

IN63	×	of the people just mentioned? Aside from what you already told me about, has anyone in the family received any other income, such as income from another source listed on this card?			細かすぎる。
IN64	×	OMITTED.			細かすぎる。

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）  
医療費の構造分析と適正化に向けた政策的課題に関する研究  
分担研究報告書

医療費の国際比較に基づく検討

分担研究者 福田 敬 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部長  
分担研究者 満武 巨裕 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究副部長

**研究要旨** OECD Health Data を用いて、医療費の国際比較を行う。特に、近年新たに加えられた人的資源 (Human Resource) と資金 (Financing Source)、LTC (Long Term Care) の給付範囲、保健予防活動等についての定義やその負担に関するデータを整備し、国際比較により適したデータ集計の方法の開発と、その結果を活用して日本の医療費を国際的に比較した場合の分析を行う。

平成 19 年度は現状の OECD Health Data における日本のデータの課題を整理するために、韓国の OECD Health Data の推計方法について調査を行った。

#### A. 研究目的

OECD Health Data を用いて、医療費の国際比較を行う。特に、近年新たに加えられた人的資源 (Human Resource) と資金 (Financing Source)、LTC(Long Term Care)の給付範囲、保健予防活動等についての定義やその負担に関するデータを整備し、国際比較により適したデータ集計の方法の開発と、その結果を活用して日本の医療費を国際的に比較した場合の分析を行うことを目的とする。

平成 19 年度は現状の OECD Health Data における日本のデータの課題を整理するために、韓国の OECD Health Data の推計方法について調査を行った。

#### B. 方法

主任および分担研究者が、韓国の OECD の SHA (System of Health Account) に準じた保健医療支出推計の担当者にヒアリング調査を行うと同時に、韓国版 SHA マニュアルを翻訳した。

#### C. 結果

韓国の OECD Health Data の推計方法を調査・翻訳し、下記の情報を得た。

##### 第 1 章 国民保健計算 (National Health Account) の構築方法

国民医療費および財源、機能、供給主体別の国民保健計算を構築するための資料源および手法について。

－国民医療費の下位部門を個別的保健医療支出 (個人医療費)、集団的保健医療支出 (集団保健医療費)、医療施設への投資 (固定資本形成) にわけて、その概念と推計方法を紹介する。

－機能別分類は、提供されているサービス類型別 (Type of services) に支出額を区分することであり、3 つの分類基準の中で一番基本になる基準である。

－財源別分類は、供給者に支払う段階の財源である支払い代理人ないし中間財源 (Financing agents) を区分する。最近、これを「プログラム別財源」とよぶ傾向がある。

－供給主体別分類は、ある供給者から医療費

が支出されたかをみる。これは供給者それぞれの収入規模を意味する。

本研究による推計結果は、公式的に国家別統計である「OECD Health Data 2007」の根拠資料になる。

－韓国既存の国民医療費およびその下位構成項目が国際比較を行う場合に概念的な正確性と制度の変化を経年的に反映されていないことが問題になってきた。このため、新しい推計作業の構築がなされて、OECD Health Data 2004 3rd Version より、その結果が本格的に反映された後、推計方法が続けて開発されつつある。

#### (韓国) 国民保健計算の構築作業

現在、OECD、EUROSTAT および WHO は共同で国民医療費および保健計算データを収集するように協約を取り結び、各国別で一人の Focal Point を任命した。

－現在、韓国の Focal Point としては、延世(ヨンセイ)大学の Jeong 教授が任命され、継続的に計算の改訂、発展とこれに応じるデータの算出、調整および報告作業が進められている。

2003 年度に遂行された研究の最終報告書である Jeong・Lee (2004) では、供給部門を含めた3つの二次元保健計算がはじめて構築されはじめた。

－Jeong・Lee (2004) 研究の中間結果は 2003 年 10 月の OECD 保健計算専門家会議 (Meeting of Experts in Health Accounts) で一部が発表された。

－Jeong・Lee (2004) 研究の結果が OECD Health Data 2004 3rd Version より収録されるようになってから、過去の方式にしたがった韓国の数値が全面的に改変され、OECD の SHA にしたがう国家間の比較可能性において画期的な転換をみられるようになった。

本研究の結果は、OECD Health Data 2007 に発表されて全世界の保健経済および保健政策の国家間比較分析に用いることができるようになった。

－Jeong・Lee (2005) は 1990-2002 の 13 年にわたった保健計算テーブルを収録し、その結果は

OECD Health Data 2005 に収録された

－Jeong・Lee (2005) は 1983-2004 の 21 年にわたった保健計算テーブルを含め、OECD Health Data 2006 に発表された。

#### 構築方法

##### (1) 個人別保健医療支出 (個人医療費)

財源による医療費支出は、まず大きく政府あるいは社会保障 (SHA はこの二つをあわせて一般政府とよぶ) による公共医療費 (公共財源) と民保険、家計、企業などによる民間医療費 (民間財源) に分けられる。

－「公共」と「民間」に対する定義が多様であるから、このような OECD/SHA が提示している基準どおり区分されたデータを構築するのは、大変なことである。さらに、民間においても公共金庫 (保険) と民間金庫の間の移転 (transfer) はもとより、政府間の移転方式が国家別に差異があるから国際比較をするのも、大変なことである。

公共部門は、中央政府、地方政府、社会保障金庫などいわゆる「一般政府」に該当する財源を含め、こうした一般政府がある程度の統制機能をもつ非市場的な非営利機関も含める。公共部門は健康保険統計など、主に行政統計を通して計算を構築することになる。

－一般的に、国民皆保険を採用する国家ほど政府予算の役割が大きく、社会保険型国家ほど政府予算の役割が相対的に弱い。

－地方政府は State・Provincial government と Local・municipal government に区分するようになってきているところであり、本研究では Jeong (2006) および Jeong 他 (2007) の結果を用い、はじめて地方政府を細分した結果を提示している。

－社会保障金庫 (Social Security Funds) は、政府による適用・統制される社会保険制度を意味し、社会保険制度のうち民間部門の社会保険制度を除外した部分になる。

民間部門は、公共部門に属しない国内の全ての

部門が含まれるが、OECD/SHA は、民社会保険、民間保険会社、家計本人負担支出、民間非営利団体、企業の5つの下位分類別に区分している。民間部門は、行政統計によって裏付けられていないから、特に正確な規模を捉えにくい。したがって、家計調査資料、健康調査資料などのサーベイデータを最大に用いた。

－民社会保険 (Private Social Insurance) は、社会保障金庫以外の全ての社会保険金庫を含め、民間保険会社 (Private Insurance Enterprises (other than social insurance)) は、営利と非営利のいかんによらず、社会保険以外の全ての民間保険会社を含める。ただし、OECD における最近の論議は、民間社会保険 (HF. 2. 1) と民間保険会社 (HF. 2. 2) を区分せず「民間健康保険 (HF. 2. 1-2)」に統合してデータを構築する方に動いている。

