

表1 総保健医療支出の対GDP比

No.	国名	年	割合(%)
01	United States	2004	15.6
		2005	15.7
		2006	15.8
02	France	2004	11.0
		2005	11.1
		2006	11.0
03	Switzerland	2004	11.3
		2005	11.2
		2006	10.8
04	Germany	2004	10.6
		2005	10.7
		2006	10.5
05	Austria	2004	10.4
		2005	10.4
		2006	10.2
06	Belgium	2004	10.5
		2005	10.3
		2006	10.0
07	Canada	2004	9.8
		2005	9.9
		2006	10.0
08	Portugal	2004	10.0
		2005	10.2
		2006	9.9
09	Netherlands	2004	10.0
		2005	9.8
		2006	9.7
10	Denmark	2004	9.5
		2005	9.5
		2006	9.6
11	Greece	2004	8.7
		2005	9.4
		2006	9.5
12	New Zealand	2004	8.5
		2005	9.1
		2006	9.4
13	Iceland	2004	9.9
		2005	9.4
		2006	9.1
14	Sweden	2004	9.2
		2005	9.2
		2006	9.1
15	Italy	2004	8.7
		2005	8.9
		2006	9.0

No.	国名	年	割合(%)
16	Australia	2004	8.8
		2005	8.7
		2006	8.7
17	Norway	2004	9.7
		2005	9.1
		2006	8.6
18	United Kingdom	2004	8.1
		2005	8.2
		2006	8.5
19	Spain	2004	8.2
		2005	8.3
		2006	8.4
20	Finland	2004	8.2
		2005	8.5
		2006	8.3
21	Hungary	2004	8.0
		2005	8.3
		2006	8.1
22	Japan	2004	8.0
		2005	8.2
		2006	8.1
23	Luxembourg	2004	8.1
		2005	7.7
		2006	7.3
24	Slovak Republic	2004	7.2
		2005	7.0
		2006	7.3
25	Ireland	2004	7.5
		2005	7.3
		2006	7.1
26	Czech Republic	2004	7.2
		2005	7.1
		2006	6.9
27	Korea	2004	5.7
		2005	6.1
		2006	6.5
28	Poland	2004	6.2
		2005	6.2
		2006	6.2
29	Mexico	2004	5.8
		2005	5.8
		2006	5.8
30	Turkey	2004	5.9
		2005	5.7
		2006	5.7

出所：OECD Health Data 2009

く、高齢化率も20.2%であるために、日本同様、医療費増大および人口高齢化が問題となっている。

ドイツは、ビスマルクの社会政策三部作である労働者医療保険法(1883年)、労災保険法(1884年)、障害・老齢保険法(後の年金保険法)(1889

年)に見られるように世界で初めて社会保険方式による医療保障制度を導入した国である。また、2007年の「公的医療保険競争強化法」の成立により、2009年1月より全ての国民が公的医療保険または民間医療保険に加入することで、事実上の皆保険となり、国民の約90%が公的

医療保険に加入している。高所得者や自営業者等で一定額以上の年収（2007年度は4万7700ユーロ）の者は、民間保険に入ることが許可されている一方で、一定額以下の年収の者は収入に応じた保険料支払いという社会連帯がベースの公的保険に加入しなければならない。

近年は、人口構造の変化等に伴い保険給付が増大するとともに、雇用情勢等を反映し、保険料収入の基礎となる被保険者の収入が伸び悩み、各種社会保険の保険料率の合計は賃金の約40%と、高い水準に達した。そこで、更なる保険料の上昇を抑えるために、給付の質を改善しつつ保険料負担を抑制していくこと等を主眼として、各制度の改革が進められている。

ドイツ保険給付の内容は、以下の8種類³⁾である。

1) 健康増進、疾病の予防および早期発見のための給付、2) 医師・歯科医師による外来診療、3) 医薬品、療法、補助具の給付、4) 入院療養給付、5) 在宅看護、6) 家事援助、7) 医療リハビリテーション給付、8) 母性援助

外来は、開業医（保険医）によって行われている。保険医は一般医と専門医に分かれており、原則として、患者は最初に一般医の診察を受け、専門医や病院での治療が必要であると判断した場合には、紹介状を発行し、患者はそれを持って専門医や病院へ行くことになっている。

ドイツの病院は、10床以上のベッドを有し、基本的に入院による治療を行う施設であり、日本のように一般的な外来診療は行っていない。しかし、1993年以降は、入院前後の診療および外来の手術（保険医による手術を含む）も行われるようになっている。

患者の自己負担は以下のように設定されている。

- ・外来：同一疾病について四半期ごとに10ユーロだが、他の医療機関からの紹介状持参の場合、18歳未満の場合などには、診察料不要である。「家庭医」を選択している場合は、年20ユーロの参加料のみで、診察料は免除される。

- ・入院：1日あたり10ユーロの患者負担が、年28日間を限度として課せられる。18歳未満は免除される。
- ・医薬品：患者負担は給付額の10%だが、負担額の最高が10ユーロ、最低が5ユーロである。

医療機関数は、2006年で一般病院が2,104、薬局が2万1,551である。公的保険者である疾病金庫は2009年現在で202カ所存在し、統合により数は減少傾向にある。

韓国の医療制度概要

韓国の人口は、OECDヘルスデータに収載されている30カ国中で第9位の約4845.6万人であり、日本の約38.1%である。また、対GDP比の総医療保健支出は6.8%であり第29位と低い。合計特殊出生率は1.26と低いが、高齢化率は9.9%である。

韓国では、公的医療保険制度の導入においてはドイツおよび日本の制度を参考としており、1989年から国民皆保険が始まった。また、2000年7月に地域医療保険と職場医療保険が統合管理・運営され、保険者は一つになった（国民健康保険公団（National Health Insurance Corporation, NHIC））。また、低所得者向けには、国民基礎生活保障制度（公的扶助制度）に対応する医療給付があり、健康保険と併せて全国民をカバーする体系となっている。

保険料は、以下のように設定されている。

- ・被用者（職域）：平均の月賃金の5.08%。民間・公的機関は労使折半、私立学校は被雇用者が50%・学校の経営者が30%・政府が20%を負担する。
- ・自営業（地域）：保険料賦課点数×点数あたりの金額。

患者の自己負担は、入院の場合は通常20%とされている。ただし、重症疾患（肝臓癌、胃癌、肺癌など全ての癌、白血病、脳腫瘍）の患者、稀少で難治性の疾患（保健福祉家族部が指定する138の疾患群）の患者については自己負担が

10%とされている。

外来の自己負担は、医療機関の種類によって異なる。

- ・総合専門病院（専門療養機関）：診療費の60%と診療1回ごとの相談料
- ・総合病院：診療費と診療1回ごとの相談料の合計の50%
- ・病院：診療費と診療1回ごとの相談料の合計の40%
- ・診療所：診療費の30%
- ・薬剤：総計の30%

韓国の医療機関数等は、2004年時点において日本の病院に相当すると考えられるもの1,253、医科診療所に相当すると考えられるもの2万4,301、歯科診療所に相当すると考えられるもの1万2,083、薬局に相当すると考えられるもの1万9,838、その他の種類を併せると合計7万0,394存在する³⁾。

近年の韓国の医療費は急増している（表2）。1996年から2006年までの10年間で7兆6,230億ウォンから28兆5,580億ウォンへと約3.7倍となり、特に2000年の皆保険後の増加率は35.6%と高い。また、総保健医療支出の対GDP比率については、1996年4.3%であったものが2006年には6.5%に上昇した。また、2008年7月より介護保健制度（高齢者（介助）保険制度）も導入された。

