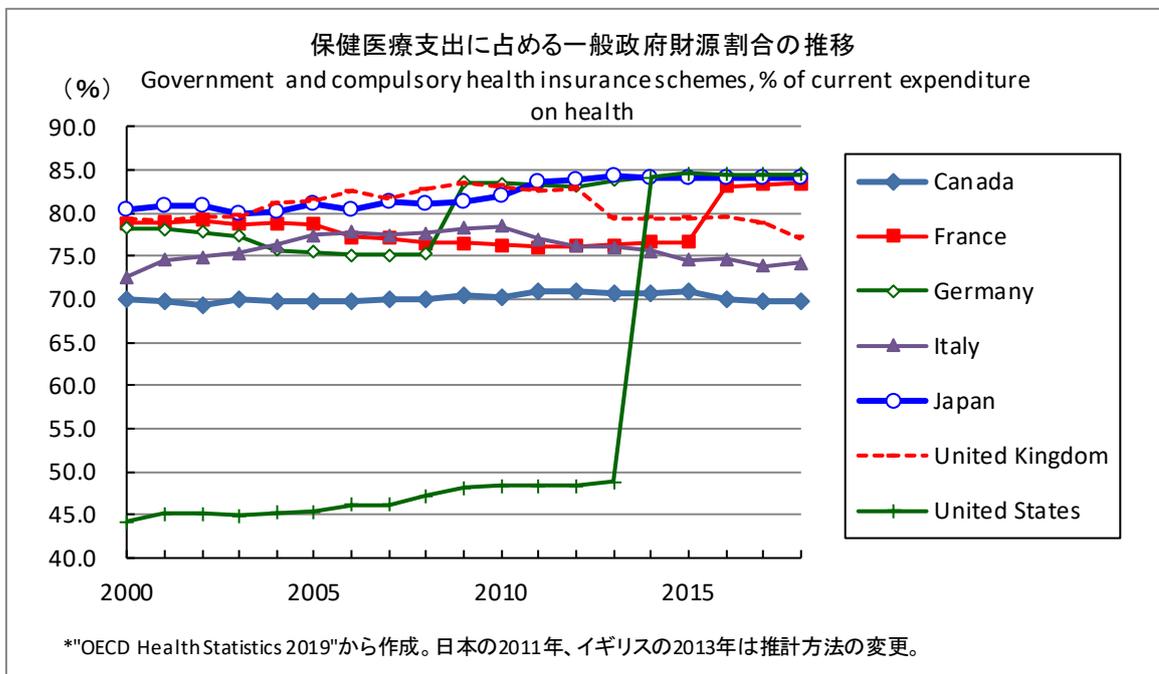


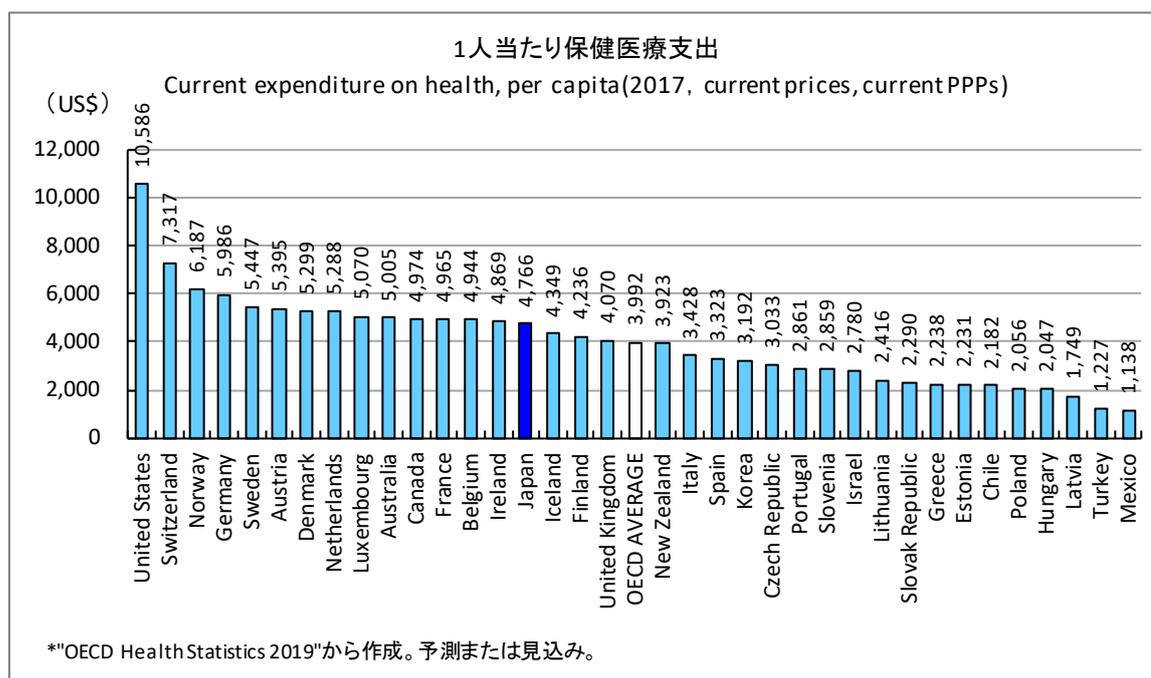
図 1.2.2 保健医療支出に占める一般政府財源割合の推移



1.3. 1人当たり保健医療支出

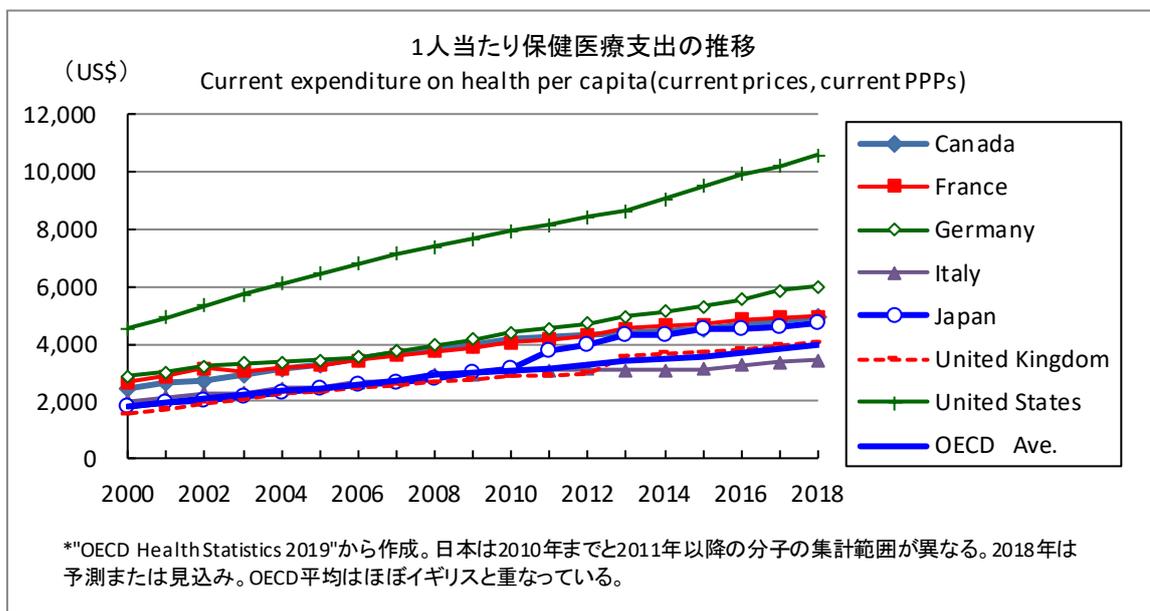
2018年の1人当たり保健医療支出は、日本ではOECD加盟36か国中15位である（図1.3.1）。

図 1.3.1 1人当たり保健医療支出



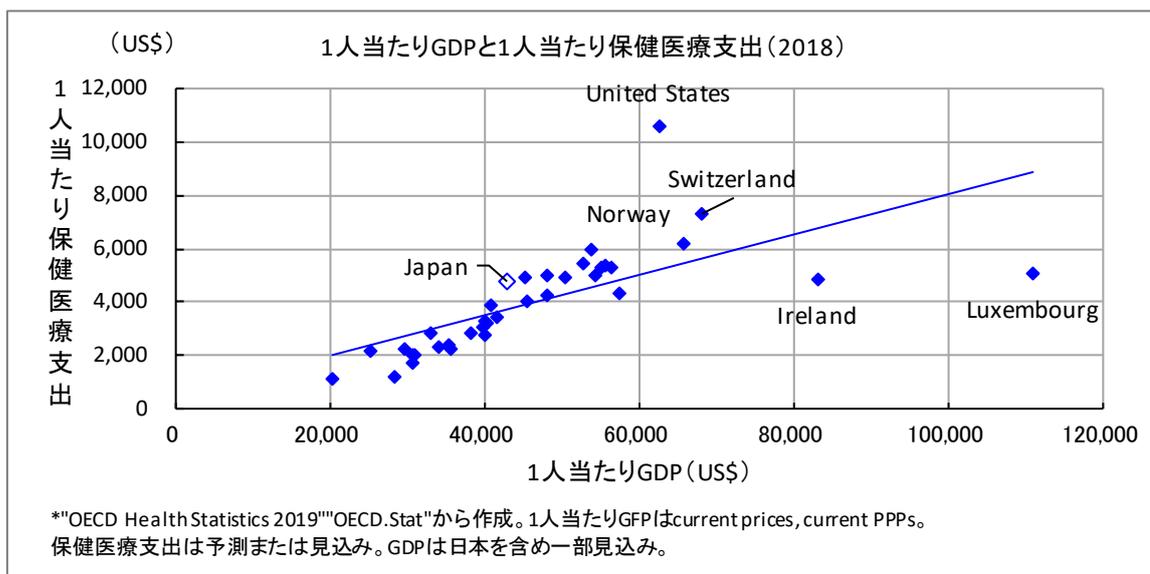
日本の1人当たり保健医療支出は、G7の中では、アメリカ、ドイツ、カナダ、フランスに次ぐ順位で、2013年以降の日本の1人当たり保健医療支出の伸びの傾向はOECD平均とほぼ同じである（図1.3.2）。