－家計本人負担支出 (Private Household Out-of-pocket Expenditure) は、家計が直接負担する支払額であり、これは保険給与 (保険適用) になるサービスに対する法定本人負担金と、非給与項目に対する支払額をあわせたものである。どの国でも家計本人負担支出に対する統計値の信頼性が低く、全体国民医療費の不正確をもたらす主要因になる。本研究では OECD における最近の論議に従って、家計本人負担支出 (HF. 2. 3) を非給与本人負担 (HF. 2. 3. 1 Out-Of-Pocket Excluding Cost-sharing) と法定本人負担 (HF. 2. 3. 2 Cost-sharing) に区分する。

－民間非営利団体 (Non-profit Institutions Serving Households) は、家計に無料また安い値段の財貨とサービスを提供する団体であり、普段は貧困な世帯に非市場的な医療を提供する。特に、慈善・救護・援助団体などがここに該当し、財源は一般大衆、企業、政府の寄付金で賄う。外国所在の非営利機関を含めた非居住者からの移転も含まれる。

－企業 (Cooperations (other than health

insurance)) は、市場の財貨とサービスの生産が主な活動 (Principal activity) である企業または類似企業を含め、健康保険会社は除外になる。

(ア) 政府 (General Government Excluding Social Security Funds) → 社会保障金庫を除外した一般政府

政府財源の個人医療費の多くは、医療給与制度 (昔は医療保護制度とよばれた) の給与支出が占めている。医療給与制度の給与支出は、だいたい政府財源による支出で構成されている。

－本研究において、病院、医院 (診療所)、薬局などの供給主体別の政府支出部分は、医療給与統計年報の資料を用いた。統計年報に載っていない 1991 年以前の場合は、医療保護基金の決算資料を活用して推計する。

－推計過程において、2000 年以後の健康保険統計、産業災害補償保険統計、自動車保険統計などの供給主体別の区分から総合専門療養病院 (韓国の 1, 2, 3 次診療機関のうち 3 次診療機関のことを意味する。韓国の大学病院あるいは大型総合病院がここに該当する。) の支出が区分されていることを考慮して医療給与統計年報に載っていない 2000 年以降の総合専門療養病院と総合病院が区分された医療給与統計を別に構築して用いる。

軍人病院、警察病院、刑務病院などでなされている医療費支出の中で、政府財源に充てられる部分は、政府財源の個人医療費に反映する。

－関連データは保健福祉部の協力を得て各部署の予算担当部署から税入と税出の資料をもらって推計する。

－たとえば、軍人病院の場合、軍病院運営のための税出から税入を差し引いた金額を用い、国防予算上の「現役軍人の健康保険料納入金」は、社会保障財源に吸収されているとみなして別に加算はしない。

また、HF. 1. 1 政府は、HF. 1. 1. 1 中央政府

(Central government)、HF. 1. 1. 2 State・Provincial government、HF. 1. 1. 3 Local・municipal government に分けられ、Jeong (2007) の集計された結果を活用して、こうした下位政府単位まで細分化になった計算を提示することができるようになった。

<表 1-1> 医療給与のための State・Provincial government および Local・municipal government の平均

区分	State・Provincial government	Local・municipal government
2004	417.8 億ウォン	5.1 億ウォン
2005	497.1 億ウォン	6.2 億ウォン

\* Jeong 他 (2007)

#### (イ) 社会保障金庫 (Social Security Funds)

韓国の場合、社会保障金庫財源の個人医療費は、健康保険および産業災害保障保険での給与支出に構成される。四つの医療保障のうち、医療給与は政府財源に属し、自動車保険は民社会保険財源に属するからだ。

— 政府の地域医療保険に対する支援は、国民医療費の推計原則として (医療機関に対する支払い段階の断面での財源 (financing agents) を合わせる原則)、政府財源ではなく、社会保障金庫の財源に含める。

Jeong (2007) における病院、医院 (診療所)、薬局などの供給主体別の社会保障金庫財源による支出は、健康保険統計年報と産業災害補償保険統計年報から療養機関別保険者負担分データを用いる。

— 健康保険の場合、健康保険統計年報の「療養機関種別診療形態別療養給与実績表 (表Ⅲ-4)」を基本とする。現金給与の場合は、医療費の総計規模に影響を与えるのではなく、財源の構成だけ影響を与える。

— 産業災害補償保険の場合、産業災害補償保険統計年報の「医療機関等級別診療費支給現状」を

用いるが、薬局資料などの一部は勤労福祉公団の資料を得て用いる。

#### (ウ) 民社会保険 (Private Social Insurance) — 民間が扱う社会保険 (HF. 2. 1)

わが国の民社会保険に該当する代表的なものは自動車保険がある。強制保険 (責任保険) は、民間で運営するとしても、一定の社会的な目的をもって法律によって加入が強制されているからだ。

Jeong (2007) における自動車保険財源の病院、医院 (診療所) などの供給主体別の支出は、保険開発院の資料を用いる。この資料には、保険会社から医療機関に実際に支給された過失相殺前の決定金額が集計されているし、被害者が医療機関に直接支払った治療費および向後治療費 (被害者の治療がまだ終わらない場合、治療が終わるまでの治療費のことを言う) は除外された。

— ただし、上記の数値は、自動車保険の対人賠償件に限定されているから、自己身体の事故は抜けている。したがって、自分の車を運転および自分の車の搭乗中、被保険者の傷害による保険会社の支出分ほど過小評価されていることに注意する必要がある。

#### (エ) 民間保険会社 (Private Insurance Enterprise) — 民間の保険会社 (HF. 2. 2)

実損形の民間医療保険の規模が国民保健計算に反映される。

→ (註 1) 保険者と医療機関の間の契約などによる医療サービスなどの発生の頻度が医療費の支出に連係される損失補償方式は、まだ導入されていないが、国内でも 1970 年代から損害保険会社が企業体を対象として実損形の保険商品を販売をはじめ、現在は、個人を対象としてより広範囲に販売している。また、2005 年 8 月から、生命保険会社も個人を対象として実損形の保険商品を取り扱えるようになった。

—過去 OECD Health Data 2005 までは、保険給与の支払い形態別の区分が捉えられなかったもので、すべての実損形の民間医療保険が定額形の民間医療保険と同じように家計本人負担支出に含まれていたが、OECD Health Data 2006 からは、SHA のマニュアル要求どおり、実損形の民間医療保険が分かれて民間保険会社 (Private Insurance Enterprise) の財源に含まれるようになった。

民間保険会社による健康関連保険の中で、ガンあるいは疾患の発生に対して一定の保険金を支払う定額形の民間医療保険は、一般保険商品とは大きく異なることのみならず、国民保健計算において、家計本人負担の中に吸収されて医療費に表れるから、国民保健計算に別に取り扱わない。