表2 医療費の推移（10億ウォン）

	対GDP比	保険者負担	患者負担	合計	増加率 (対前年度比)
1996	4.3	4,948	2,675	7,623	0.0
1997	4.3	5,750	3,054	8,804	15.5
1998	4.3	6,751	3,214	9,965	13.2
1999	4.6	7,778	3,928	11,706	17.5
2000	4.9	8,957	4,184	13,141	12.3
2001	5.5	12,955	4,864	17,819	35.6
2002	5.3	13,692	5,369	19,061	7.0
2003	5.6	14,692	5,842	20,534	7.7
2004	5.7	16,099	6,257	22,356	8.9
2005	6.1	18,015	6,782	24,797	10.9
2006	6.5	21,137	7,421	28,558	15.2

総保健医療支出の項目の機能別分類での比較

SHAの機能別分類HCについて、ドイツ、韓国の担当者から各分類に含まれる項目に関する情報を収集し、比較したものを表3に示す。

HC.1.1(入院診療費)は、3カ国ともに算出している。HC.1.2(日帰り診療)は、日本と韓国はデータソースの問題から推計できずHC.1.1に含めており、ドイツは公的保険の開業医による診察、透析、日帰り手術の医療費を推計している。HC.1.3(外来診療)は3カ国ともにほぼ共通して推計している。HC.1.4(在宅診療サービス)に関しては3カ国ともに推計してはいるものの、含んでいる内容が異なっている。

HC.2(リハビリテーションサービス)は、日本はHC.2.2(日帰りリハビリテーション)とHC.2.4(在宅でのリハビリテーション)を推計しており、ドイツはHC.2.1(入院リハビリテーション)とHC.2.3(外来リハビリテーション)を推計している。しかし、韓国はHC.2の全項目をHC.1.1に含めているとして推計していない。

HC.3(長期医療系サービス)は、特にHC.3.1(長期医療系施設サービス)に関してはドイツは全ての介護施設の費用を含むとしているが、日本と韓国は介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の費用を含んでいないという違いがある。

HC.4(医療の補助的サービス)では、3カ国ともにHC.4.1(臨床検査)およびHC.4.2(画像診断)はHC.1に含まれるとして、推計していない。HC.4.3(患者搬送および救急)は3カ国共通して推計している。

HC.5(外来患者への医療材の提供)とHC.6(予防および公衆衛生サービス)は、ほぼ共通して推計している。

HC.7は、3カ国ともに推計しているが、韓国は行政費用(保健福祉家族部であり、日本の厚生労働省に相当する)を含んでいるという違いがある。

このように、各国で推計に含めている項目に、

表3 HC分類に含まれる項目の3カ国比較

機能別分類 HC	日本	ドイツ	韓国
HC1：診察サービス			
HC1.1：入院診療 In-patient curative care	入院医療費、入院時食事医療費、正常分娩費、病院施設運営費補助金	公的保険の入院診療・入院分娩(自己負担分を含む)、民間保険の一般的な病院給付、医長指名や宿泊に関する選択的サービス	あらゆる入院および日帰り診療医療費
HC1.2：日帰り診療 Day cases of curative care	(HC1.1に含まれている。)	公的保険の開業医による診察、透析、日帰り手術	(HC1.1に含まれている。)
HC1.3：外来診療 Out-patient curative care	入院外医療費、薬局の薬剤調剤技術料、診療所の補助金合計、歯科診療医療費	開業医による診療、開業歯科医による診察、保存的外科治療、その他の医療職による治療、妊娠及び出産の際の開業医による世話	あらゆる外来医療費、歯科診療医療費、人間ドック
HC1.4：在宅診療サービス Services of curative home care	訪問看護医療費	公的保険の治療介護、開業医による診療、透析 物的費用(部分的)	自宅分娩に対する現金給付
HC2：リハビリテーションサービス			
HC2.1：入院リハビリテーション In-patient rehabilitative care		入院リハビリテーション給付、障害者の社会参加支援、子供への治療教育的給付、サナトリウム、療養的治療・湯治	(HC1.1に含まれている。)
HC2.2：日帰りリハビリテーション Day cases of rehabilitative care	介護保険の通所リハビリテーションに係る費用	(HC2.1に含まれている。)	(HC1.1に含まれている。)
HC2.3：外来リハビリテーション Out-patient rehabilitative care		医学的リハビリテーション(依存症を含む)、負荷検査、作業療法、障害者のための社会参加支援、子供のための治療教育的給付	(HC1.1に含まれている。)
HC2.4：在宅でのリハビリテーション Services of rehabilitative home care	介護保険の訪問リハビリテーションに係る費用、居宅療養管理指導に係る費用	(HC2.3に含まれている。)	(HC1.1に含まれている。)
HC3：長期医療系サービス			
HC3.1：長期医療系施設サービス In-patient long-term nursing care	介護老人保健施設、介護療養型医療施設、及び短期入所療養介護に係る費用、療養型病床群の入院医療費及び入院時食事医療費	介護ホーム、障害者ホームにおける完全入所介護、ショートステイ介護(自己負担分を含む)	療養病院、療養施設及び在宅老人福祉施設における入院サービス、入所サービスもしくはショートステイサービス
HC3.2：長期医療系通所サービス Day cases of long-term nursing care		介護ホームにおけるデイケア及びナイトケア、介護支援 部分入所介護のための出費	療養病院、療養施設及び在宅老人福祉施設におけるデイケアサービス
HC3.3：在宅での長期医療系サービス Long-term nursing care:home care	介護保険の訪問看護に係る費用、老人訪問看護医療費	介護手当て・介護現物給付、介護者が介護不可能な場合の在宅介護、追加的な世話の給付	療養病院、療養施設及び在宅老人福祉施設におけるホームケアサービス
HC4：医療の補助的サービス			
HC4.1：臨床検査 Clinical laboratory	(HC1.1に含まれている。)	(HC1.3に含まれている。)	(HC1.1に含まれている。)
HC4.2：画像診断 Diagnostic imaging	(HC1.1に含まれている。)	(HC1.3に含まれている。)	(HC1.1に含まれている。)
HC4.3：患者搬送および救急 Patient transport and emergency rescue	移送費、救急業務費	救急車、救急医専用車、医学的診療の際のタクシー及びレンタカー、患者移送車・飛行機による救助(自己負担分を含む)	移送費、救急車
HC4.9：その他の様々な補助的サービス All other miscellaneous ancillary services			
HC5：外来患者への医療財の提供	外来処方薬合計、一般薬合計、衛生材料費等、眼科用品費、補装具、補聴器、体温計、血圧計	医薬品及び包帯類、薬局等にあるOTC医薬品、介護補助具、聴力補助具、視力補助具・コンタクトレンズ、その他の補助具、要介護の住環境改善のための処置	薬局への処方薬、一般薬、および薬局の薬剤調剤技術料、衛生材料費等、眼科用品費、補装具、補聴器、体温計、血圧計、聴力補助具、視力補助具・コンタクトレンズ
HC6：予防および公衆衛生サービス	妊産婦・乳幼児検診、先天性代謝異常等検査、B型肝炎母子感染防止事業等の費用、学校医の報酬(小学校、中学校、高校)、予防接種、ツベルクリン反応、BCG接種の費用、組合の健診、人間ドック、職域福利厚生	公的な予算、民間及び公的企業による医療サービス、公的医療保険による予防接種、歯科医師による診療、助産師による支援、一次予防、癌の早期発見策、その他の疾病の早期発見策、う蝕防止、企業内での事故予防、教育費用、労働医療職の費用	健康保険公団からの検診、予防接種、BCG接種、職域福利厚生
HC7：保健医療管理業務および医療保険	社会保険運営コスト、民間医療保険の管理コスト	事務管理費における人件費及び物的経費 公的医療保険 + 民間医療保険 + 社会介護保険 + 公的労災保険(一部) + 公的年金保険(一部)	健康保険等の事務管理費、民間医療保険の事務管理費、保健福祉家族部の行政費用(相応分のみ)