図 1.3.2 1人当たり保健医療支出の推移



1人当たりGDPと1人当たり保健医療支出には相関がある（相関係数0.687, 図1.3.3）。

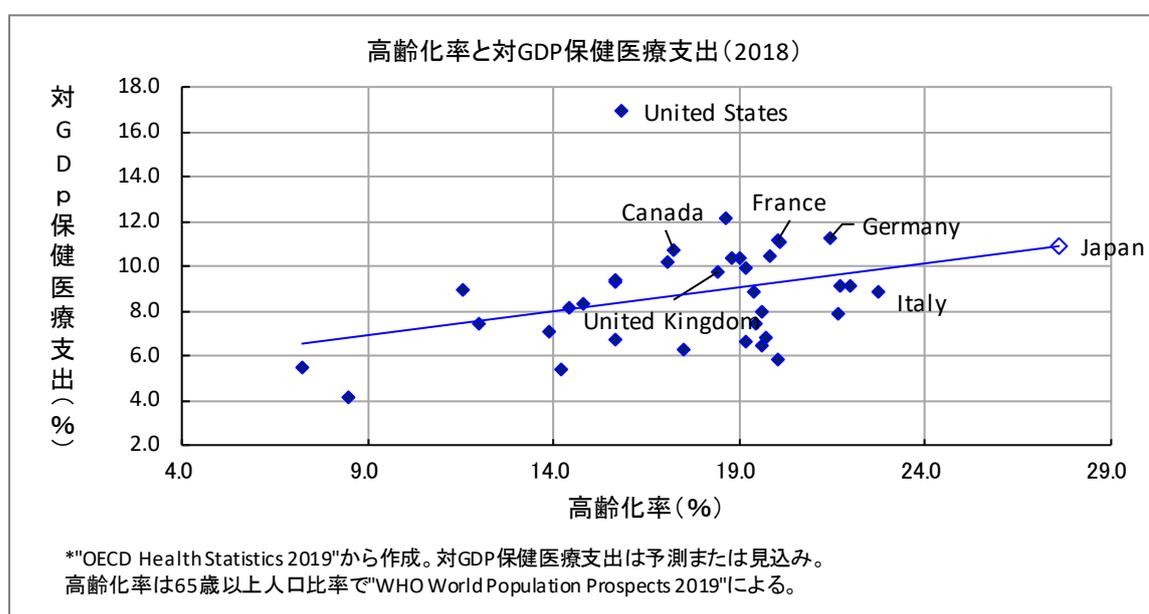
図 1.3.3 1人当たりGDPと1人当たり保健医療支出



1.4. 高齢化率との関係

高齢化率と対 GDP 保健医療支出には弱い相関がある(図 1.4.1, 相関係数 0.364。アメリカを除くと 0.508)。保健医療支出は全世代の支出であり、高齢化率と単純に比較できないが、日本は高齢化率から見て対 GDP 保健医療支出が高い水準にあるわけではない。

図 1.4.1 高齢化率と対 GDP 保健医療支出



高齢化率と対 GDP 社会支出 (※Public)⁹には弱い相関がある(図 1.4.2, 相関係数 0.603)。日本は高齢化率に比べると対 GDP 社会支出が低いですが、家族政策等への支出が手薄であることの裏返しでもあるので注意が必要である。

※社会支出の分類：① 高齢（年金、介護）、② 遺族（遺族年金）、③ 障害・業務災害・傷病（障害年金、労災保障）、④ 健康（医療（高齢者医療を含む）、予防）、⑤ 家族（児童手当）、⑥ 積極的労働市場政策（雇用保険、雇用対策）、⑦ 失業、⑧ 住宅（住宅手当）、⑨ その他（生活扶助）。() 内は例示。

⁹ 社会支出は Public(一般政府(中央、地方政府、社会保障基金))と Private (Mandatory and Voluntary, 義務的私的社會支出)に分類される。義務的私的社會支出は公的機関の規定に基づく雇用主による休業被用者への直接疾病手当、私的保険基金への強制拠出による給付など。本稿では Public を集計。分類の定義は国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」用語の解説および同「OECD Social Expenditure Database マニュアル(和訳)」から引用。

図 1.4.2 高齢化率と対 GDP 社会支出（2015）

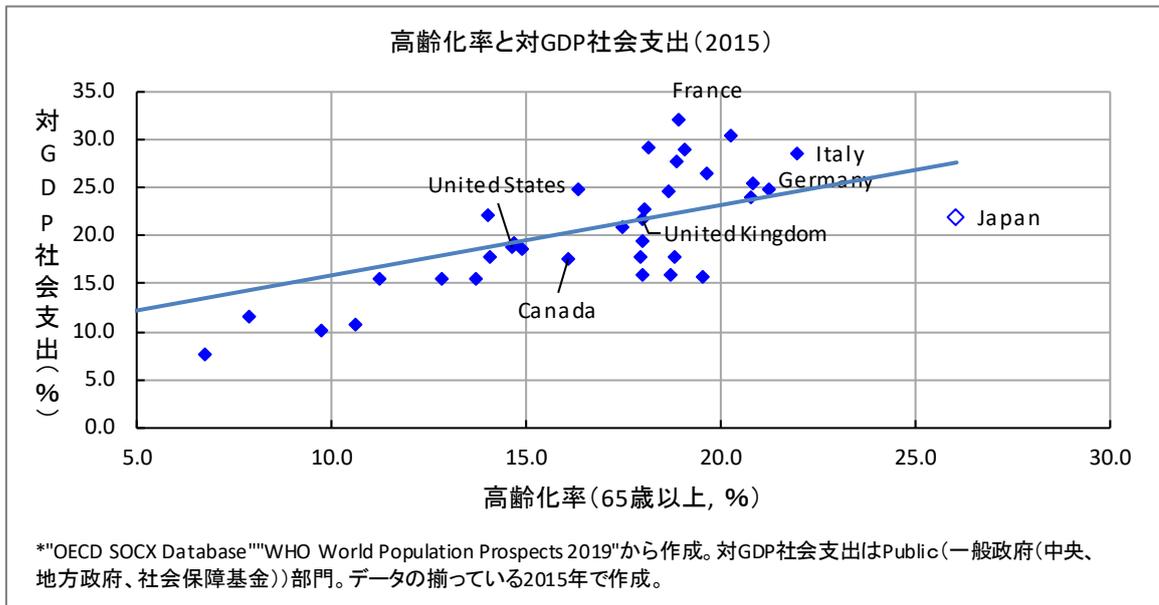
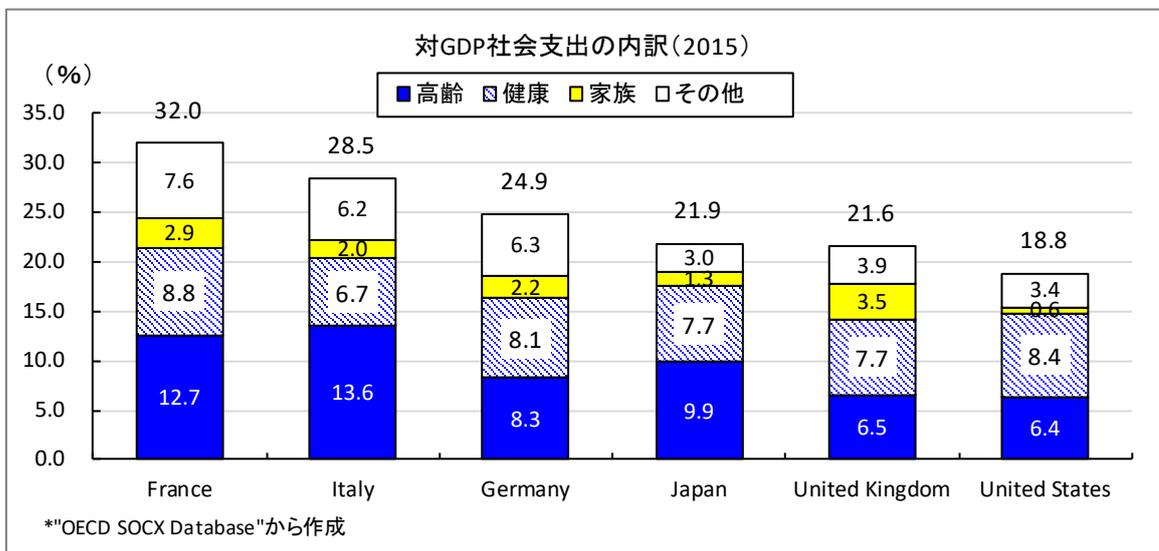