—こうした先払い方式による保険金を別に医療費の支出に計上する場合、家計が供給者に支払う段階に推計される家計支出の医療費と重なる。これは「社会保障」という最初財源 (Source of Funding) から出て「家計の本人負担」という医療機関に対する中間財源 (financing Agent : あるいは支払い代理者) を通して支払われることであるから、OECD/SHA の基準上の家計本人負担に含まれる。(Jeong 他、2003)

#### (オ) 家計本人負担支出 (Private Household Out-of-pocket Expenditure) —家計負担 (HF. 2. 3)

○家計本人負担のうち、非給与本人負担の機能別および供給主体別の規模を算出することが全体国民保健計算の構築において重要なポイントになる。

本人負担の算出のため、本研究は 1983—2005 年の間、各年度の都市家計調査のデータを基本資料として用いた。ただし、一部の機関の供給主体別の配分においては、国民健康・栄養調査の医療利用調査の資料を補充的に用いた。

#### 1) 利用データ

##### ア) サーベイデータの性格別活用度の検討

医療機関から得た資料は、非給与本人負担部分が過小推定される可能性が高い。「非給与本人負担」は、医療機関の立場では公開されていない収入に該当するから、これを正確に発表しようとしなから、確認することが難しい。

—こうした問題点の解決対案の一つは、「利用者ないし患者」に直接本人負担を確認することである。一番正確な方法は、入院患者あるいは退院患者の領収書を集め、直接面接調査をすることであるが、今まで多くの療養機関種別に代表性をもつほどの患者サンプルを得ることには限界がある。

国民健康調査の医療利用調査は、疾患と関連づけて、医療機関を中心として支出された金額を調査したものであるから、形式面からみると機能別、供給主体別の保健計算の構造に最も一致する。それに反して、同調査は、消費支出を一つ一つつける家計調査に比べて医療費支出が抜ける可能性があることが相対的な脆弱点である。

家計調査資料を用いた非給与本人負担部分の推定を通して、一番正確な全体規模がわかる。ただし、家計調査資料は、国民保健計算の構築のために必要な供給主体別の支出情報を持っていない限界がある。

—保健計算の構築を通して国民医療費の構造変化を捉えるためには、国民医療費の総額規模だけを推定することでは不足し、下位項目の合計が総計値に一致するように (bottom-up) 構成することが求められている。

—本研究では、家計本人負担の総額は家計調査資料を用いることを通して漏れの可能性を最小化しながら供給主体別の本人負担構成と機能別本人負担構成のうち、家計調査に捉えにくい部分は国民健康調査の医療利用調査資料を用い、面接調査の情報を最大活用する。

## イ) 家計調査の保健医療支出

### □家計調査の概要

#### ○調査目的

―世帯の収入と支出を調査して世帯の生活実態と変動事項を明確にすることが目的である。

―こうした調査を通して、国民生活水準変化の測定および分析に必要な資料と様々な経済および社会政策立案の基礎資料を提供し、また消費者物価指数の編成に必要な加重値資料や国民所得を推計する基礎資料に用いられる。

#### ○調査対象

―家計調査はここ 60 年間の都市地域の非農家だけ調査する都市家計調査で実施されてきたが、2003 年から 邑・面（地域単位）地域の二人以上の非農家まで拡大して全国家計調査で実施され、2006 年には一人家計まで含めて全国世帯を対象とした。

―農家、漁業家、外国人世帯、非血縁自炊世帯、家計収支の把握が困難な世帯等は除外した。

#### 調査方法

―全国に居住している家計を母集団にし、標本世帯は層化 (stratification) 及び PPS (Probability proportional to size sampling) を使って抽出した。2005 年の場合、約 7500 世帯 (不適格世帯は除外) が標本に選定された。

―調査方式は、世帯実態に関する事項は調査員が自分で調査して記載する方式、家計の収入と支出に関する事項は家計簿による自記入方式を用いた。

調査項目は、世帯の収入と支出に関する事項、世帯主に関する事項、世帯構成に関する事項および住居に関する事項である。

―支出は、非消費支出と消費支出に分かれるが、非消費支出は租税や年金、社会保険などが該当する。

―消費支出の項目は、①食糧品 ②住居 ③光熱・水道費 ④家具・家事用品 (什器調度) ⑤被服・履物 ⑥保健・医療 ⑦教育 ⑧教養・娯

楽 ⑨交通・通信 ⑩その他、以上の 10 の項目で構成された。過去には、5 つの費目に対する調査が行われていたが、1982 年と 1995 年に 2 回の改編を通して現在の枠組みが作られた。

#### 家計調査での消費支出項目の推定および公表

調査は毎月実施されるが、公表は分期 (4 回/年) あるいは年単位として、費目別 (費用を用途にしたがって分類した項目)、所得別になされている。ただし、すべての金額資料は世帯当たり月平均の金額を意味する。

毎月実施される調査は、分期 (4 回/年) あるいは年単位として再構成 (加重値適用) し、また、月平均で発表されるが、分期 (4 回/年) あるいは年単位として推定する公式は、以下のとおりである。

―特定消費支出費目に対する特性  $X$  をもつ世帯における月平均分期 (4 回/年) 別の推定金額 ( $Y$ ) は、月別世帯当たり純粋支出額 ( $y$ ) に加重値 ( $w$ ) をかけて、合算した値を該当する分期 (4 回/年) の特性  $X$  をもつ各世帯の加重値の単純合計値で割った値であり、加重値とは、16 の行政単位の居住区分別 (一戸建て、アパート、その他) で与えられたことであり、一つの世帯が  $w$  個の世帯を代表することを意味する。

$$Y_q = \frac{\sum_j w_j y_j}{\sum_j w_j}$$

上記の  $j$ =標本、 $q$ =分期 (4 回/年) のことを意味する。

―こうした各分期 (4 回/年) 別で算出した値の平均を求めたものが年間月平均に該当する。

$$\bar{Y} = \frac{1}{4} \sum_{q=1}^4 Y_q$$

○毎月調査された資料は、こうした過程を通して電算処置されて所得別、世帯員数別、世帯特性別に分期(4回/年)ごとに公表され、年1回「家計調査年報」で発表されている。

一家計調査の調査票における記録内容は、家計でなされた細分支出内訳まで整理され、デー

タベース保存されるが、データの信頼性の問題があるから、水準別に一部の内容は公表されない。

(表1-2 参考)

<表1-2>消費支出内訳の段階別公表水準

	大分類	中分類	内容(3段階)
区分	10項目の消費支出	10項目の消費支出の細部内訳	中分類の細部内容
保健医療部分	保健医療	医薬品	-人参 -漢薬 -洋薬 -調剤薬
		保健医療用品器具	-保健医療用消耗品 -眼鏡 -コンタクトレンズ -その他の保健医療器具
		保健医療サービス	-漢方診療費 -病院外来診療費 -病院入院診療費 -歯科診療費 -産後の療養所 -その他の保健医療サービス
資料生成方法	中分類項目の段順合計	上記の算出式に即した分期別・年間資料生成	上記の算出式に即した分期別・年間資料生成
公表水準	分期別(4回/年)・年間資料提供	分期別(4回/年)・年間資料提供	年間資料だけ提供