特に2デジットレベルでは違いがあることが明らかとなった。

総保健医療支出の比較

SHAの2次元テーブル(HC×HP、HC×HF、HP×HFの3種類)を用いて、3カ国のHC分類ごとに購買力平価(PPP)でUS\$換算した人口1人当たりの保健医療支出額、および保健医療支出額の構成比を比較する。ただし、機能別分類の比較の際、韓国のようにHC.2.1～HC.2.4(リハビリテーション医療)をHC.1(入院医療)から分離することができない項目が存在するので、以下の比較からは、HC.1とHC.2は統合して考える。

HC×HPの2次元テーブルの人口1人当たり金額(US\$)および構成比を表4に示す。

「HC.1 HC.2」×HP.1(病院)は、3カ国ともに30%程度となっている。「HC.1 HC.2」×HP.3(外来)は、日本とドイツは20%程度、韓国は30%程度と高くなっている。

ドイツでは医療と介護が明確に分かれており、病院において長期医療系サービスは提供されていないので、HC.3×HP.1(病院)に値が計上されていない。その分がHC.3×HP.2(外来)に計上されている。一方、日本では介護療養病床(介護療養型医療施設の病床)分が計上されておりHC.3×HP.1(病院)が14%程度となっている。韓国がいずれの供給においても割合は少ないが、これは韓国が介護保険導入前であるからと考えられる。

HC.7×HP.6の行政費用は、ドイツの費用が6.3%と最も高く、韓国が4.2%であり、日本は2.4%と低い。日本が低いのは、厚生労働省分の費用が計上できていないことも要因の一つと考えられる。ドイツは比較的事務および管理費用が高いが、近年の医療制度改革により、保険者(疾病金庫)数の減少に伴い、今後減少していくことが予想されており、実際に0.1%ずつ減少している傾向がみられる。

HC×HFの2次元テーブルの人口1人当たり

金額(US\$)および構成比を表5に示す。

財源別に合計額をみると、3カ国ともHF.1.2(社会保障基金)が最も高くなっており、日本とドイツは約70%程度となっている。これは、一般に社会保険方式を採用している3カ国でも、比較的保険適用の範囲が広いドイツと日本の特徴を表している。一方、韓国のHF.1.2は40%程度と低く、その分HF.2.3(家計負担)が約40%と高くなっているのが特徴である。これは、近年まで保険適用の範囲が狭かった(例えば、MRI検査が保険適用されたのは、2005年以降)韓国の特徴を表している。事実、HF.2.3(家計負担)は、日本とドイツでは15%以下となっているが、韓国は事実上混合診療が認められているため40%と高い。ただし、日本の場合は差額ベッド代や高度先進医療等の保険適用外の診療分がHF.2.3の推計値に含まれていないことから、実際の値よりも低いということも考慮しなければならない。

また、HF.1.1(社会保障基金を除く一般政府)の合計額は、日本が最も高く2005年は399US\$/人(16.5%)、ドイツは234US\$/人(7.5%)、韓国は138US\$/人(11.5%)となっている。

HP×HFの2次元テーブルの人口1人当たり金額(US\$)を表6に示す。

表5(HC×HF)から、韓国の家計負担(HF.2.3)の割合が高いことが明らかとなった。そこで、供給主体別(例えば、入院と外来別)に比較を行うと、入院(HP.1)では社会保障基金(HP.1×HF.1.2)が241US\$/人(17.5%)に対して家計負担(HP.1×HF.2.3)が159US\$/人(11.5%)となっていて、家計負担のほうが高くなっている。一方、外来(HP.3)では社会保障基金(HP.3×HF.1.2)が203US\$/人(14.7%)に対して家計負担(HP.3×HF.2.3)が221US\$/人(16.0%)となっていて、家計負担のほうが高くなっている。韓国でこの家計負担の割合が高いのは、自己負担が入院の場合は20%であるの対して、外来は医療機関の種類によって30%から60%である事情を反映していると考えられる。

表4 SHA table HC × HP の3カ国比較 PPP/Capita:US \$/人(構成比:%)

HC × HP	HP.1: 病院			HP.2: 長期医療系施設および居住施設			HP.3: 外来医療提供者			HP.4: 医薬品の小売、供給			HP.5: 公衆衛生プログラムの提供および管理			HP.6: 一般保健医療管理業務			HP.7: その他の産業(その他経済分野)		
	日	独	韓	日	独	韓	日	独	韓	日	独	韓	日	独	韓	日	独	韓			
HC1 HC2 診療サービスおよび リハビリテーションサービス	2004年	719(315)	933(297)	337(321)	12(0.5)		433(21.6)	697(22.9)	317(30.2)	71(3.1)	57(1.9)				5(0.2)			7(0.7)			
	2005年	756(313)	925(296)	392(328)	13(0.5)		531(22.0)	692(22.1)	353(29.6)	78(3.2)	46(1.5)				5(0.2)			8(0.7)			
	2006年		961(296)	461(33.4)				726(22.4)	468(29.5)		51(1.6)				5(0.1)			10(0.7)			
HC3 長期医療系サービス	2004年	324(14.2)		3(0.3)	69(3.0)	238(7.3)	1(0.1)	9(0.4)	65(2.1)								76(2.5)				
	2005年	327(13.5)		6(0.5)	68(2.8)	246(7.9)	2(0.1)	9(0.4)	68(2.2)								76(2.4)				
	2006年			13(0.9)		259(8.0)	2(0.2)	71(2.2)									76(2.3)	1(0.0)			
HC4 医療の補助的サービス	2004年		12(0.4)				18(0.8)	116(3.8)	3(0.3)								10(0.3)				
	2005年		12(0.4)				18(0.7)	121(3.9)	3(0.3)								11(0.3)				
	2006年		13(0.4)					124(3.8)	4(0.3)								11(0.4)				
HC5 外来患者への 医療財の提供	2004年	86(3.8)		19(1.8)			121(5.3)		43(4.1)	262(11.5)	569(18.7)	266(25.3)					1(0.0)	1(0.1)			
	2005年	97(4.0)		22(1.8)			128(5.3)		48(4.0)	289(12.0)	625(20.0)	289(24.2)					1(0.0)				
	2006年			26(1.9)					51(3.7)		640(19.7)	327(23.6)					1(0.0)				
HC6 予防および 公衆衛生サービス	2004年		6(0.2)	3(0.3)				48(1.6)	2(0.2)				45(2.0)	27(0.9)	3(0.3)		11(0.4)				
	2005年		6(0.2)	4(0.3)				50(1.6)	3(0.2)				47(1.9)	26(0.8)	12(1.0)		11(0.4)				
	2006年		7(0.2)	6(0.4)				54(1.7)	5(0.3)				27(0.8)	14(1.0)			12(0.4)				
HC7 保健医療管理業務 および医療保険	2004年												54(2.4)	179(5.9)	44(4.2)						
	2005年												57(2.4)	182(5.8)	51(4.2)						
	2006年													183(5.6)	53(3.9)						
HC9 分類されないもの	2004年																				
	2005年																				
	2006年																				
合計	2004年	1,129(49.5)	921(30.3)	362(34.5)	81(3.6)	238(7.8)	1(0.1)	640(28.1)	926(30.5)	366(94.9)	333(14.6)	627(20.6)	266(25.3)	45(2.0)	27(0.9)	3(0.3)	54(2.4)	195(6.4)	44(4.2)	97(3.2)	8(0.8)
	2005年	1,180(48.8)	943(30.2)	424(35.5)	81(3.4)	246(7.9)	2(0.1)	685(28.4)	931(29.8)	407(34.1)	367(15.2)	671(21.5)	289(24.2)	47(1.9)	26(0.8)	12(1.0)	57(2.4)	198(6.3)	51(4.2)	99(3.2)	9(0.8)
	2006年		981(30.2)	506(36.6)		259(8.0)	2(0.2)		976(30.1)	468(33.9)	691(21.3)	327(23.6)		27(0.8)	14(1.0)		200(6.2)	53(3.9)		100(3.1)	11(0.8)