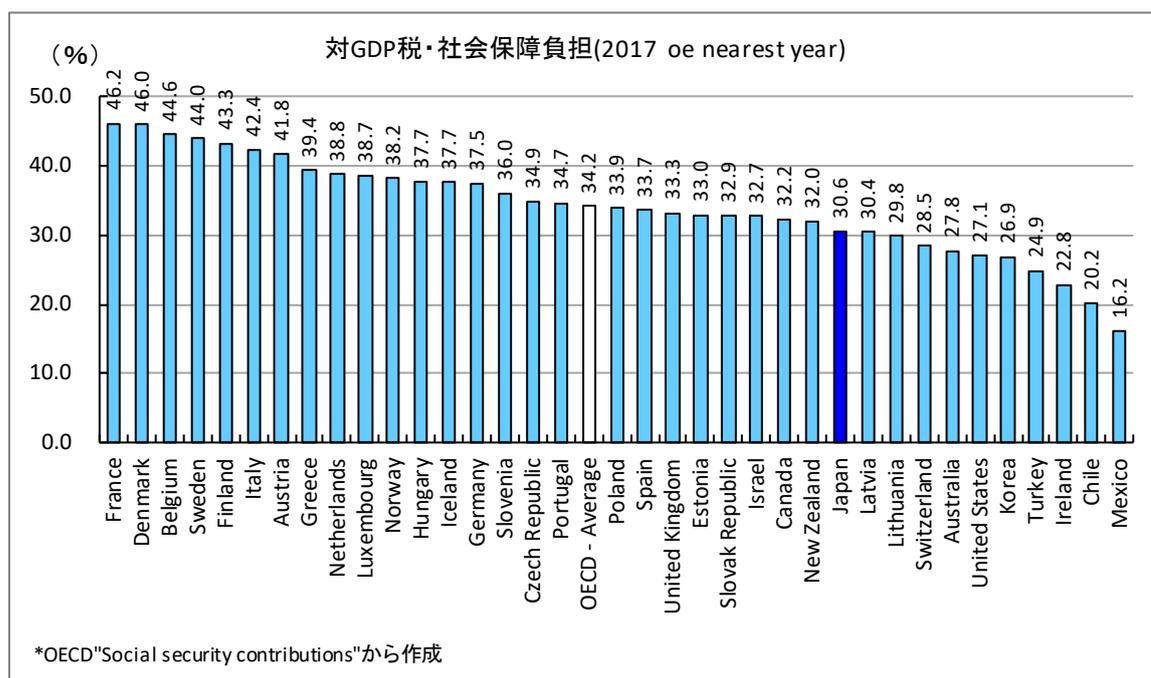
図 1.4.3 対 GDP 社会支出の内訳（2015）



1.5. 税・社会保障負担との関係

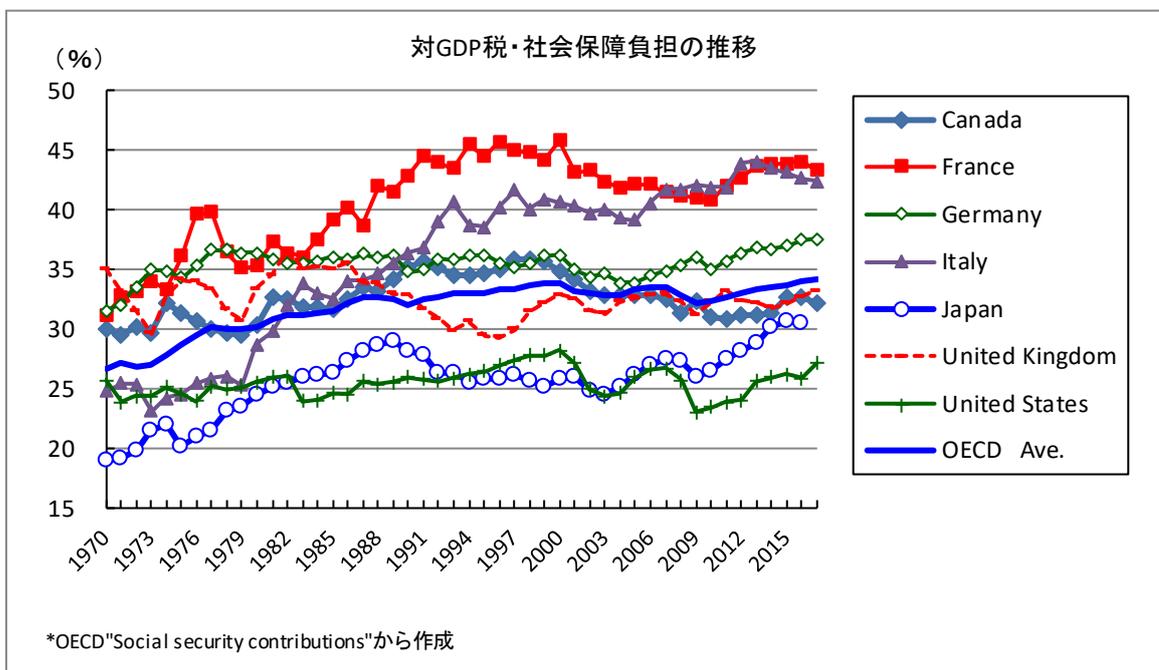
対 GDP 税・社会保障負担は日本では 30.6%である（図 1.5.1）。フランスがもっとも高いが、フランスは対 GDP 社会支出ももっとも高い（後述）。

図 1.5.1 対 GDP 税・社会保障負担



日本は 1989 年に消費税を導入したが、法人税率や所得税の最高税率等を引き下げ、対 GDP 税・社会保障負担が減少局面に入った。消費税率は 1997 年に 3%から 5%へ、2014 年に 5%から 8%へ引き上げられ、日本の対 GDP 税・社会保障負担が OECD 平均に近づきつつあるが、G7 の中では米国に次いで低い (図 1.5.2)。

図 1.5.2 対 GDP 税・社会保障負担の推移



日本は対 GDP 税・社会保障負担の割に対 GDP 社会支出が大きい（図 1.5.3）、1990 年にはその逆であった（図 1.5.4）。

オランダは 1990 年から 2017 年にかけて対 GDP 社会支出（Public）が減少しているが、医療保険制度改革を通じて対 GDP 私的社会支出（Private（Mandatory and Voluntary））が増加した¹⁰。

¹⁰ 2006 年から急性疾患・短期入院等に係る医療保険を民間保険会社が提供。
佐藤主光「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」（会計検査院研究 No.36（2007.9））から引用。

図 1.5.3 対 GDP 税・社会保障負担と社会支出（2017年・36 国）

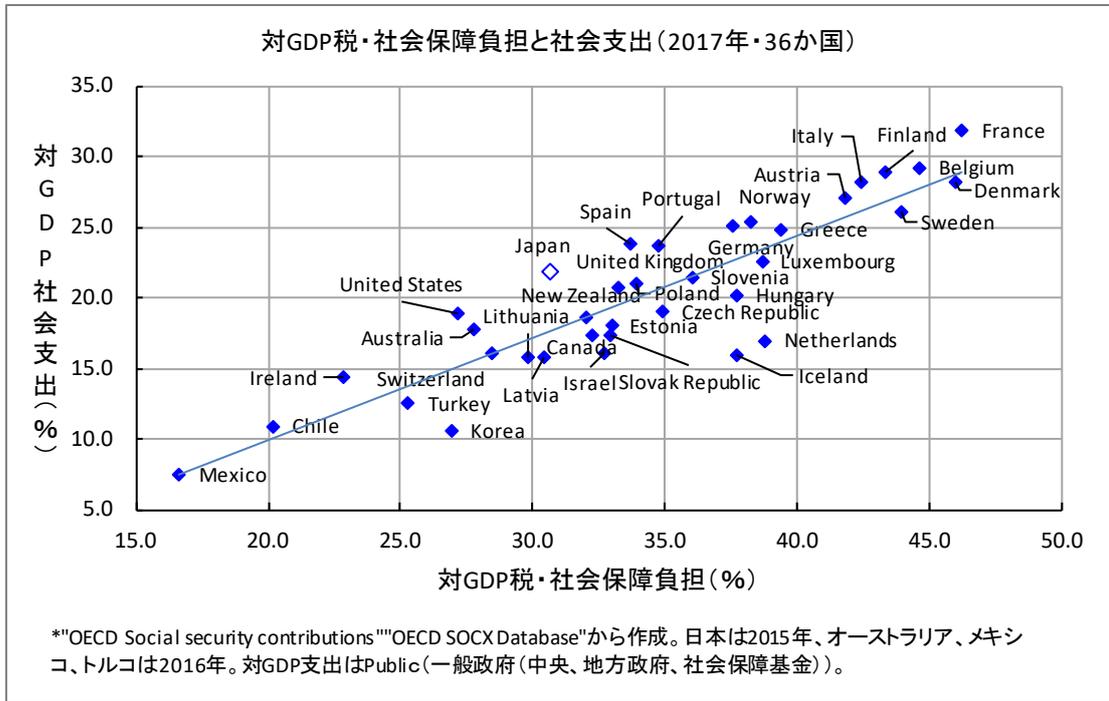
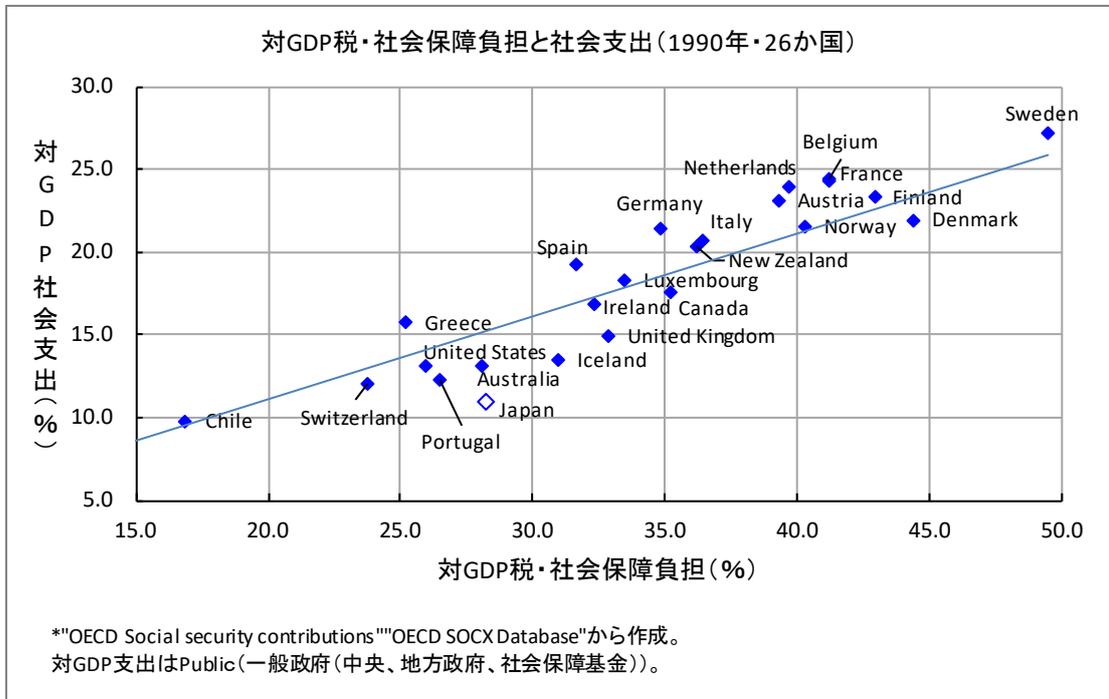


図 1.5.4 対 GDP 税・社会保障負担と社会支出（1990年・26 国）



1.6. 医薬品およびその他非耐久性医療財支出

医薬品およびその他非耐久性医療財支出は、医療用医薬品のほか、一般薬、眼鏡、補聴器、体温計等を含む¹¹。日本（2016年）の保健医療支出に占める医薬品およびその他非耐久性医療財支出の比率は36か国中9位で、G7の中ではもっとも高い（図1.6.1）。OECD平均が2000年代半ば以降低下傾向にあるのに対し、日本では2011年（データが遡及修正された年）以降、横ばいである（図1.6.2）。

日本の2015年はC型肝炎治療薬の保険収載の影響、2016年はその反動減である。またそれ以前の1998年の落ち込みは、薬価の市場価格に加算する一定価格幅（加重平均値一定価格幅）が10%から5%に引き下げられ、薬価▲9.7%改定となった年である¹²。

諸外国では医療技術評価（HTA：Health Technology Assessment）導入後に薬剤料等の比率が低下するケースが見られる。フランスでは2004年にHAS（Haute Autorité de santé, 高等保健衛生機構）、イギリスでは1999年にNICE（National Institute for Health and Care Excellence, 国立医療技術評価機構）を設立している¹³。

¹¹ 一般薬等については、「薬事工業生産動態統計」から推計されている。同調査直近2017年調査では国内出荷額9兆9,932億円のうち医療用医薬品9兆2,779億円（92.8%）、一般用医薬品および配置用家庭薬等7,154億円（7.2%）。

¹² 厚生労働省「薬価改定の推移」2017年8月9日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会資料
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000376813.pdf>
長期収載品は8%から2%に引き下げ。