註：3段階に該当する内容は、家計収支の項目分類表にもっと細部的に区分されている。最も下位段階の段順合計が上の表の3段階に該当する。

#### 家計調査のうち保健医療支出項目

消費支出費目を分類する方法は、品目別分類、用途別分類、人間の欲求による分類の3つがあるが、この研究の家計調査は品目別分類を用いている。(経済企画院、1972)

一品目別分類は、支出目的とは関係なく、同一の商品は同一の費目に分類することであり、用途別分類は、購入した商品を使用する目的に従って分類する方法であり、家計調査は国際労働機

構(ILO)の建議に従って品目別分類を用いる。

一分類内容は、家計調査年報の「家計収支の項目分類解説」に紹介され、次表は10項目の消費支出費目のうち⑥消費支出項目に該当する保健医療支出の分類体系と内容を整理したものである。

家計調査の保健医療支出の項目は保健医療サービス、医薬品、保健医療用品で構成されている。

ー保健医療サービスは、外来診療費、入院治療費、歯科診療費、漢方診療費、その他の保健医療サービスで構成され、医薬品は漢薬、洋薬(一般薬)、調剤薬で構成され、保健医療用品は保健医

療用消耗品、眼鏡、コンタクトレンズ、その他の保健医療器具で構成されている。

注1) 2005年から保健医療サービスに出生した後の療養所が追加された。

<表1-3>保健・医療費の項目分類及び解説

大分類	中分類	内容
保健医療	医薬品	<ul style="list-style-type: none"> <li>○人参</li> <li>ー水参ー白参ー紅参ー尾参ー童参ー太極参</li> <li>※粉末人参茶、人参ティーバッグ→茶及び飲料</li> <li>※人参類を原料として加工された食品→健康補助食品</li> <li>○漢薬(漢方薬)</li> <li>ー漢薬ー各種漢薬材料</li> <li>※漢方医が取り扱わない補薬化になったもの→健康補助食品</li> <li>※調剤漢薬は除外</li> <li>○洋薬(西洋の薬品)</li> <li>ー風邪薬ー胃腸薬ー軟膏ー消毒薬ー栄養剤</li> <li>ー目薬(眼薬)ー寒気がする風邪に飲む薬ー解熱剤</li> <li>○調剤薬</li> <li>ー処方箋による調剤薬</li> <li>○本人負担金(調剤薬)</li> <li>○保険公団負担金(調剤薬)</li> </ul>
	保健医療用品器具	<ul style="list-style-type: none"> <li>○保健医療用消耗品</li> <li>ー絆創膏(バンソーコー)ー脱脂綿ー包帯ーマスクーコンドームー禁煙するために吸うタバコ(禁煙草)</li> <li>ー幼児保健用消耗品ーオムツ類ー治療動物</li> <li>※布オムツ、オムツカバー→その他の衣類</li> <li>○眼鏡</li> <li>※サングラス→その他の装身具</li> <li>○コンタクトレンズ</li> <li>○その他の保健医療器具</li> <li>ー補聴器ー体温計ー車椅子ーコンタクトレンズ消毒機</li> </ul>
	保健医療サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>○漢方診療費</li> <li>ー漢方診療所(漢方医院)の外来診療及び入院費ー針術費ーその他の漢方診療費</li> <li>○病院外来診療費</li> <li>ー漢方診療所を除外した病院・医院での診察料ー健康検診費</li> <li>○病院入院治療費</li> <li>ー病院入院中の治療費・入院費ー出産入院料</li> <li>○歯科診療費</li> <li>○出産した後の療養所</li> <li>○その他の保健医療サービス</li> <li>ー保健医療器具修理費ー医療器具の賃借料ーリハビリ施設、接骨院治療</li> <li>ーAmbulanceの使用料ー看病人の給料、胎盤保管料ー証明書の手数料</li> <li>○本人負担金(漢方、外来、入院、歯科、その他)</li> <li>○保険公団負担金(漢方、外来、入院、歯科、その他)</li> </ul>

資料：統計庁 Korea National Statistical Office (2006)

2) 保健勘定との連結

ア) 中分類の項目別年間支出規模の推定

○Jeong 他 (2005 及び 2006) では年間家計本人負担の規模を算出するため、年単位として発表される細部項目別 (漢薬、洋薬、調剤薬、保健医療用消耗品、眼鏡、コンタクトレンズ、その他の保健医療器具、外来診療費、入院治療費、歯科診療費、漢方診療費、その他の保健医療サービス) 世帯あた

り月平均の家計収支に全体世帯数及び 12 (ヶ月) をかけ (図 1-1)、その総額はまた、機能別で再編して供給主体別で配分して保健勘定を構築したが、

— こうした過程を経て算出された年間家計本人負担の総額は一部可容情報を十分に活用されていない。それは家計医療費は家計の「消費支出規模」、「世帯員数」、「世帯類型」、「世帯主の教育水準」によって、差異があるからだ。

＜図 1-1 以前の方式 (Jeong 他、2005 及び 2006) での項目別の年間家計本人負担の算出＞

品目別で世帯あたり月平均家計収支 (年単位で提供)			品目別で年間家計本人負担の総額 (一番下位単位で算出)
医薬品 - 人参 - 漢薬 - 洋薬 - 調剤薬	× 全体世帯数	× 12	医薬品 - 人参 - 漢薬 - 洋薬 - 調剤薬
保健医療用品器具 - 保健医療用消耗品 - 眼鏡 - コンタクトレンズ - その他の保健医療器具			保健医療用品器具 - 保健医療用消耗品 - 眼鏡 - コンタクトレンズ - その他の保健医療器具
保健医療サービス - 漢方診療費 - 病院外来診療費 - 病院入院治療費 - 歯科診療費 - 出産後の療養所 - その他の保健医療サービス			保健医療サービス - 漢方診療費 - 病院外来診療費 - 病院入院治療費 - 歯科診療費 - 出産後の療養所 - その他の保健医療サービス

本研究では、全国規模の年間家計本人負担の総額を算出することにおいて、保健医療支出に対する変数の中で「世帯員数」変数が公式的なデータがあり、該当する変数別で公信力 (Public trust) がある医療費資料という点で「世帯員数」の情報を用いる。

— 家計調査は世帯員数別の中分類の支出 (保健医療サービスの費用、医薬品費、保健医療用品

器具費用) 規模を公式的に発表した。

— 5 年ごと、一回ずつ実施される人口住宅総調査 (Population and Housing Census) を通して、世帯員数別で世帯の規模がわかるようになった。全体世帯数の場合、…1990、1995、2000、2005 年は人口住宅総調査の世帯数を用いて、中間年度は補間法 (interpolation) を使って推定した世帯数を使用した。

－上記の二つの公表資料を組合すれば、保健医療サービスの費用、医薬品費、保健医療用品器具の費用に対して、それぞれの世帯員数別（二人の世帯、三人の世帯…など）の総規模を得ることができる。つまり、世帯員数別で支出された月平均費