表5 SHA table HC × HF の3カ国比較： (PPP/Capita)単位：US\$/人

HC × HF	HF.1.1. 社会保障基金を除く 一般政府			HF.1.2. 社会保障基金			HF.2.1-HF.2.2. 民間が扱う保険 (社会保険を含む)			HF.2.3. 家計負担			HF.2.4. 対家計 民間非営利団体 (社会保険以外)			HF.2.5. 企業 保険(医療保険以外)			HF.3. その他		
	日	独	韓	日	独	韓	日	独	韓	日	独	韓	日	独	韓	日	独	韓	日	独	韓
HC1 HC.2. 診療サービスおよび リハビリテーションサービス	2004年	183(8.0)	116(3.8)	62(5.9)	911(39.9)	1,237(40.7)	312(29.8)	28(1.2)	167(5.5)	37(3.5)	242(23.1)	141(4.6)	172(7.5)	6(0.2)	5(0.5)	2(0.1)	3(0.2)				
	2005年	191(7.9)	113(3.6)	74(6.2)	988(40.9)	1,246(39.9)	345(29.9)	31(1.3)	174(5.6)	42(3.6)	284(23.8)	133(4.3)	167(6.9)	5(0.2)	5(0.4)	2(0.1)	3(0.3)				
	2006年		116(3.6)	90(6.5)		1,304(40.2)	410(29.7)		182(5.6)	48(3.5)	321(23.2)	141(4.4)		5(0.2)	6(0.4)	2(0.1)	4(0.3)				
HC.3. 長期医療サービス	2004年	176(7.7)	53(1.7)	2(0.2)	178(7.8)	226(7.4)	2(0.2)	18(0.8)	7(0.2)		90(3.0)	30(1.3)		3(0.1)							
	2005年	178(7.4)	53(1.7)	3(0.3)	180(7.5)	230(7.4)	3(0.3)	19(0.8)	7(0.2)		97(3.1)	28(1.2)		3(0.1)							
	2006年		53(1.6)	6(0.5)		235(7.2)	7(0.5)		7(0.2)		107(3.3)			3(0.1)							
HC.4. 医療の補助サービス	2004年	18(0.8)	11(0.4)	2(0.2)		96(3.1)			24(0.8)		8(0.3)										
	2005年	18(0.7)	12(0.4)	2(0.2)		99(3.2)			25(0.8)		9(0.3)										
	2006年		12(0.4)	2(0.2)		103(3.2)			26(0.8)		9(0.3)										
HC.5. 外来患者への 医療の提供	2004年	4(0.2)	27(0.9)	15(1.4)	309(13.5)	370(12.2)	131(12.5)	2(0.1)	38(1.3)	1(0.1)	182(17.3)	138(4.5)	154(6.7)			1(0.0)					
	2005年	5(0.2)	28(0.9)	19(1.6)	349(14.4)	418(13.4)	149(12.5)	2(0.1)	40(1.3)	1(0.1)	189(15.8)	145(4.6)	158(6.5)			1(0.0)					
	2006年		28(0.9)	26(1.8)		430(13.2)	176(12.8)		42(1.3)	1(0.1)	201(14.6)	146(4.5)				1(0.0)					
HC.6. 予防および 公衆衛生サービス	2004年	8(0.3)	29(1.0)	3(0.3)	24(1.0)	58(1.9)	5(0.5)		2(0.1)		1(0.0)			6(0.2)		14(0.6)	8(0.3)	1(0.1)			
	2005年	8(0.3)	29(0.9)	12(1.0)	25(1.0)	60(1.9)	6(0.5)		2(0.1)		1(0.0)			5(0.2)		14(0.6)	8(0.3)	1(0.1)			
	2006年		29(0.9)	14(1.0)		67(2.1)	10(0.7)		2(0.1)		1(0.0)			5(0.2)			9(0.3)	1(0.0)			
HC.7. 保健医療管理業務 および医療保険	2004年			23(2.2)	46(2.0)	132(4.3)	21(2.0)	8(0.4)	47(1.6)												
	2005年			26(2.2)	48(2.0)	134(4.3)	25(2.1)	9(0.4)	49(1.6)												
	2006年			27(1.9)		134(4.1)	27(1.9)		49(1.5)												
HC.9. 分類されないもの	2004年																				
	2005年																				
	2006年																				
合計	2004年	388(17.0)	236(7.8)	116(10.1)	1,467(64.3)	2,118(69.6)	471(44.9)	57(2.5)	294(9.3)	38(3.6)	426(40.6)	378(12.4)	356(15.6)	14(0.5)	5(0.5)	14(0.6)	12(0.4)	3(0.3)			
	2005年	399(16.5)	234(7.5)	138(11.5)	1,530(65.8)	2,187(69.9)	528(44.3)	61(2.5)	296(9.5)	43(3.6)	475(39.8)	384(12.3)	353(14.6)	14(0.4)	5(0.4)	14(0.6)	12(0.4)	4(0.3)			
	2006年		238(7.3)	165(11.9)		2,272(70.0)	630(45.6)		308(9.5)	50(3.6)	404(12.4)	425(38.0)		13(0.4)	6(0.5)	12(0.4)	5(0.3)				

表6 SHA table HP × HF の3カ国比較：(PPP/Capita) 単位：US \$/人

HP × HF	HF.1.1: 社会保障基金を除く 一般政府			HF.1.2: 社会保障基金			HF.2.1, HF.2.2: 民間が扱う保険 (社会保険を含む)			HF.2.3: 家計負担			HF.2.4: 対家計 民間非営利団体 (社会保険以外)			HF.2.5: 企業 (医療保険以外)			HF.3: その他				
	日	韓	独	日	韓	独	日	韓	独	日	韓	独	日	韓	独	日	韓	独	日	韓	独		
HP.1: 病院	2004年	300(13.2)	62(2.0)	51(4.9)	686(30.1)	751(24.7)	170(16.2)	44(1.9)	84(2.7)	21(2.0)	98(4.3)	20(0.7)	120(11.4)	3(0.1)	1(0.0)								
	2005年	304(12.6)	60(1.9)	62(5.2)	735(30.4)	773(24.7)	192(16.1)	46(1.9)	86(2.8)	25(2.1)	94(3.9)	21(0.7)	145(12.1)	3(0.1)	1(0.0)								
	2006年		61(1.9)	76(5.5)		806(24.8)	241(17.5)		90(2.8)	29(2.1)		21(0.6)	159(11.5)	3(0.1)	1(0.0)								
HP.2: 長期医療施設 および居住施設	2004年	35(1.5)	44(1.5)	1(0.1)	35(1.5)	121(4.0)			3(0.1)		11(0.5)	66(2.2)	1(0.1)	3(0.1)									
	2005年	36(1.5)	44(1.4)	1(0.1)	36(1.5)	124(4.0)			4(0.1)		10(0.4)	71(2.3)	1(0.0)	3(0.1)									
	2006年		43(1.3)	1(0.1)		129(4.0)			4(0.1)			80(2.5)	1(0.1)	3(0.1)									
HP.3: 外来医療提供者	2004年	43(1.9)	68(2.2)	17(1.6)	476(20.9)	619(20.4)	162(15.4)	1(0.1)	100(3.3)	16(1.6)	119(5.2)	129(4.2)	171(16.3)	9(0.3)	1(0.0)								
	2005年	49(2.0)	69(2.2)	20(1.7)	517(21.4)	620(19.8)	176(14.8)	2(0.1)	105(3.4)	19(1.6)	117(4.8)	127(4.1)	193(16.1)	8(0.3)	1(0.0)								
	2006年		71(2.2)	24(1.7)		652(20.1)	203(14.7)		110(3.4)	20(1.5)		153(4.1)	221(16.0)	8(0.2)	2(0.0)								
HP.4: 医薬品の小売供給	2004年	2(0.1)	31(1.0)	13(1.2)	200(8.7)	389(12.8)	118(11.3)	3(0.1)	44(1.4)		128(5.6)	162(5.3)	135(12.8)		1(0.0)								
	2005年	3(0.1)	30(1.0)	17(1.4)	229(9.5)	429(13.7)	135(11.3)	3(0.1)	46(1.5)		132(5.5)	166(5.3)	137(11.5)		1(0.0)								
	2006年		30(0.9)	22(1.6)		442(13.6)	159(11.5)		48(1.5)			169(5.2)	145(10.5)		1(0.0)								
HP.5: 公衆衛生プログラム の提供および管理	2004年	8(0.3)	27(0.9)	3(0.3)	24(1.0)										14(0.6)								
	2005年	8(0.3)	26(0.8)	12(1.0)	25(1.0)										14(0.6)								
	2006年		27(0.8)	14(1.0)																			
HP.6: 一般保険医療管理業務	2004年			23(2.2)	46(2.0)	148(4.9)	21(2.0)	8(0.4)	47(1.5)														
	2005年			26(2.2)	48(2.0)	150(4.8)	25(2.1)	9(0.4)	48(1.5)														
	2006年			27(1.9)		151(4.6)	27(1.9)		49(1.5)														
HP.7: その他の産業 (その他経済分野)	2004年		5(0.2)			82(2.7)	1(0.1)		2(0.1)						5(0.5)								
	2005年		5(0.2)			83(2.6)	1(0.1)		2(0.1)						5(0.4)								
	2006年		5(0.2)			84(2.6)	1(0.1)		2(0.1)						6(0.4)								
HP.9: その他	2004年					7(0.2)			4(0.1)														
	2005年					8(0.3)			5(0.1)														
	2006年					9(0.3)			5(0.1)														
合計	2004年	388(17.0)	236(7.8)	106(10.1)	1,467(64.3)	2,118(69.6)	471(44.9)	57(2.5)	284(9.3)	38(3.6)	356(15.6)	378(12.4)	426(40.6)	14(0.5)	5(0.5)	14(0.6)	12(0.4)	3(0.3)					
	2005年	399(16.5)	234(7.5)	138(11.5)	1,590(65.8)	2,187(69.9)	528(44.3)	61(2.5)	296(9.5)	43(3.6)	353(14.6)	394(12.3)	475(39.8)	14(0.4)	5(0.4)	14(0.6)	12(0.4)	4(0.3)					
	2006年		238(7.3)	165(11.9)		2,272(70.0)	630(45.6)		308(9.5)	50(3.6)		404(12.4)	525(38.0)	13(0.4)	6(0.5)	12(0.4)	5(0.3)						