¹³ 福田敬（国立保健医療科学院）「医療技術の費用対効果の評価と活用」（2012年5月23日 中央社会保険医療協議会 費用対効果評価専門部会資料）をもとに記載。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002a7mj-att/2r9852000002anth.pdf>

図 1.6.1 保健医療支出に占める医薬品およびその他非耐久性医療財支出

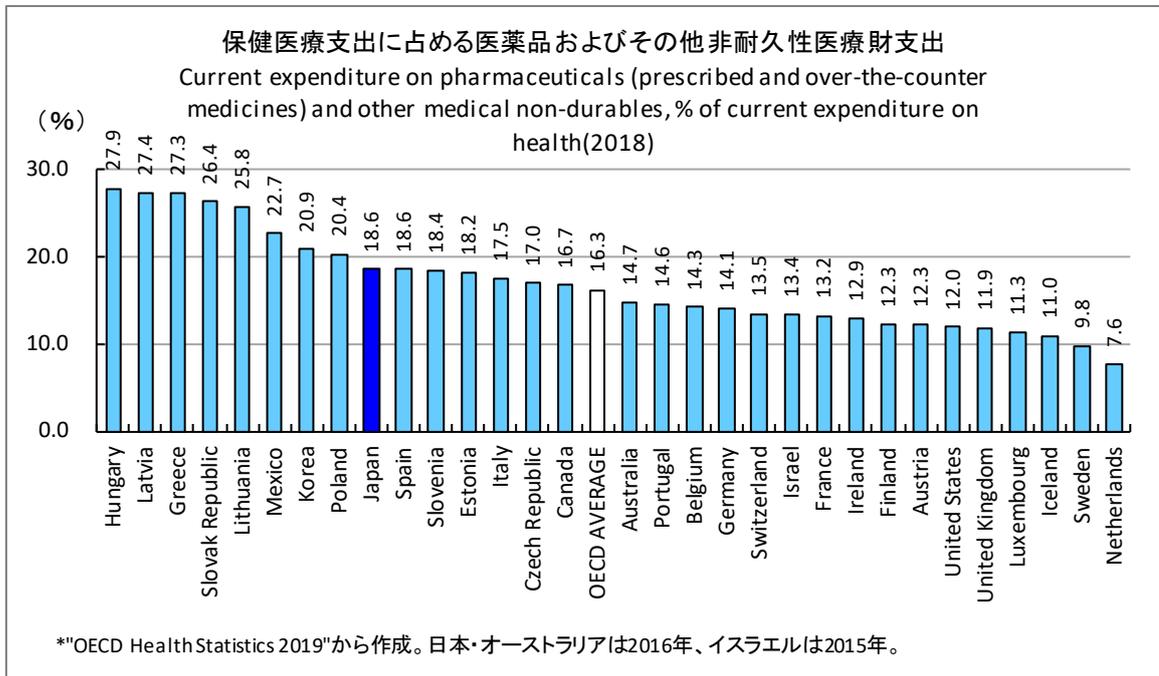
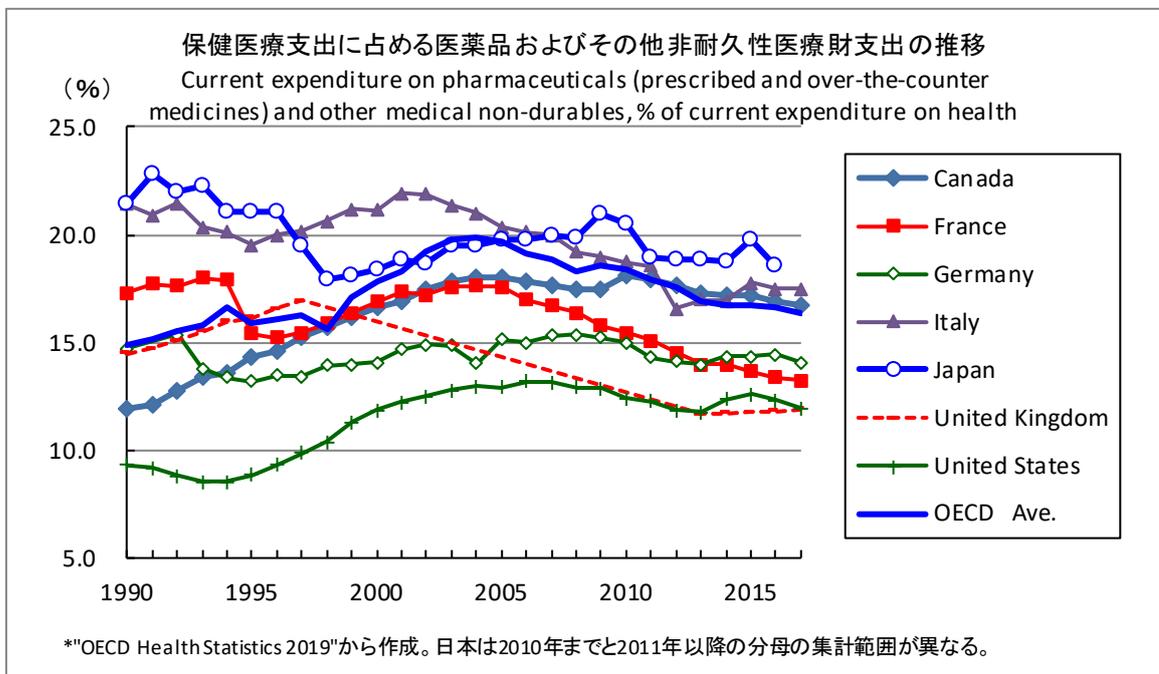


図 1.6.2 保健医療支出に占める医薬品およびその他非耐久性医療財支出の推移



2. 医療提供体制

2.1. 病床数

財務省は、日本と先進諸国の人口 1,000 人当たり総病床数 (Total hospital beds) を比較して、日本の病床数の多さを問題にしている¹⁴。しかし、日本の総病床数には精神病床を含んでいる。先進諸国では、精神病床は別掲である (日本は別掲にも重複して計上) (表 2.1.1)。

先進諸国は、急性期病床 (Curative (acute) care beds) とリハビリテーション病床 (Rehabilitative care beds) は区別されているが、日本では急性期病床は一般病床すべてであり、一般病床の回復期リハビリテーション病棟を含む。日本の長期ケア病床 (Long-term care beds) は療養病床であり、療養病床の回復期リハビリテーション病棟を含む。

イギリスは病床区分ごとの病床数を一部提出していない。またアメリカは AHA 登録病院数が対象である¹⁵。

¹⁴ 「社会保障について」2019年4月23日 財政制度等審議会財政制度分科会資料
https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia310423/01.pdf

¹⁵ AHA (American Hospital Association、全米病院協会) に登録するには一定の基準を満たす必要がある。“Registration Requirements for Hospitals”
<https://www.aha.org/system/files/2018-12/registration-requirements-hospitals.pdf>
全米病院協会ホームページ <https://www.aha.org/front>

表 2.1.1 主な国の病床数の内訳

病床数 (床)

	調査年	Total hospital beds	Curative (acute) care beds	Rehabilitative care beds	Long-term care beds	Other hospital beds※	Psychiatric care beds
カナダ	2018	92,466	71,909	4,426	15,784	347	12,575
フランス	2017	399,865	206,619	105,725	31,507	56,014	56,014
ドイツ	2017	661,448	497,182	164,266	0	0	106,176
イタリア	2017	192,548	158,891	25,131	8,526	0	5,562
日本	2017	1,653,234	987,237		334,297	331,700	331,700
英国	2017	167,589	139,647				25,398
米国	2016	894,574	787,683	15,700	58,686	32,505	67,769

人口1,000人当たり (床/人口1,000人)

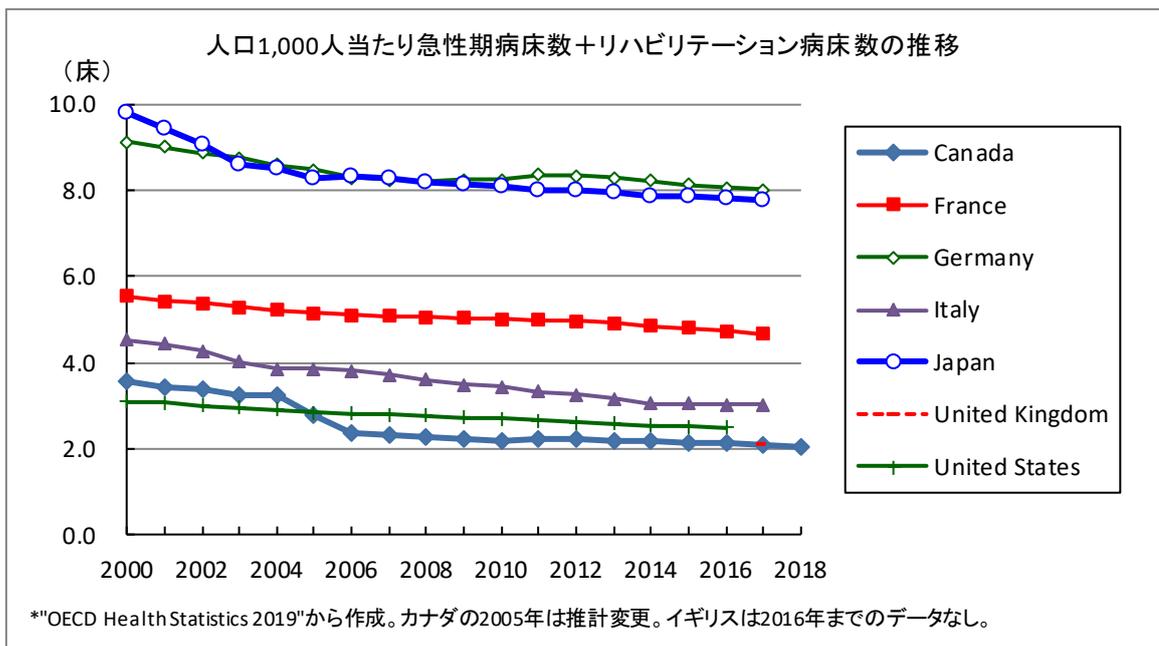
	調査年	Total hospital beds	Curative (acute) care beds	Rehabilitative care beds	Long-term care beds	Other hospital beds※	Psychiatric care beds
カナダ	2018	2.5	2.0	0.1	0.4	0.0	0.3
フランス	2017	6.0	3.1	1.6	0.5	0.8	0.8
ドイツ	2017	8.0	6.0	2.0	0.0	0.0	1.3
イタリア	2017	3.2	2.6	0.4	0.1	0.0	0.1
日本	2017	13.1	7.8		2.6	2.6	2.6
英国	2017	2.5	2.1				0.4
米国	2016	2.8	2.4	0.1	0.2	0.1	0.2