用に対するそれぞれの「世帯員数別（二人の世帯、三人の世帯…など）の世帯数」をかけると世帯員数別の月平均家計負担規模を得ることができ、またここに 12（ヶ月）をかけると全国単位の年間家計本人負担の総額を得ることができる。（図 1-2）

＜図 1-2＞本研究での年間家計本人負担の総額算出

二人世帯の支出費	三人世帯の支出費	四人世帯の支出費	五人世帯の支出費	六人以上世帯の支出費	家計調査 (世帯員数別の月平均家計収支)
×					
二人	三人	四人	五人	六人以上	人口住宅総調査(世帯員数別の世帯数)
×					
12ヶ月					
年間家計本人負担の総額					

#### イ) OECD 保健勘定の項目による再分類

##### □機能別分類

これまでと同じように中分類項目別の家計本人負担の総額が算出されたとすれば、これを各年度別の細部項目別の比率で配分し、またこれを入院、外来、医薬品など国民保健勘定上の機能別で再構成することになる。

－ただし、2003 年の家計調査からは、過去の都市家計調査により細部項目の構成が発展的に改編されたことによって、2002 年以前と 2003 年以後との間に再構成の方式にわずかな差異ができた。

医薬品支出の場合、2002 年以前年度は該当年度の都市家計調査の資料を基本として用い、2003 年家計調査で整備されて集計した医薬品費の低位項目構成を参考して再構成した。

－2002 年の都市家計調査まで、医薬品の項目に含まれていたが、それに区分してその規模が提示された「人参」の場合は、続けて除外した。

－「犬で造った漢方補薬、黒ヤギ、フナ湯」のように、2002 年まで区分しなくて漢方補薬に含ま

れていた項目は、2003 年以後の家計調査では「漢方補薬」と「その他の漢薬」が「漢薬」に統合され、「犬で造った漢方補薬、黒ヤギ、フナ湯」が除外されることによって、2002 年と 2003 年との項目別の数値を比較しながら 2002 年以前の規模を推定して除外することができるようになった。

－2003 年、家計調査では風邪薬、消化胃腸薬、栄養剤、抗生剤、皮膚外傷薬、疲労回復剤、その他の医薬品などが「洋薬」と「調剤薬」にまとめられた。（ここに書いてある「洋薬」項目は処方箋によらない医薬品の支出を示し、「漢薬」項目は処方箋による医薬品の支出を示す。）これらの項目の月平均の家計本人負担から洋薬の年間家計本人負担の規模（薬局）と漢薬の年間家計本人負担の規模（漢方病医院、薬局、漢方病医院及び漢薬材料商家）が推定された。

－医療機関の外来部門でも医薬分業例外地域・例外品目などによる「医薬品」が使われているし、これも医薬品支出に含まれた。これは健康保険審査評価院（HIRA）で療養供与費用の請求内

訳の傾向調査資料を用いて推定するが、傾向調査資料は2003年までしか公式統計が出てないので、2004年及び2005年の数値は健康保険審査評価院にその作業を依頼して算出した結果を適用した。

「保健医療用品」は2002年までの分類と2003年以後の分類の差が大きくなって、2002年以前の

場合も、2003年以後の分類に合うように再調整した。ただし、2003年の分類の「保健医療用消耗品」項目が大きく増えるようになって、それによる2002年と2003年の間の断絶を避けるために2002年以前の数値が2003年の数値を基準として上向調整された。

＜図1-3＞機能別及び供給主体別の家計財源医療費の産出

	家計調査の保健医療費項目	保健医療サービス				医薬品			保健医療用消耗品		
		入院+ ‘その他’中 の入院 該当分	外来+ ‘その他’中 の外来 該当分	漢方	歯科	洋薬	漢薬	調剤薬	保健医療用消耗品	眼鏡 コンタクト レンズ	その他 の保健 医療器 具
		国民健康栄養調査の供給主体別の比率適用									
		法定本人負担の比率を適用して全体本人負担を供給主体別で配分									
供給主体別の家計本人負担	法定本人負担										
	非給与本人負担										
		病院	医院	保健所 など	漢方病 院	漢方医 院	歯科病 院	歯科医 院	薬局 (洋薬)	その他	

#### □供給主体別の分類

○漢方病医院、歯科病医院(2003年以後)、薬局のように家計調査の結果から供給主体別の本人負担総額規模を推定することができる場合は、家計調査の情報をそのまま用いる。

－漢方関連の全体家計本人負担の規模は前で確保した漢薬支出規模と「保健医療サービス」項目の中で「漢方診療費」項目の規模を出したことになり、またこれらは漢方病院と漢医院の供給主体別、また入院、外来、薬剤費別に配分される。ここに用いられたのは、健康栄養調査での比率と健康保険の法定本人負担の比率である。

－歯科関連家計本人負担の規模は、2002年以

前は病院とか医院と同じように家計本人負担の総額に国民健康栄養調査での歯科比重を適用して得た。2003年以後は家計調査での歯科項目規模をそのまま用いた。それは、2002年の都市家計調査までは歯科診療費が「外来診療費」項目と「病院入院治療費」項目に含まれていたが、2003年の家計調査からはそれが分離されて集計されているからである。歯科病院と歯科医院に配分、また入院及び外来に配分は健康保険の法定本人負担の比率を適用した。

－薬局での家計本人負担の規模は前で医薬品の細部項目別の月平均家計本人負担から算出された洋薬の年間家計本人負担の規模を用いた。

○病院、医院、歯科病医院(2002年以前)、保健所(Health Center)別配分のためには、健康栄養調査・医療利用調査に表れた該当医療機関別の医療費支出比率を用いた。

－医療利用調査は全国単位を標本として抽出された世帯を対象で調査員が直接訪ねて面接調査を実行することである。約4万名を対象とした。ちなみに、2005年の健康栄養調査は12,001世帯(34,145名)を対象とした。

－1988年以前と1990年は1989年の健康調査、1991年と1993年は1992年の健康調査、1994年と1996年は1995年の健康調査、1997年と1999年は1998年の健康栄養調査、2000年と2002年は2001年の健康栄養調査での供給主体別、機能別構成比を活用した。2003年及び2004年の場合は2005年の健康栄養調査の可集計資料を活用した。(1989年以来、3年ごと実施されていた健康栄養調査は2001年以後、4年経て2005年に至って実施された。)

#### □細部財源別分類

○医療機関別の本人負担はその自体が家計本人負担の財源に入るが、算出過程ではまた健康保険、医療給与、産業災害補償保険、自動車保険別に配分される。ちなみに、2002年以前の場合は各保険別法定本人負担の比率を適用し、2003年以後には2005年の健康栄養調査から得た保険者別本人負担の規模の比率を適用した。