おわりに

SHA推計に利用するデータおよび推計方法は、SHAマニュアルに準拠して各国が個別に定めたものである。その推計内容はOECDに報告されているものの、OECDが各国の細部の違いを調整するというはなされていない。また、対象とした3カ国をはじめ、OECD加盟国の中でも機能分類上のSHAの概念に含まれる全ての項目を推計できているわけではない。しかし、総保健医療支出は、SHAという共通の枠組みのなかで推計した包括的な数値であり、各国の定義を把握したうえで比較することは意味のあることと考えられる。

これまで国際比較には、総保健医療支出の対GDP比率が主に活用されてきたが、今回比較した、機能、供給主体、財源別の2次元テーブルでも、各国の医療制度を反映した情報を提供できることがわかる。今回対象とした3カ国以外のOECD諸国の2次元テーブル(HC×HP、HC×HF、HP×HF)は、インターネット上に公開されており³⁾、医療制度や政策を比較する際の精緻な分析に資する情報を提供するものであると考えられる。

注

- 1) 機能別分類HCについては、本特集の「国際基準としての医療費」の表2を参照されたい。
- 2) OECDに提出している2次元テーブルに関しては、本特集の「国際基準としての医療費」のSHAの構成と推計方法(12頁)を参照されたい。
- 3) 6)および8)は2006年以降給付対象から外れている

参考文献

- 1) OECD Health Data 2008,
<http://www.OECD.org/health/healthdata>
- 2) A System of Health Accounts,
<http://www.oecd.org/health/sha>.
- 3) OECD.StatExtracts,
<http://stats.oecd.org/index.aspx>
- 4) Health Insurance Review and Evaluation in Korea 2005, P13

謝辞：ドイツのMichael Müller氏 (Economist, Statistisches Bundesamt)、韓国のHyoung-Sun Jeong氏 (Professor, Dept. of Health Administration, Yonsei University)から、データおよび情報提供をいただいた。ここに深謝する。

特集Ⅱ：諸外国の医療費比較

台湾の総保健医療支出

(財)医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 主任研究員

肥塚 修子
Koezuka Naoko

(財)医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 副部長

満武 巨裕
Mitsutake Naohiro

OECD基準の総保健医療支出のガイドラインであるSHA (System of Health Account) 手法は、OECD加盟国や準加盟国、WHO加盟国でも利用されている。さらに、加盟国以外にも利用されており、台湾はその一例である。今回、台湾の行政院衛生署(日本の厚生労働省に相当)からSHAに関するデータを得られたので、紹介する。台湾は、日本同様に少子高齢化が進んできており、また日本の医療保険制度に類似点があるため、比較しやすい国の1つである。

SHAデータは、国際比較が可能となるよう標準的な分類を持つため、国家間で保健医療支出の費用や負担の比較が可能である。2005年時点の台湾の1人当たり総保健医療支出と1人当たりGDPは、OECD加盟30カ国と比較すると、31カ国中25位に位置することが分かった。また、SHAの機能別分類(HC)および財源別分類(HF)で台湾と日本を比較した結果、台湾は日本より総保健医療支出に占める外来医療費の割合および家計負担(自己負担)の割合が高く、これらは台湾の医療供給体制や医療費の自己負担の仕組みを反映していると考えられた。SHAデータにより、医療制度や政策を比較する際の有益な情報が得られる。ただしSHAは、国によってデータソースや推計の範囲も異なるため、比較には注意を要する。

はじめに

OECD基準の総保健医療支出を算出するガイドラインであるSHAの推計手法は、2000年の公表以来、広く受け入れられてきた。具体的には、2009年度はOECD加盟国および準加盟国の39カ国中32カ国がSHA推計結果の提出をしている^{参考文献1)}。さらにSHAは、2003年にWHO、World Bank(世界銀行)およびUSAID(アメリカ合衆国国際開発庁)が低中所得国向けの国民保健計算方法として公表した“Producer Guide”のベースとなり、WHO加盟国も推計を実施する国が増えてきている^{参考文献2)}。OECDおよびWHO加盟国の推計結果(データ)は、ホームページ^{参考文献3)}やOECD Health Data^{参考文献4)}(以下、

OECDヘルスデータ)から得られる。さらに、加盟国以外でも推計を実施している国も増加している。その一例が台湾である。

台湾はOECDやWHOに加盟していないが、日本同様に、社会保険方式による国民皆保険が実現している。人口は日本の約5分の1で、1人当たりGDP(\$US)では日本の半分程度であるが、購買力平価で見ると2005年時点で台湾の1人当たりGDP(\$US, PPP)は世界第28位であり、第24位の日本と大きく変わらない(表1)。また、台湾の平均寿命は日本のよりもやや短く、65歳以上人口比率は日本が19.5%に対して9.7%であるが、2009年の合計特殊出生率は1.0となっていることから、将来的に日本以上の速さで高齢化が進むことが予想されている国である。

表1 台湾と日本の社会経済指標および健康状況比較 (2005年)

	台湾	日本
社会経済指標		
人口(百万)	23	128
1人当たりGDP(US\$)	16,023 ※36位	35,633 ※16位
1人当たりGDP(US\$,PPP)	26,657 ※28位	30,315 ※24位
GDP成長率(%)	3.5	0.7
失業率(%)	4.1	3.5
消費者物価指数(年増加率)	2.3	- 0.3
健康状況		
65歳以上人口比率(%)	9.7	19.5
合計特殊出生率	1.12	1.26
平均寿命(2002年・男性)	74.5	78.6
平均寿命(2002年・女性)	80.8	85.5
乳児死亡率(千人出産当たり)	5.0	2.8