※日本、フランスのOther hospital beds(その他)とPsychiatric care beds(精神病床)は重複計上

*"OECD Health Statistics 2019"から作成。英国は一部内訳なし。

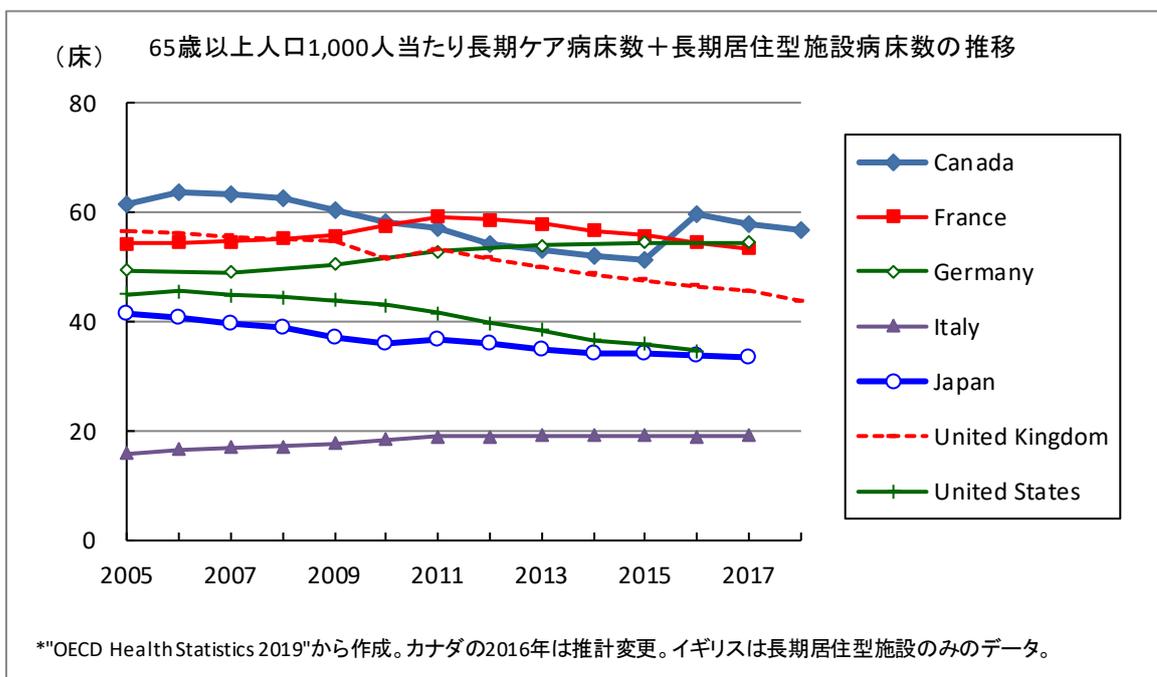
人口 1,000 人当たりの急性期病床とリハビリテーション病床の合計は、日本とドイツがほぼ同じ水準である。日本も含めて G7 各国の病床数はゆるやかな減少傾向にある（図 2.1.1）。

図 2.1.1 人口 1,000 人当たり急性期病床数+リハビリテーション病床数の推移



65 歳以上人口 1,000 人当たり長期ケア病床（日本は療養病床）と長期居住型施設病床数（Beds in residential long-term care facilities, 日本は介護老人福祉施設と介護老人保健施設の定員数の合計）の合計は、日本では G7 の中では少ないほうである（図 2.1.2）。また各国ともに減少傾向で、高齢化に施設整備が追いついていない。

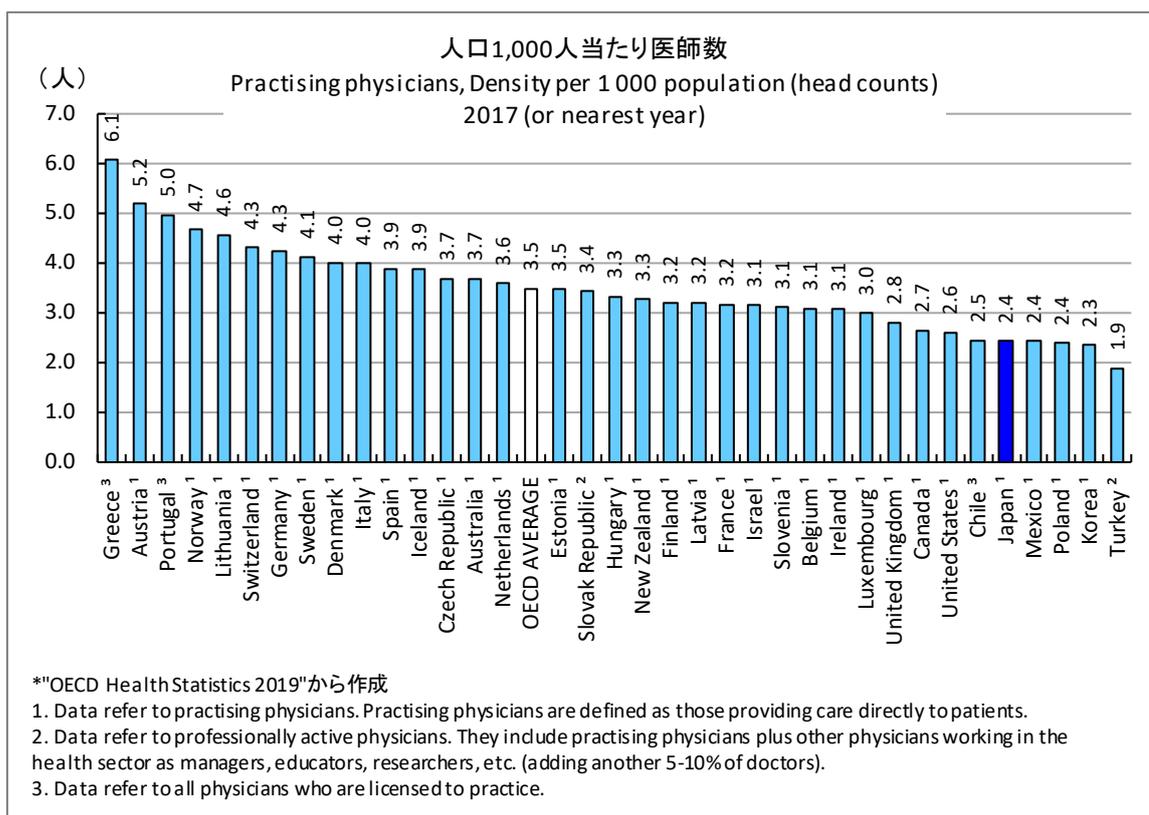
図 2.1.2 65 歳以上人口 1,000 人当たり
長期ケア病床数＋長期居住型施設病床数の推移



2.2. 医師数

以下は、一般によく提示される人口1,000人当たり医師数のグラフである。もっとも多いのはギリシャであるが、ギリシャの医師数は医師資格をもつ医師数である（ポルトガル、チリも同じ）。ほとんどの国では **Practising physicians** で、日本では医療施設（医育機関の臨床系以外を含む）および介護老人保健施設従事医師数が対象であり、日本の人口1,000人当たり医師数は2.4人である（図 2.2.1）。なお、**Practising physicians** といっても各国の定義はさまざまである¹⁶。

図 2.2.1 人口1,000人当たり医師数

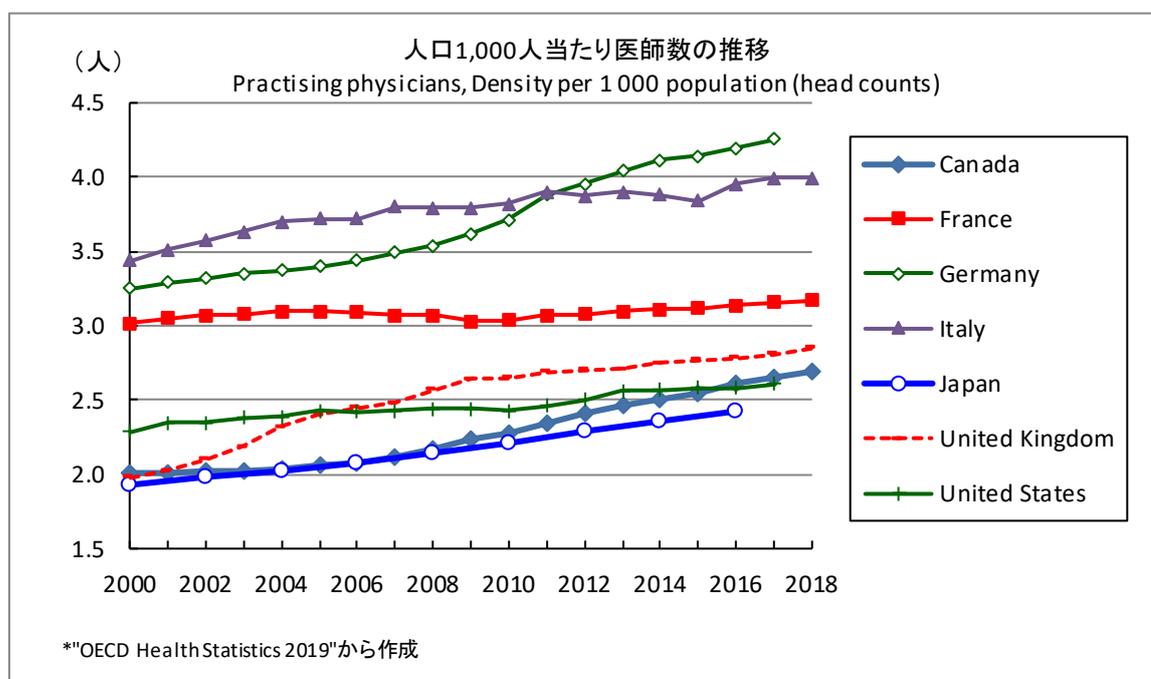


¹⁶ たとえばアメリカは MD（Medical Doctors）と DO（Doctor of Osteopathy）が対象。

G7 との比較では、日本の人口 1,000 人当たり医師数は、カナダ、アメリカに近づいている（図 2.2.2）。

厚生労働省は 2033 年頃に医師需給が約 36 万人で均衡すると推計している¹⁷。ここから計算すると、日本の人口 1,000 人当たり医師数は 2033 年に 3.1 人になる¹⁸。現在の OECD 平均を下回るが、高齢化によって医療需要が変化するため（急性期から回復期・慢性期へ、そして医師から多職種へ）、現状と将来および高齢化率の異なる各国の医師数を単純には比較できない。