○非給与本人負担の規模は上記と同じように得られた全体本人負担の規模から健康保険統計、医療給与統計などの行政統計の法定本人負担を差し引いて得た。ちなみに、「法定本人負担」はOECD/SHAの財源分類(ICHA-HF)上のHF.2.3.2(cost-sharing)に該当する。

#### (カ) 民間非営利団体 (Non-profit Institutions Serving Households)

○民間非営利団体を財源とする医療費支出

は、国民勘定で非営利団体の目的別消費支出の中で保健医療項目を用いた。

#### (キ) 企業 (Cooperations other than health insurance)

○企業を財源とする医療費支出は「企業体労働費用調査報告書」(労働部)で企業が法定外福利費という保健医療に支出する費用を用いた。

－一人当たり「月平均の労働費用」の中で「現金給与以外の労働費用」の中で「法定外福利費」の中で「医療保健に関する費用」と「事業体労働実態調査報告書」(労働部)の常備従事者(Regular employee)を用いて算出した。ただし、勤労者健康診断のために所要された費用は集団保健医療費に属するが、ここでは差し引いた。

－「企業体労働費用調査報告書」(労働部)によると「医療保健に関する費用」は病院、医院、診療所などでの施設に対するすべての維持管理費、委託病床の契約に所要された費用、嘱託医者の謝礼、健康診断など疾病予防に所要された費用のことを言う。

#### (2) 集団保健医療費

○集団保健は個人医療とは対比される概念であり、社会構成員の多衆を対象として提供される医療を示し、HC.6 予防・公衆保健サービス(Prevention and Public Health Services)とHC.7 保健行政管理(Health Administration and Health Insurance)で構成された。

○予防・公衆保健サービスは健康状態の増進を目的とするサービスを含め、健康不機能(health dysfunction)を直すのが目的である治療サービス(curative services)とは区分された。また、HC.6 予防・公衆保健サービスはHC.6.1 母子保健/家族計画・相談、HC.6.2 学校保健、HC.6.3 伝染病予防、HC.6.4 非伝染病予防、HC.6.5 職場保健、HC.6.9 その他の公衆保健で細分類された。(ただし、この

ように下位の区分は項目分類上の排他性 (Exclusivity) 原則に外れて重複計上の可能性がある」とみなし、本研究では用いなかった。)

－母子保健/家族計画・相談 (Maternal and child health; family planning and counseling) は遺伝相談、先天性奇形の予防、産前産後措置、幼児保健、学齢前及び学齢児童保健、予防注射を含めた。

－学校保健 (School health services) は学校教育及び検査、疾病予防など学校から提供される健康生活増進を含めた。公衆保健機能の統合的な部分として提供される基本医療も含まり、喫煙、飲酒、薬物中毒などに対する介入も含まれた。

－伝染病予防 (Prevention of communicable diseases) は、伝染病の義務報告・疫学調査・追跡、結核・統制、免疫・vaccine、母子保健での vaccine などを含めた。

－非伝染病予防 (Prevention of non-communicable diseases) は保健教育、疾病予防、健康増進などを含めた。

－職場保健 (Occupational health care) は、職場内外の施設で社員のためになされている健康 Check とか治療など多様な保健医療サービスを含めた。これは産業と管理の補助的な活動であるから、国民勘定では産業の中間消費 (Intermediate consumption) と取り扱われるが、保健勘定 (SHA) では最終消費と取り扱われた。ただし、医療サービスの現物補償 (Remuneration - in-kind of health services) は企業の間接消費財というより家計の実際最終消費を構成するから家計支出に含まれた。

－その他の公衆保健 (All other miscellaneous public health services) には、血液管理、臓器銀行、その他の公衆保健情報の拡散などが含まれた。

○保健行政管理は、中央政府、地方政府、社会保障、民間保険などで行う企画、管理、規制、徴収、請求書の管理など保健管理と保険関連の業務のことをいう。ただし、保健医療供給者の管理業務は該当サービス機能に含まれた。

－国家保健サービス (NHS) とか健康維持機構 (HMO) などの場合、医療供給と財源調達が密接に統合されているから、管理費用の区分が不分明であるかもしれない。

(ア) 政府 (General Government Excluding Social Security Funds)

○Jeong (2006) は、政府財源の予防・公衆保健支出を HF. 1. 1. 1 中央政府 (Central Government)、HF. 1. 1. 2 広域自治団体 (Provincial Government)、HF. 1. 1. 3 基礎自治団体 (Local/district Governments) と細部して構築し、その結果を本研究で活用した。

－Jeong (2006) は機能別区分において、「HC. 6 公衆保健サービス (Public Health Services)」の下位項目として「HC. 6. 1 予防 (Prevention)」、「HC. 6. 2 健康生活実践 (Promotion of Healthy Life-style)」及び「HC. 6. 3 その他 (Others)」の三つを設定しているが、本研究では「HC. 6 予防・公衆保健サービス」の全体項目に対する数値だけを用いた。

○政府財源の保健行政管理は Jeong (2006) から捉えられた保健福祉部、広域自治団体及び基礎自治団体 (保健所) の行政管理費を計上した。

－個別事業のための支出が区分できる場合、個別事業の支出に含め、区分するのが大変であり、また全体組織の持続・反復的な行政費用とみなされる場合は「HC. 7 行政管理費用 (Health Administration and Health Insurance)」として分類した。

### (イ) 社会保障金庫 (Social Security Funds)

○社会保障金庫の財源の中で予防・公衆保健には健康保険公団の健康診断費支出と予防事業費が該当された。

－健康保険公団の健康診断費支出は健康保険統計年報を用い、予防事業費は国民健康保険公団(2003)の健康保険公団支出内訳の「事業費」項目を用いた。それはこの事業費がだいたい保健予防事業費であるからだ。(国民健康保険公団、2003)

○社会保障金庫財源の管理費用は健康保険公団の「管理運営費[国民健康保険公団(2003)の管理運営費(B)に該当]」と「審査費会費」を合わせて算出した。これは国民健康保険公団(2003)の管理運営費(E)の概念に該当した。

－健康保険公団の管理運営費(B)は、人件費と経費を合わせたもので健康保険統計年報の管理運営費項目がここに該当する。健康保険管理運営のための国庫補助もここに含める。

－実は、公団の審査費会費は審査評価院の管理運営費的な性格が大きいため、社会保障金庫財源の管理費用に含める。

○産業災害補償保険とか自動車保険では、保健医療のための行政管理費用を別に区分するのが大変であるから、除外した。後で、一定の比率を推定して計上することも考慮する必要がある。

### (ウ) 家計本人負担支出 (Private Household Out-of-pocket Expenditure)

○概念上の該当事項なし。

### (エ) 民間非営利団体 (Non-profit Institutions Serving Households)

○民間非営利団体財源の集団保健医療費はありえるが、現在、捉えていない。

### (オ) 企業 (Cooperations other than health

insurance)