資料出所) 日本の統計値: OECD Health Data 2009

台湾の統計値: Directorate-General of Budget, Accounting and Statistics, Executive Yuan,

R.O.C. (Taiwan)「政府統計總覽」、および中華民国内政部「内政統計年報」

1人あたりGDP(US\$ PPP): IMF World Economic Outlook Database, April 2010

今回、台湾の行政院衛生署からSHAに関するデータを得られたので、紹介する。台湾は、日本の厚生労働省に相当する行政院衛生署(Department of Health, Statistics Office)が中心となり、すでに、1979年から2008年度の推計を完了している。また、SHAデータの基本となるHC×HF、HP×HF、HC×HPの2次元テーブルを全て作成している¹⁾。本稿では、はじめに台湾の医療保険制度概要および台湾と日本の医療提供体制の違いについて述べ、後半で台湾の総保健医療支出(THE)について日本を含む諸外国との比較、さらにSHAデータから機能別分類(HC)、財源別分類(HF)について台湾と日本の比較を試みる。

台湾の医療保険制度概要

台湾では、日本などの制度を参考にするかたちで、1995年に国民皆保険制度が導入された。保険の正式名称は「全民健康保険(全民健康保険)」である。

1950年以降、勤労者(勞工)保険、公務員保険、農民保険などの医療保険が創設されたが、これらは勤労者を対象としたものに限定されて

いたため、医療保険の加入者は1994年時点で57%に過ぎなかった。医療保険未加入者の自己負担の重さが社会問題となり、保険加入対象の拡張必要性の高まりを受け、1995年3月に既存の制度を統合するかたちで国民皆保険制度が導入された。

全民健康保険制度のもとでは、被保険者は、第一類～第六類の6つに分類されている(表2)。また、同じ第一類であっても、公務員および志願軍人は被保険者と雇用者で30対70、私立学校教職員は被保険者・雇用者・政府が30対35対35にて保険料を支払うのに対し、自営業および雇用者は100%被保険者負担となっており、単一保険となっても依然として職業により保険料負担のあり方は異なる。なお、一部の高齢者に対して、保険料を減免する措置も存在する。

台湾全土の医療機関の9割は保険医療機関(特約医療施設数)であり、患者に医師や病院の自由選択が認められている(表3)。医療機関は、病院よりも医科診療所の数が多く、西洋医学系のほかに、漢方の施設(表中の中病院ならびに中診療所)も一定数存在する。

なお、「全民健康保険」の下では当初、出来高払いで医療機関に診療報酬を支払っていた

が、不要な医療需要を引き起こしていることが指摘されたため、段階的に様々な支払制度が導入された。現在は53のDRG/PPS(診断群分類に基づく定額支払方式)が採用されている。また、1998年から「総額予算支払」が歯科、漢方医療、プライマリケアなど順を追って導入され、2002年7月からは全ての病院に「総額予算支払制度」が導入された。

台湾と日本の医療供給体制および医療利用状況の比較

医療提供体制を概観すると、台湾の病床数は、急性期病床でみても、病院病床数でみても、日本より少ない(表4)。人口千人当たり医師数、看護師数、歯科医師数等の医療従事者数は日本より少なく、MRI設備数は日本の8分の1の水準である。総じて、日本ほど資本集約型の医療提供体制ではなく、病床数に比して医師数は多く、平均入院日数も短く、2005年におけるドイ

ツ(10.2日)や英国(9.0日)と近い水準である⁴⁾。台湾における入院治療費の基本自己負担割合は、入院日数が長くなるにつれて高くなる仕組みとなっており(表5)、入院の長期化を防止する大きなインセティブが患者側にある点で日本の制度と異なっている。

台湾の医療利用の状況を見ると、医科の診療回数は日本をやや下回っているが、歯科診療回数は日本の2倍以上である。台湾における歯科治療は1回当たりの自己負担額が50台湾ドルの定額(表6)であることから、歯科や漢方に関しては他の診療科よりもアクセスの統制が緩いことも背景にあると考えられる。なお、台湾における外来診療は、医療機関の種類別ならびに診療の種類別に異なる金額が設定されているのが特徴である。この他、規定の回数以上の外来リハビリや、外来診療の頻度が一定を超えた場合は追加負担金を支払う仕組みになっている。日本の制度と比較すると、自己負担額の設定を変えることで、より明確に医療機関の機能の差別

表2 全民健康保険の対象者の分類

対象者区分	構成比	保険対象	
		本人	家族
第一類	52.51%	公務員および志願軍人 私立学校教職員 公的機関職員および会社員 自営業および雇用者	1. 配偶者 2. 一親等 3. 二親等
第二類	16.47%	特定の雇用者のいない組合員 外国船船員	第1類の定義同様
第三類	13.21%	農業従事者、漁業従事者	第1類の定義同様
第四類	0.63%	兵役従事者	無し
第五類	0.94%	低収入世帯	無し
第六類	16.24%	失業退職軍人 退職軍人の扶養家族 その他地方自治体保護下の加入者	第1類の定義同様

資料出所) 中華民国行政院衛生署中央健康保険局ホームページ 表1 ※構成比は、2008年6月末日時点
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=3&webdata_id=2895&WD_ID=

表3 全民健康保険加入医療施設

	総計	病院	診療所	中病院	中診療所	歯科診療所
全国医療施設数	20,291	484	10,439	22	3,153	6,193
特約医療施設数	18,640	484	9,348	21	2,806	5,961
特約率	91.86%	100.00%	89.55%	95.45%	86.99%	96.58%

資料出所) 中華民国行政院衛生署中央健康保険局ホームページ 表10 ※構成比は、2008年6月末日時点
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=3&webdata_id=2898&WD_ID=

表4 台湾と日本の医療供給体制および医療利用状況比較(2005年)

	台湾	日本
医療供給体制		
急性期病床数(人口千人当たり)	3.2	8.2
病院病床数(人口千人当たり)	4.2	14.1
医師数(人口千人当たり) ※台湾は漢方医を含む人数	1.7	2.2 ※2006年
看護師数(人口千人当たり) ※台湾は助産師を除く	4.1	9.0
歯科医師数(人口千人当たり)	0.4	0.8 ※2006年
MRI設備数(人口百万人当たり)	5.1	40.1
医療利用状況		
平均在院日数(日/人)	9.5	35.7
平均医科(外来)診療回数	12.4	13.7
平均歯科診療回数	3.3	1.2

資料出所) 日本の統計値: OECD Health Data 2009、平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査
台湾の統計値: 行政院衛生署 衛生統計系列(二) 醫療機構現況及醫院醫療服務量統計 年報 96年度 醫療服務量 等

表5 台湾における入院治療費の基本自己負担割合

病棟	一部負担割合			
	5%	10%	20%	30%
急性	-	30日以下	30-60日	61日以上
慢性	30日以下	31-90日	90-180日	180日以上

資料出所) 中華民国行政院衛生署中央健康保険局ホームページ 表7
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=3&webdata_id=2895&WD_ID

表6 台湾における外来治療費の基本自己負担額(台湾ドル)

医療機関	現代医療の外来治療		歯科治療・ 漢方医療	緊急
	紹介無し	紹介有り		
センター病院	360	210	50	450
地域病院	240	140	50	300
地方病院	80	50	50	150
診療所	50	50	50	150

(注) 1台湾ドル=約3円(平成22年5月末日時点)
資料出所) 中華民国行政院衛生署中央健康保険局ホームページ 表5
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=3&webdata_id=2895&WD_ID