図 2.2.2 人口 1,000 人当たり医師数の推移

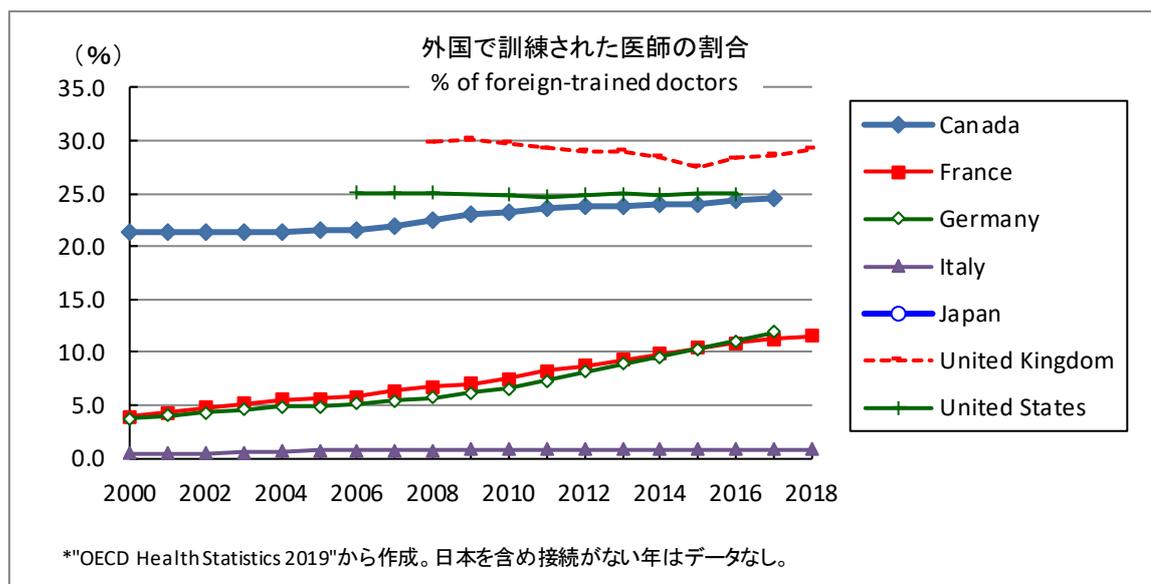


¹⁷ 「医師の需給推計について」 2018 年 4 月 12 日 医療従事者の需給に関する検討会資料
 医師の労働時間週 55 時間程度のケース
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000203368.pdf>
¹⁸ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）」
 2033 年 116,833 千人。

日本の人口 10 万人当たり医学部卒業生は、2018 年 6.9 人である(図 2.2.4, 図 2.2.5)。日本は国内完結型であるが、諸外国は卒業医師数が海外流出するケースがある。

イタリアは日本を除く G7 中 5 か国だけへ 486 人流出しているが、流入は全体で 204 人であり、流出超過である(2017 年)。イギリスは 2000 年当時、人口 1,000 人当たり医師数が日本と同水準であり(前述)、外国で訓練された医師に依存するとともに、医学部定員を引き上げた。ドイツは人口 1,000 人当たり医師数が G7 でもっとも高いが、医師養成数について高い水準を維持している。ドイツでは外来機能を担う開業医(保険医)数が減少しており¹⁹、かつ、登録医数の 23.9% (2018 年) が非就業であると報告されている²⁰。

図 2.2.3 外国で訓練された医師の割合



¹⁹ ドイツは、外来を担う医師 (ambulant) と入院を担う医師 (stationär) とに機能分化されている。外来機能を担う医師のうち開業医が保険契約を行う。
機能別医師数の推移: Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018, Bundesgebiet gesamt
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf
開業医数(2018年): Kassenärztliche Bundesvereinigung Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet insgesamt
https://www.kbv.de/media/sp/2018_12_31_BAR_Statistik.pdf
上記統計の開業医数は保険診療参加医師 (Teilnehmende Ärzte) のうち保険契約医師 (開業医, Vertragsärzte) であり、心理療法士 (Psychotherapeuten) を含む。OECD 統計には心理療法士は含まれていない。

²⁰ Im Ruhestand bzw. ohne ärztl. Tätigkeit. 出所は上述機能別医師数に同じ。

図 2.2.4 人口10万人当たり医学部卒業生

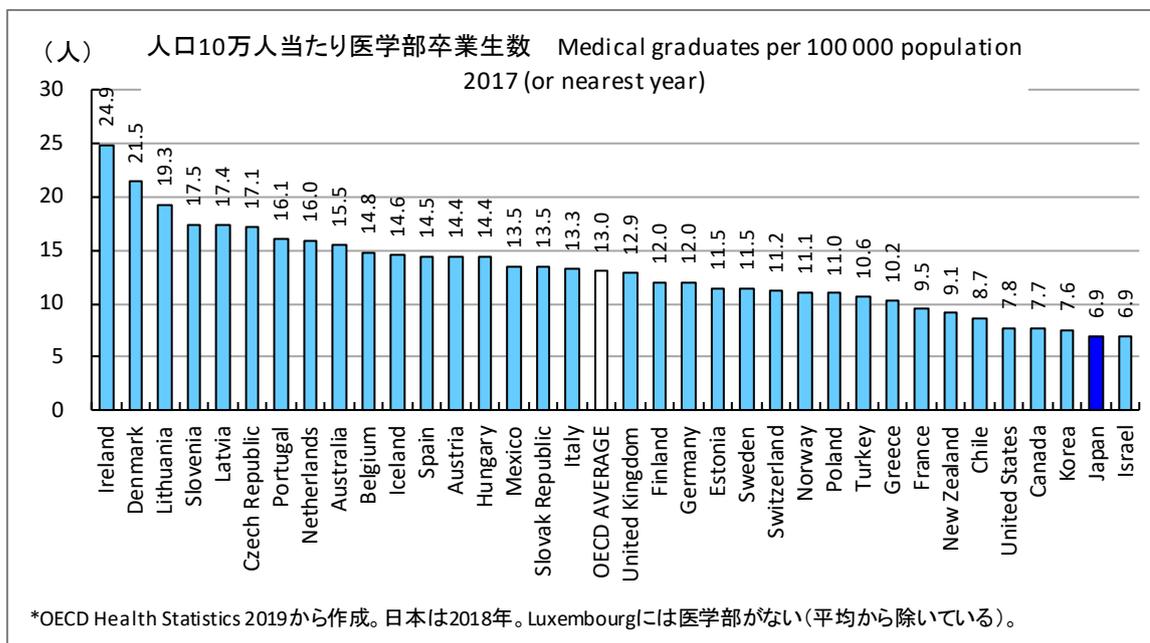
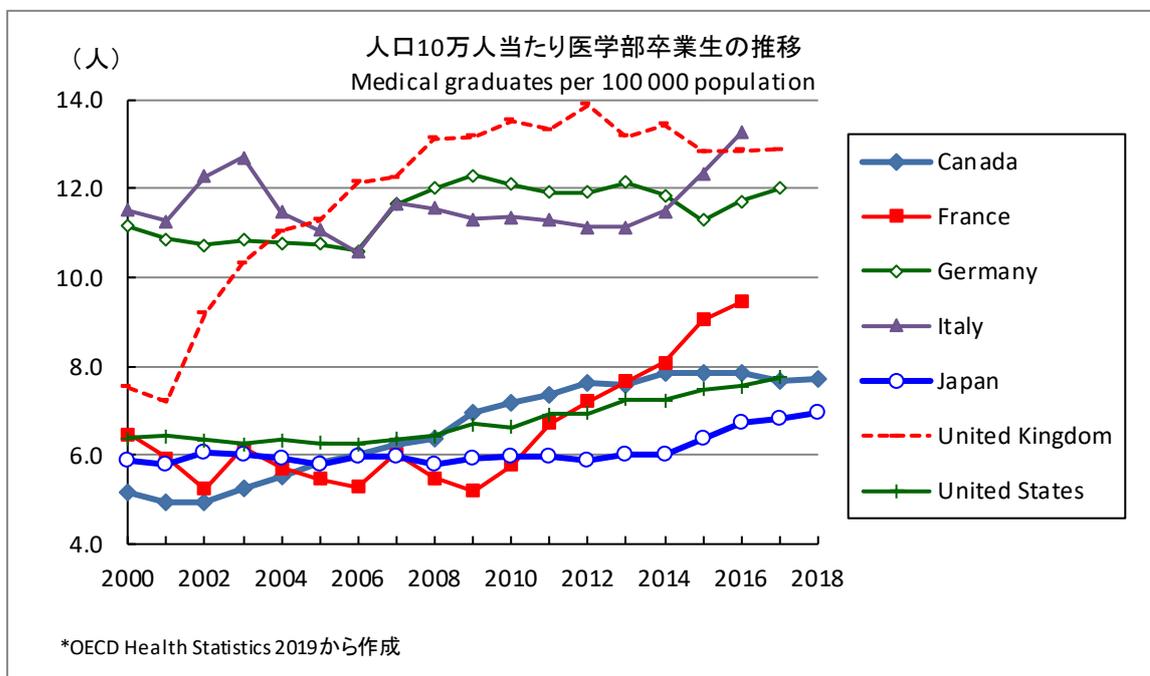


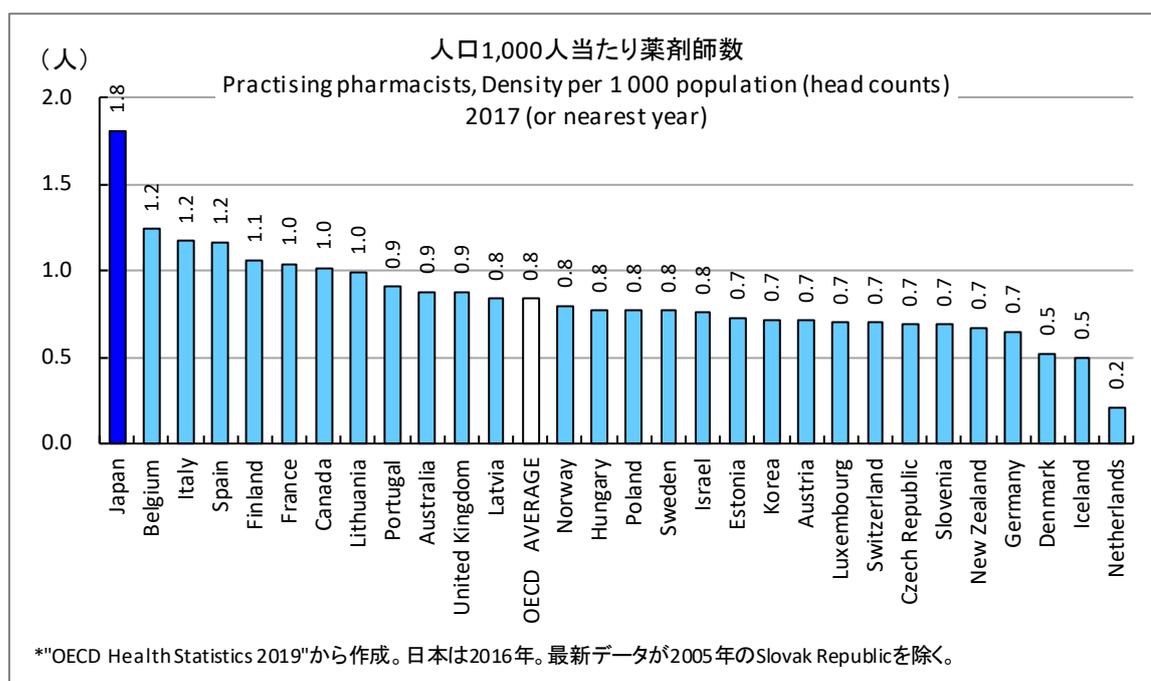
図 2.2.5 人口10万人当たり医学部卒業生の推移



2.3. 薬剤師数

薬剤師数は日本の場合、薬局（調剤薬局²¹）の従事者（2016年 172,142人）と医療施設の従事者（58,044人）の合計で 230,186人である²²。人口1,000人当たり薬剤師数はOECD加盟国の中で圧倒的に多く（図 2.3.1）、さらに増加している（図 2.3.2）。薬学部卒業生数も2番目に多い（図 2.3.3）²³。