○企業財源の集団保健医療費として把握できるのは、企業が勤労者の健康診断のために支出する部分がある。これは予防・公衆保健支出に該当する。本研究では「勤労者健康診断の実施結果」(労働部)に載っている健康診断勤労者数と特殊健康診断協議会から捉えた特殊健康診断費用を用いて推定した。

○勤労者健康診断では、一般健康診断、特殊健康診断、塵肺(Pneumoconiosis)健康診断、臨時健康診断などがあるが(特殊健康診断は、有機溶剤(Organic Solvent)など有害化学物質を取り扱う勤労者に対する健康診断であり、塵肺健康診断は鉱業の粉塵作業に勤めている勤労者に対する健康診断であり、臨時健康診断は職業病か作業関連性疾病から勤労者の健康を緊急に守る必要がある場合実施する健康診断である。一般健康診断と特殊健康診断は1972年から区分して行ってきた。1995年からは、勤労者の一般健康診断の場合、職場健康保険が支出するから、特殊健康診断に対して企業が負担する費用だけ追加的に含める。

### (3) 固定資本形成

○企業では、持続的な生産能力を維持して競争力を確保するために、老朽設備を新しい設備に取り替えるとか、新規事業に対する進出のために、工場も建てて機械も購入するが、このような経済活動は当該年度の利益だけのためではなく、未来の持続的な収入の保障など長期的な眼目からなされているところであり、このように数年の会計年度にわたって生産に用いられる財貨を資本財といい、生産主体による資本財の購入を総固定資本形成という。

－総固定資本形成は、産業、政府サービス生産者及び民間非営利サービス生産者が固定資産を追加することにしがたう支出額を意味するから、土地か中古品の購入は除外され、固定資産を購入

するときの商品価格とともに、負担した設置費用か取得税・登録税などの付帯費用 (Incidental Expenses) は総固定資本形成に含めた。

○現在、大半の OECD 諸国は国民医療費ないし国民保健勘定の構築において、重要に取り扱うところは経常医療費であり、固定資本形成の規模は相対的に疎かになされている。Orosz 外 (2004) は、このような問題を指摘し、今後、固定資本形成の項目が改善の可能性が高い分野であることを強調した。

○保健医療の部門での固定資本形成の規模は、各療養機関の施設ないし装備に対する投資を把握すべきが、現在の資料源だけでは、このような作業に限界がある。

#### (ア) 政府 (General Government Excluding Social Security Funds)

○政府部門の施設投資額は統計庁が発刊する「建設業統計調査報告書」から、中央政府、地方自治団体、国営企業体など公共部門が病院部門のために発注した既成額 (当年度に施工した工事額を既成額という) を含める。ただし、その結果は、固定資本形成から除外になっている土地購入費用など過多推計の可能性があるので、追加的な検討が必要とする。

○医療装備に対する投資額は医療用具協同組合の医療用具産業現況という資料を根拠として

医療用具の国内市場規模、つまり「生産+輸入-輸出」の総額から耐久財の比率ほど想定した。

ー耐久財の比率は国内生産額の中で、技術集約製品 (レントゲン及び超音波映像診断機器、電気及び電子機器、病院設備、物理治療器) 及び一般医療機器、歯科機資材、自己治療器項目の比率を意味する。一般医療機器、歯科機資材、自己治療器項目は、段順製品の中で「注射器・輸液セット、医療用ゴム製品、視力補正用眼鏡レンズ、コンタクトレンズ、家庭用医療機器など消耗品的な性格の用具」を除外して算出した。

ー政府財源の医療装備投資額を区分するためには、上記の施設投資額の財源別比率 (全体施設投資額の中で政府の施設投資額の比率) を用いた。

#### (イ) 企業 (Cooperations other than health insurance)

○民間部門の施設投資額は、統計庁が発刊する「建設業統計調査報告書」から、民間が病院部門のために発注した既成額 (当年度に施工した工事額を既成額という) を含める。また、これは固定資本形成から除外になっている土地購入費用など過多推計の可能性があるので、追加的な検討が必要とする。

○医療装備に対する民間投資額も政府財源の場合と同じように医療用具協同組合の医療用具産業現況という資料を用いが、上記の施設投資額全体の中で民間の施設投資額の比率を適用した。

<表 1-4>推計資料源

機能別区分	財源別区分	資料源
個人医療	HF. 1. 1 政府	医療給与統計年報 (保健福祉部) 医療給与統計関連の補充資料 (保健福祉部) Jeong (2007、保健福祉部)
	HF. 1. 2 社会保障金庫	健康保険統計年報 (国民健康保険公団) 産業災害補償保険統計年報 (労働部)
	HF. 2. 1 民社会保険	自動車保険の診療費 (保険開発院の資料)
	HF. 2. 2 民保険会社	実損形民保険 (保険開発院の資料)
	HF. 2. 3 家計本人負担支出	都市家計調査 (統計庁) 国民健康・栄養調査 (保健福祉部)
	HF. 2. 4 民間非営利団体	国民勘定 (韓国銀行)
	HF. 2. 5 企業	企業体の労働費用調査報告書 (労働部) 事業体の労働実態調査報告書 (労働部)
集団保健	HF. 1. 1 政府	主要施策部門別予算使用内訳 (保健福祉部) 税入税出決算概要 (保健福祉部) 国民健康増進事業費 (保健福祉部) 予防及び公衆保健事業費 (保健所) Jeong (2006、保健福祉部)
	HF. 1. 2 社会保障金庫	健康保険統計年報 (国民健康保険公団) 健康保険管理運営費の推移分析 (国民健康保険公団)
	HF. 2. 5 企業	勤労者健康診断の実施結果 (労働部)
固定資本形成	HF. 1. 1 政府	建設業統計調査報告書 (統計庁) 地方自治団体に対する国庫補助金予算 (保健福祉部) 医療用具産業現況 (韓国医療機器協同組合) 医療用具産業現況 (韓国医療機器協同組合)
	HF. 2. 5 企業	建設業統計調査報告書 (統計庁) 医療用具産業現況 (韓国医療機器協同組合)

#### D. 考察

日本の SHA 推計方法と韓国を比較した際、相違の一つに韓国は家計調査を利用していることがあげられる。日本はデータソースの大半が各種事業報告 (年報) を活用している。だが、事業報告の項目は限界があり、本人負担部分が過小に推定される可能性もある。韓国では、個人医療支出として家計調査を利用しながら、家計調査に捉えにくい部分は業務統計を用い、複数の資料情報を最大限活用していることがわかった。

日本にも家計調査が存在し、項目番号 700~729 の保健医療に以下の項目がある。

(700~709).医薬品

- 700.感冒薬
- 701.胃腸薬
- 702.栄養剤
- 704.外傷・皮膚病薬
- 706.他の外用薬
- 709.他の医薬品
- (710).健康保持用摂取品
- 710.健康保持用摂取品
- (711~719).保健医療用品・器具
- 713.紙おむつ
- 711.保健用消耗品
- 712.眼鏡
- 714.コンタクトレンズ
- 719.他の保健医療用品・器具