化と患者のアクセス統制が図られているといえる。

総保健医療支出 (THE) の比較

台湾の1人当たり総保健医療支出(以下、1人当たりTHE)と1人当たりGDPの水準を、OECD加盟国と比較してみると、2005年にお

いては韓国と非常に近い水準にあることが分かる。1人当たりTHEは表7の31カ国中、韓国に次いで25位であり、日本の3分の1程度である。1人当たりGDPでも韓国に次いで25位である。また、THE対GDP比では、6.1%で31カ国中韓国に次いで29位である(日本は21位)。

台湾においても、少子高齢化が進む中、将来的な医療費の増加が懸念されているが、OECD

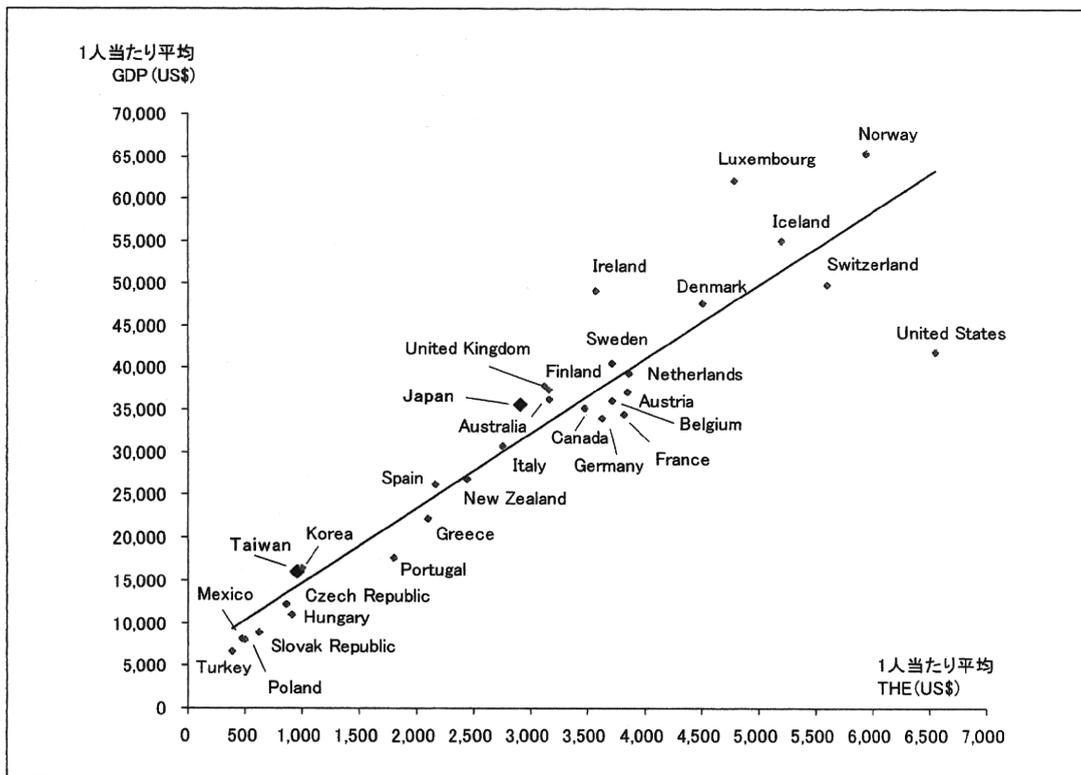
表7 OECD加盟国との比較

1人当たり THE 順位	国	NHE/GDP (%)	1人当たり GDP (US\$)	1人当たり THE (US\$)
1	United States	15.7	41,785	6,558
2	Norway	9.1	65,350	5,941
3	Switzerland	11.2	49,820	5,598
4	Iceland	9.4	55,076	5,198
5	Luxembourg	7.7	62,173	4,789
6	Denmark	9.5	47,552	4,513
7	Netherlands	9.8	39,323	3,865
8	Austria	10.4	37,115	3,847
9	France	11.1	34,346	3,813
10	Sweden	9.2	40,549	3,713
11	Belgium	10.3	36,039	3,711
12	Germany	10.7	34,002	3,628
13	Ireland	7.3	49,037	3,574
14	Canada	9.9	35,108	3,474
15	Finland	8.5	37,426	3,164
16	Australia	8.7	36,202	3,161

1人当たり THE 順位	国	NHE/GDP (%)	1人当たり GDP (US\$)	1人当たり THE (US\$)
17	United Kingdom	8.2	37,823	3,115
18	Japan	8.2	35,628	2,908
19	Italy	8.9	30,736	2,747
20	New Zealand	9.1	26,890	2,436
21	Spain	8.3	26,176	2,168
22	Greece	9.4	22,249	2,100
23	Portugal	10.2	17,647	1,794
24	Korea	6.1	16,441	999
25	Taiwan	6.1	16,023	953
26	Hungary	8.3	10,927	909
27	Czech Republic	7.1	12,185	869
28	Slovak Republic	7.0	8,890	626
29	Poland	6.2	7,953	494
30	Mexico	5.8	8,119	473
31	Turkey	5.7	6,720	383

資料出所) 台湾：行政院衛生署(2009)「中華民國97年國民醫療保健支出」
 日本：OECD Health Data 2009

図1 台湾と日本およびOECD諸国の比較(1人当たりGDPと1人当たりTHE)(2005年)



資料出所) 台湾：行政院衛生署(2009)「中華民國97年國民醫療保健支出」
 日本：OECD Health Data 2009

加盟諸国と比較した場合、2005年時点では1人当たりTHEならびにTHE対GDP比はまだ低い水準にある。

SHA 機能別分類 (HC) の比較

総保健医療支出を、SHAの機能別分類(HC)でみると、「HC.1、HC.2診療サービス(リハビリ含む)」²⁾については台湾が日本を約5%上回っている(表8)。その大半が、外来診療の差によるものである。台湾ではデータソースの関係上、「HC.1.2、HC.2.2日帰り診療(日帰りリハビリ含む)」は算出されていないため、日本の日帰り診療分を外来診療に合算しても、外来診療が総保健医療支出に占める割合は、日本が32.0%のところ、台湾は35.9%となっており、4%近く多い。

一方、「HC.3長期医療系サービス」は、日本が16.4%に対して、台湾では2.5%となっている。日本のSHA推計でここに含まれている入院ならびに施設入所に係る薬剤等の医療財は、台湾の場合HC.5の方に含まれているため、その点

を勘案する必要はある。それでも尚、台湾には日本のような療養病床もあるが、日本ほど高齢化が進んでいないため、長期医療系サービスが総保健医療支出に占める割合は相対的に日本よりも低いことが分かる。

SHA 財源別分類 (HF) の比較

総保健医療支出を、SHAの財源別分類(HF)でみると、台湾では「HF.1一般政府(公的財源)」が6割程度であるのに対して、日本は8割程度となっている(表9)。台湾は、公的資金の中でも、社会保険(「HF.1.2社会保障基金」部分)の割合が大半であり、政府による公的資金の割合は日本よりも10%以上少ない。SHAでは「公的財源」以外はすべて「民間財源」と位置づけられているため台湾の「HF.2民間部門」は4割近くとなっており、日本の2割弱と比べて多い。そのうち、「HF.2.3家計負担(一部自己負担および自費診療)」は台湾が35.9%であるのに対し、日本では15.3%となっている。