図 2.3.1 人口1,000人当たり薬剤師数



²¹ 「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」で「薬局」とは、薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務を行う場所（その開設者が医薬品の販売業を併せ行う場合には、その販売業に必要な場所を含む。）をいう。」（第2条第12項）と定義されている。

²² 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」。調剤を行わないドラッグストアの場合は、薬局ではなく医薬品販売業を選択する。

²³ 日本の最新（2019年）データでは、入学志願者：医学部医学科 135,893人、薬学部薬学科 89,454人、入学者：医学部医学科 8,896人、薬学部薬学科 10,811人。文部科学省「学校基本調査」より。

図 2.3.2 人口1,000人当たり薬剤師数の推移

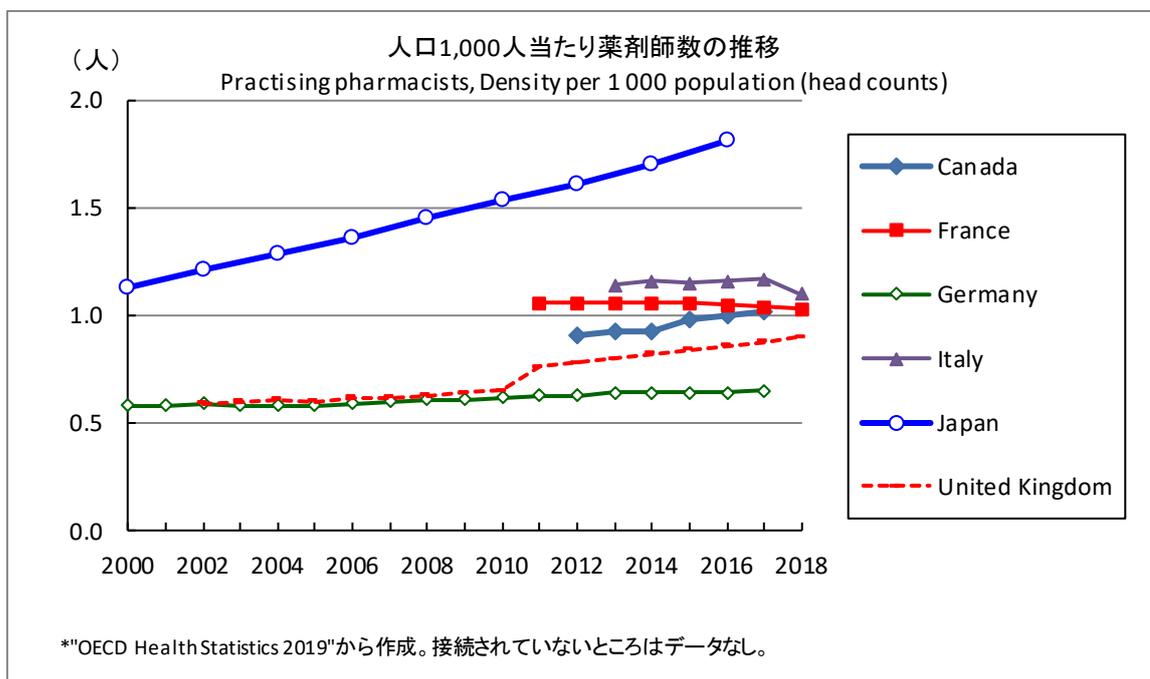
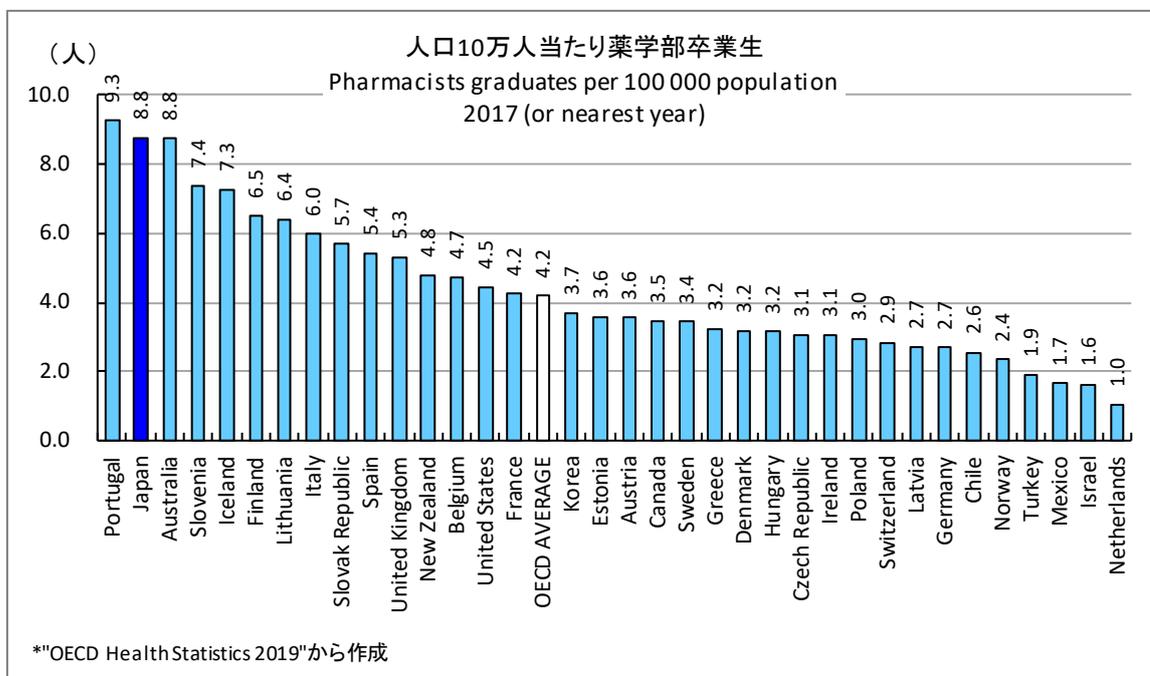


図 2.3.3 人口10万人当たり薬学部卒業生



2.4. 受診回数

次頁のグラフは、財政制度等審議会財政制度分科会に提出された資料²⁴と同じである（データは更新している，図 2.4.1）。

日本の外来受診回数は第 2 位であるが、各国で事情が異なるので単純に比較できない。電話によるコンサルテーションが一般的な国もあるが、電話、メールは OECD の定義では対象外である。また OECD の定義では在宅医療を含むが、在宅医療をカウントしているかどうかの明示がない国もある。

対象範囲

- 日本：公的医療保険制度のすべての外来受診（在宅医療を含む）が対象である²⁵。2000 年頃から受診回数が減少している（図 2.4.2）。
- 韓国：医師には韓医師（Korean oriental medicine doctors、漢方・鍼灸）を含む。
- ドイツ：四半期ごとの最初の 1 回をカウントしている。1 人当たり受診回数は 2007 年で 17.7 回という調査があり²⁶、日本の受診回数よりも多い。
- イギリス：2009 年までのデータしかなく、2009 年は GP（General Practitioner）の診察回数で 5.0 回である。
- アメリカ：代表的なサンプルによる推計である。

²⁴ 財政制度等審議会財政制度分科会「社会保障について」2019 年 4 月 23 日

²⁵ 日本のデータは各保険者の事業年報、医療給付実態調査等を用いて厚生労働省が推計している医療保険制度の数値であり、生活保護の医療扶助および柔道整復師の療養費等は含まない。

²⁶ “OECD Health Statistics 2019 Definitions, Sources and Methods Doctors consultations (in all settings)”による。元データは”BARMER GEK physician report 2010”