(720~729).保健医療サービス

- 720.医科診療代
- 722.歯科診療代
- 723.出産入院料
- 721.他の入院料
- 724.整骨（接骨）・鍼灸院治療代
- 729.他の保健医療サービス

これらのデータを利用すると、例えば、歯科診療代では自由診療分、出産入院費用は、正常分娩の医療費データが保険適用とならないために存在せず”出産育児一時金手当金”を活用していることから、推計値の精度が向上する可能性がある。しかし、家計調査はSHA推計に必要な供給主体別などの情報を保持していないという点も指摘できる。利用の為には、韓国のような推計方法を開発しなければならない。今後、引き続き日本版SHAの精度向上に向け推計方法およびデータソースを精査していくと同時に、次年度は近年新たに加えられた人的資源（Human Resource）と資金（Financing Source）、LTC（Long Term Care）の給付範囲、保健予防活動等についての定義やその負担に関するデータを整備する。

（日本におけるOECDのSHAに準じた保健医療支出推計で利用している統計資料一覧）

- 1.補助金総覧（(1983-)日本電算企画（-1982）財政調査会）
- 2.健康保険法施行令（(法)）
- 3.事業年報（健康保険組合連合会）
- 4.保険と年金の動向（厚生統計協会）
- 5.わが国の母子保健（厚生労働省）
- 6.医療施設（静態）調査（厚生労働省）
- 7.医療施設（動態）調査（厚生労働省）
- 8.介護給付費実態調査（厚生労働省）
- 9.患者調査（厚生労働省）
- 10.国民医療費（厚生労働省）
- 11.国民健康保険事業年報（厚生労働省）
- 12.社会医療診療行為別調査報告（厚生労働省）
- 13.社会福祉行政業務報告（厚生労働省）
- 14.人口動態統計（厚生労働省）
- 15.調剤報酬レセプト調査（厚生労働省）
- 16.（平成14年）就労条件総合調査（-平成13年）賃金労働時間制度等総合調査（厚生労働省）
- 17.病院報告（厚生労働省）
- 18.薬事工業生産動態統計（厚生労働省）
- 19.老人保健施設調査（厚生労働省）
- 20.労働者災害補償保険事業年報（厚生労働省労働基準局）
- 21.介護保険事業状況報告年報（厚生労働省老健局）
- 22.国家公務員等共済組合事業年報（財務省主計局国家公務員共済組合連合会）
- 23.（2003-）給付状況（-2002）介護給付等の状況（平成12年4月～平成13年3月サービス提供）（国民健康保険中央会）
- 24.特別会計歳入歳出決算書（社会保障統計データベース）（財務省主計局（国立社会保障・人口問題研究所））
- 25.平成16年度（第1期事業年度）事業報告書平成16年度（第1期事業年度）財務諸表等（独立行政法人 国立病院機構）
- 26.社会保障統計年報（国立社会保障・人口問題研究所）
- 27.基金年報（社会保険診療報酬支払基金）
- 28.事業年報（社会保険庁）
- 29.（2004-）生命保険の動向（-2003）生命保険ファクトブック（生命保険文化センター）
- 30.市町村要覧（総務省）
- 31.事業所・企業統計調査報告（総務省）
- 32.住民基本台帳人口要覧（総務省）
- 33.地方交付税制度解説（総務省）
- 34.地方公営企業年鑑（総務省自治財政局）
- 35.地方公務員共済組合等事業年報（地方公務員共済組合協議会）
- 36.医療経済実態調査（中央社会保険医療協議会）

37. (2005-) 中小企業の財務指標 (-2004) 中小企業の原価指標 (中小企業庁)
38. 国民経済計算年報 (内閣府経済社会総合研究所編)
39. 私学共済制度事業統計 (日本私立学校振興・共済事業団)
40. 学校基本調査報告書 (文部科学省)

## **E. 結論**

日本の SHA 推計方法と韓国を比較した際、相違の一つに日本のデータソースは各種事業統計 (年報) を活用しているが、韓国は業務統計に加え家計調査で収集された個人医療支出データを利用していることがあげられる。一方で、家計調査は SHA 推計に必要な供給主体別などの情報を保持していないという点も指摘できる。今度、引き続き日本版 SHA の精度向上に向け推計方法およびデータソースを精査していくと同時に、次年度は近年新たに加えられた人的資源 (Human Resource) と資金 (Financing Source)、LTC (Long Term Care) の給付範囲、保健予防活動等についての定義やその負担に関するデータを整備する。

## **F. 健康危険情報**

なし

## **G. 研究発表**

なし

## **H. 知的財産権の出願・登録状況**

なし

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金 (政策科学総合研究事業)  
医療費の構造分析と適正化に向けた政策的課題に関する研究  
分担研究報告書

医療における管理的競争のあり方に関する検討 ①管理競争に関する基礎資料

分担研究者 福田 敬 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部長  
研究協力者 沢村 香苗 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員

**研究要旨** 我が国の医療保険制度における管理競争の導入の可能性を検討するための諸外国調査(医療における管理的競争のあり方に関する検討②)の前段階として、管理競争に関する定義やその仕組みを、管理競争の提唱者である Enthoven の論文及びオランダにおける導入例を通じて整理した。

## A. 研究目的

わが国では、2005 年 10 月に公表された医療制度改革において、都道府県単位の保険者の再編・統合が示され、保険者の広域化、財政基盤の安定化、運営裁量権の拡大が期待される場所である。欧州諸国では、主に医療費の抑制と医療サービスの効率化・質の向上を目的として、1980 年代後半から保健・医療分野への市場原理の導入が行われてきた。

医療における管理的競争のあり方に関する検討②管理競争に関する諸外国の制度設計に関する調査(今野分担研究者)に先立ち、本報告書では管理競争に関する基礎的情報を整理する。

## B. 研究方法

まず、Enthoven による管理競争の基本概念について整理し、次にオランダにおける管理競争の導入例について紹介する。

## C. 研究結果

### 管理競争の基本概念

管理競争の基本概念 (Enthoven 1980<sup>1)</sup>; Enthoven

1993<sup>2)</sup>)について 1.~6.に示す。

### 1. 問題 (なぜ競争か、なぜ管理競争か)

Enthoven による、医療保健サービスに競争を導入する理由と、それが管理競争であることが望ましい理由は下記である。

- ・ 出来高払い方式は、医療機関・医師にも保険加入者にもコストを減らす誘因が働かない(逆にコストを増やす誘因が働く)。
- ・ 総枠予算制では、コストを減らす誘因は生まず、枠の取り合いや、予算を最大限使おうとする誘因になるだけである。また、費用に関する問題が見えにくくなる。
- ・ 自由競争だと健康保険はリスク選択や市場細分化によって加入者を選別しようとする。また加入者については free rider や逆選択の問題が生じる。それらを統制(管理)することが必要である。

つまり、医療費を最適化するために競争を導入する際、市場の失敗を防ぐために必要な工夫(Enthoven は tool と表現している)を加えたもの