総保健医療支出の財源の割合を、公的財源と

表8 SHA 機能分類別比較

分類項目	内容	台湾	日本
HC.1; HC.2	診療サービス(リハビリ含む)	60.1%	55.4%
HC.1.1; HC.2.1	入院診療	24.1%	23.3%
HC.1.2; HC.2.2	日帰り診療	-	0.8%
HC.1.3; HC.2.3	外来診療	35.9%	31.2%
HC.1.4; HC.2.4	在宅診療	0.1%	0.1%
HC.3	長期医療系サービス	2.4%	16.4%
HC.3.1	施設サービス	2.2%	16.0%
HC.3.2	通所サービス	0.1%	-
HC.3.3	在宅サービス	0.1%	0.4%
HC.4	医療の補助的サービス	0.4%	0.8%
HC.5	外来患者への医療財の提供	26.0%	20.1%
HC.5.1	医薬品とその他非耐久性医療財	23.3%	19.2%
HC.5.2	医療器具とその他の耐久性医療財	2.7%	0.9%
HC.6	予防および公衆衛生サービス	1.1%	2.1%
HC.7	保健医療管理業務および医療保障	5.8%	2.3%
HC.R	保健医療提供機関の資本形成	4.2%	2.9%
総保健医療支出	100%	100%	

資料出所) 台湾: 行政院衛生署「台湾以SHA為基礎之国民健康帳 2005技術報告」p76

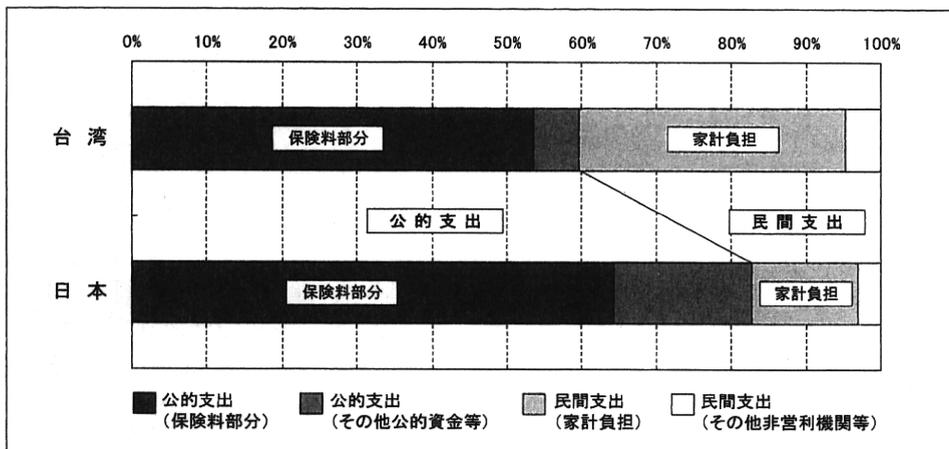
日本: 医療経済研究機構「2005年度OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計 報告書」資料2-1、2-3

表9 SHA 財源分類別比較

分類項目	内容	台湾	日本
HF.1	一般政府	59.4%	81.5%
HF.1.1	社会保障基金を除く一般政府	5.4%	19.0%
HF.1.1.1	中央政府	3.3%	15.2%
HF.1.1.2; HF.1.1.3	地方政府・地方自治体	2.1%	3.8%
HF.1.2	社会保障基金	54.0%	62.5%
HF.2	民間部門	40.6%	18.5%
HF.2.1	民間が扱う社会保険	-	0.0%
HF.2.2	民間の保険会社(社会保険以外)	1.2%	2.4%
HF.2.3	家計負担(一部自己負担および自費診療)	35.9%	15.3%
HF.2.4	対家計民間非営利団体	3.5%	-
HF.2.5	企業(医療保険以外)	-	0.8%
HF.3	その他	-	-
総保健医療支出		100%	100%

資料出所) 台湾：行政院衛生署『台湾 以SHA 為基礎之国民健康帳 2005 技術報告』p76
 日本：医療経済研究機構『2005年度 OECDのSHA 手法に基づく保健医療支出推計 報告書』資料2-1、2-3

図2 台湾と日本の総保健医療支出の財源比較



資料出所) 表9に同じ

民間財源、そのうち保険料部分と家計負担部分に着目して現したものが図2である。これを見ると、台湾の方が民間支出の割合が多く、家計負担部分で20%近く差があることが分かる。

しかし、このデータだけで、「日本の家計負担が台湾に比べて低い」と結論づけることはできない。台湾では、家計の保健医療関連支出を把握するため、毎年標本抽出した上で家計調査を行っている。そのため、家計調査の結果を基に家計の保健医療関連支出をSHAのHF.2.3に

計上することができるが、日本には現在そのようなデータが存在しない。従って、日本の場合、保険給付対象以外の自費診療分の医療費は、概念的にSHAに含まれているが、推計に適したデータが存在しないため、推計不能となっている。その中には、入院医療の室料差額や、高度先進医療、歯科の自由診療、保険給付対象外のある摩・マッサージ、美容整形に係る費用などがあり、これらが総保健医療支出に含まれば、日本の家計負担の値は膨らみ、その結果民間支

出は相対的に現行よりも割合が増えることになる。このことから、SHAの総保健医療支出における家計負担を比較する上では、比較する国の公的保険の給付範囲と併せて、保険給付対象外の医療費についてどこまで捕捉できているかという点を考慮する必要があるのである。

おわりに

台湾は、日本、韓国、ドイツと同様、社会保険制度を採用し、国民皆保険を実現している点など、類似点が多い。更に、日本の医療・介護制度の経験等を参考にして、近く介護保険制度の導入する予定である。現時点では日本の方が高齢化率は高いものの、合計特殊出生率が1.0の台湾は、日本以上の速さで高齢化が進むことが予想されている。

台湾の国民皆保険や介護保険の導入時期は日本より遅かったが、一方で、日本より進んでいる点も存在する。近年、台湾では、医療費等の統計資料およびデータベースが整備され、日本よりも速く、正確なデータが得られる環境が整っている。具体的には、1998年に台湾の医療ナショナルデータデータベース「全民健康保険研究資料庫(National Health Insurance Research Database)」が構築され、1997年からの医療費データが蓄積され、活用されている。このナショナルデータベースを利用することによって、既に台湾では2008年の国民医療費データが公表されている。

一方、日本の国民医療費は一年以上経過してから公表される状況であり(現時点で、日本の国民医療費の最新は2007年度)、全国のレセプトを収集するナショナルデータベースも活用には至っていない状況である。エビデンスに基づいた医療政策・制度の立案、制度導入効果の検証のためにも、いち早く正確な統計データを入手できる環境を整えることが必要であり、日本が見習う点である。

今回、SHAの機能別分類データと財源別分類データの比較を行ったが、比較する国々の細

かな制度上の違い、整備されているデータの特徴の違いから、SHAの項目内で直接比較することが適切であるとは限らない場合もある。例えば、本論の機能別分類の「HC.3長期医療系サービス」や、財源別分類の「HF.2.3家計負担」の部分で述べたように、国家間で当該項目に含めている内容が大きく異なっていることや、項目は揃っていてもデータソースの問題から、実際の支出よりも低い値でしか計上されていない項目もあるため、比較する際には注意を要する。

SHAは、国際比較が可能となるよう標準的な分類を持つことが特徴である。そのためSHAに準拠した医療費統計を整備することで、OECDやWHO加盟国以外の国とも比較可能となり、医療制度や政策を比較する際の有益な情報を提供することが可能である。今後、データを作成・提出する側には、より迅速で精緻な推計データの提供が求められ、利用者には、上述したようなSHAデータの注意点を踏まえた上で、広くデータを利活用することが望まれる。

注

- 1) 各2次元テーブルに関する詳細は、本特集の「国際基準としての医療費」におけるSHAの構成と推計方法(P.12)を参照のこと。
- 2) リハビリは本来HC.2に個別に分類されるが、台湾のSHAデータはHC.1の診療サービスとの合算でしか算出されていないため、その定義に合わせて日本のSHAデータを掲載している。

参考文献

- 1) A System of Health Accounts,
<http://www.oecd.org/health/sha>.
- 2) Guide to Producing National Health Accounts,
http://www.who.int/nha/docs/English_PG.pdf
- 3) OECD.StatExtracts,
<http://stats.oecd.org/index.aspx>
- 4) OECD Health Data 2009,
<http://www.OECD.org/health/healthdata>