図 2.4.1 1人当たり受診回数

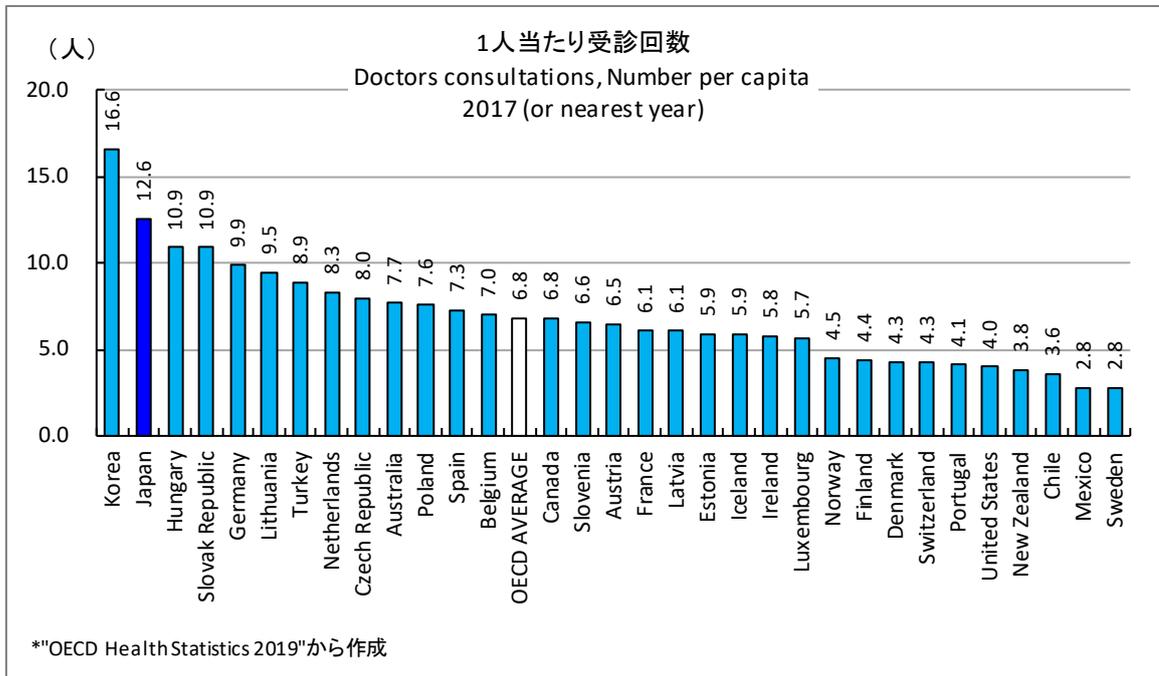
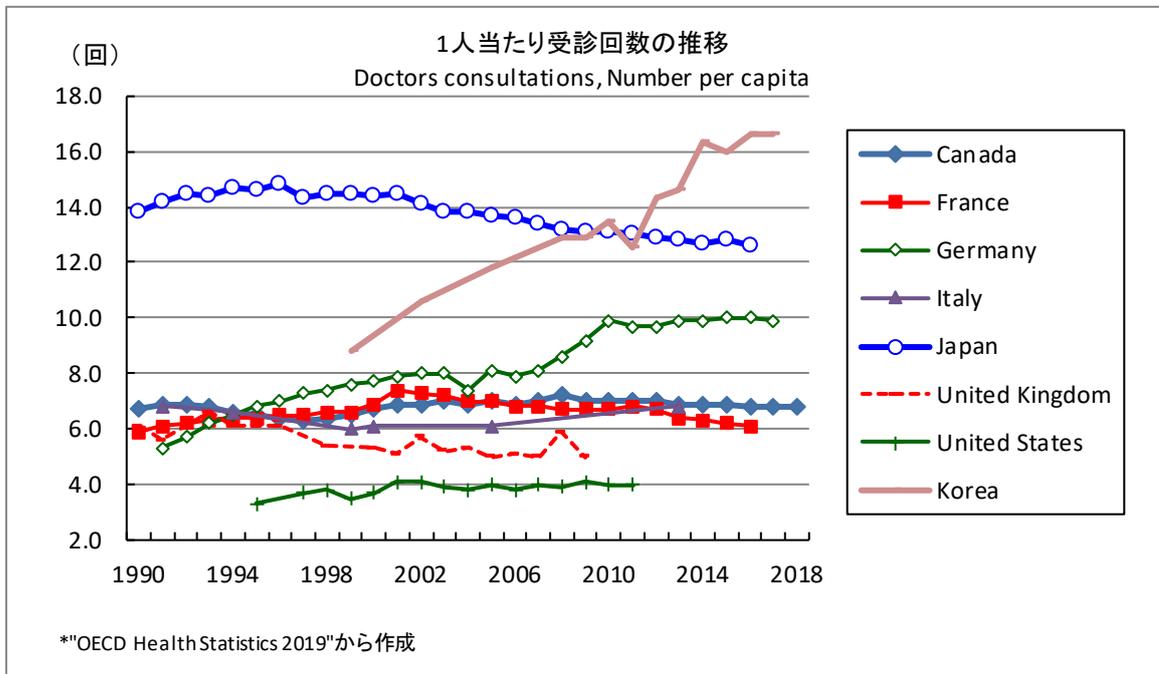
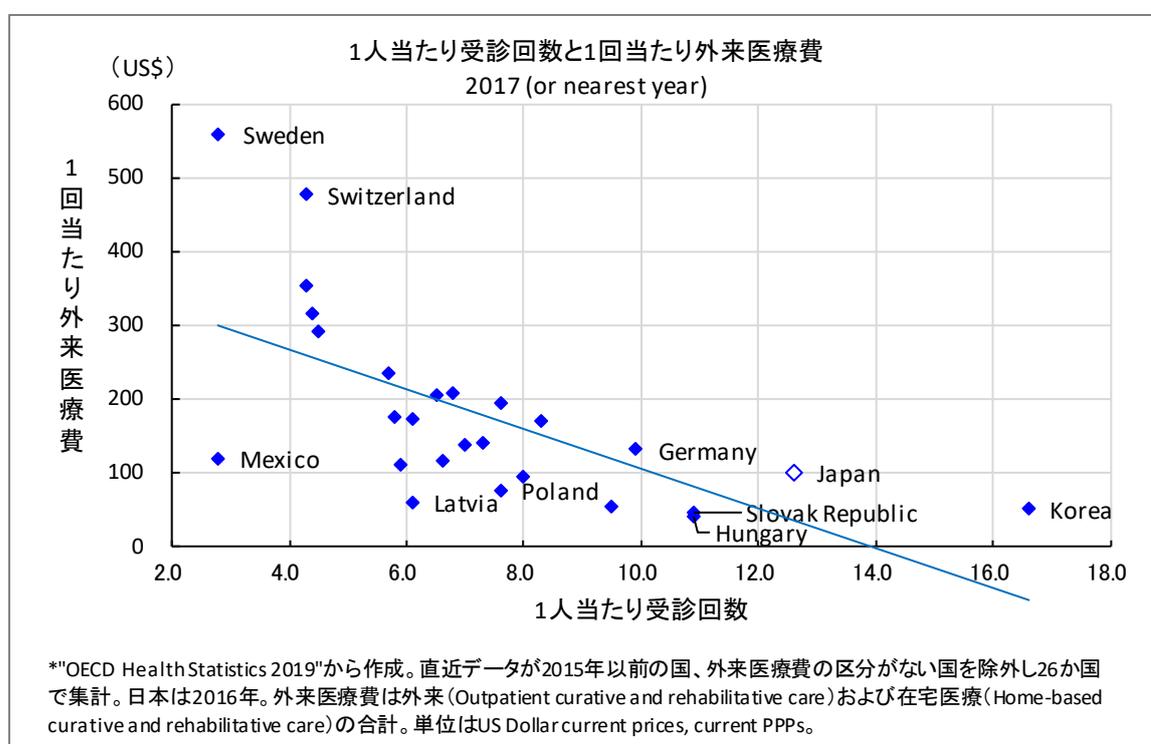


図 2.4.2 1人当たり受診回数の推移



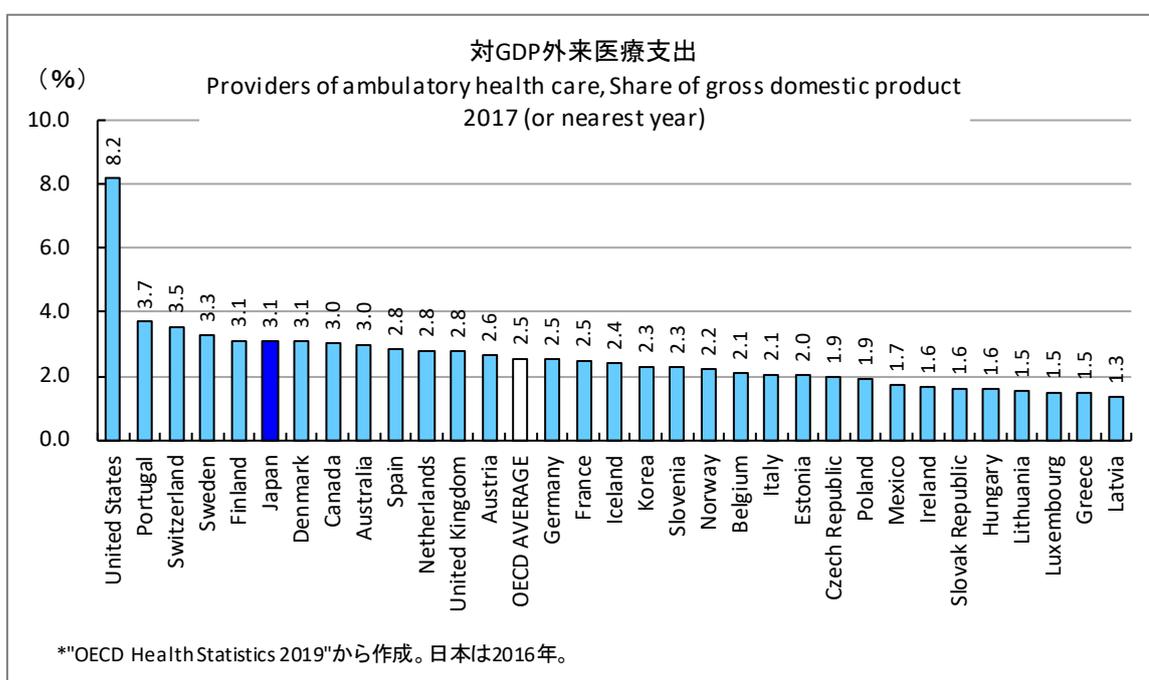
外来受診回数の多さが、医療費の高さに直結しているわけではない。日本では受診回数が多いが、外来受診1回当たりの費用は低い（相関係数-0.641, 図 2.4.3）。財務省は、少額で比較的軽微な受診に対して定額負担を求めているが、少額で軽微な受診を制限すると、高額で深刻な受診が増える可能性があることを考慮すべきである。

図 2.4.3 1人当たり受診回数と1回当たり外来医療費



日本の対 GDP 外来診療支出は、受診回数の多さから見るともっとも高い水準ではないが、OECD 平均以上ではある（図 2.4.4）。外来医療費には薬局調剤技術が含まれている（諸外国も同じ）。日本は薬剤師数の多さから同技術料が多いのではないかと推察され、薬局調剤技術料が外来医療支出押し上げの一因になっている可能性がある。

図 2.4.4 対 GDP 外来医療支出



資料

【OECD 全般】

- OECD.Stat (OECD Database)

<https://stats.oecd.org/>

【OECD 保健医療、社会支出、経済】

- OECD A System of Health Accounts 2011 Revised edition (SHA2011, 推計基準)

<https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

- OECD Health Statistics 2019 July 2019 (保健医療)

<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

- OECD Social security contributions

<https://data.oecd.org/tax/social-security-contributions.htm>

- OECD SOCX (Social Expenditure) Database (社会支出)

<https://www.oecd.org/social/expenditure.htm>

- 「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 Account)」医療経済研究機構 2015 年 3 月

【WHO】

- WHO World Population Prospects 2019 (人口)

<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

【日本の社会保障費用統計】

- 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」

http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japanese/security.asp

- 同上 用語の解説 (OECD 社会支出の定義の解説)

<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h29/4/H29-1-yogo.pdf>