

201302011A-B

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合（統計情報総合）研究事業

OECD 準拠の System of Health Account2011 (SHA2.0) に準じた
推計方法の開発と推計

(課題番号H24-統計-指定-005)

平成24～25年度 総合研究報告書
平成25年度 総括研究報告書

研究代表者 満武 巨裕

平成26年(2014)年3月

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



医療経済研究機構

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合（統計情報総合）研究事業

OECD 準拠の System of Health Account2011 (SHA2.0) に準じた
推計方法の開発と推計

(課題番号H24-統計-指定-005)

平成24～25年度 総合研究報告書

平成25年度 総括研究報告書

研究代表者 満武 巨裕

平成26年（2014）年3月

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



医療経済研究機構

目 次

I. 総合研究報告書 平成25年度 総括研究報告書	
OECD 準拠の System of Health Account2011 (SHA2.0) に準じた推計方法の開発と推計.....1	
満武巨裕	
II. 分担研究報告書	
平成24年度 分担研究報告書	
1. SHA2011 に準拠した推計.....7	
満武巨裕、村井昂志（研究協力者）、田中 滋、福田 敬	
2. SHA 改訂(SHA2011)に関する現状---第 14 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合.....11	
満武巨裕	
3. 諸外国の SHA データの対象範囲、推計方法.....17	
満武巨裕、村井昂志（研究協力者）、田中 滋、福田 敬	
参考資料 I：韓国の保健医療支出の推計方法)20	
参考資料 II：台湾の保健医療支出の推計方法)50	
平成25年度 分担研究報告書	
4. SHA 改訂(SHA2011)に関する現状---第 15 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合.....69	
満武巨裕	
5. OECD の SHA 手法に基づく日本の総保健医療支出の速報値.....73	
満武巨裕、村井昂志（研究協力者）、田中 滋、福田 敬	
6. SHA2011 に基づく FP 分類別の保健医療支出の推計可能性の検討.....85	
満武巨裕、村井昂志（研究協力者）	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表95	
IV. 研究成果の刊行物・別刷96	

厚生労働科学研究補助金（政策科学総合（統計情報総合）研究事業）

総合研究報告書

OECD 準拠の System of Health Account2011 (SHA2.0) に準じた推計方法の開発と推計

研究代表者 満武 巨裕

一般財団法人 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

研究要旨

本研究の目的は、OECD 準拠の System of Health Account2011(SHA2.0)に準じた推計方法の開発と推計を行うことである。

初年度は、第一に SHA1.0 と SHA2011 に準拠した推計を行い、両者の比較を行う。第二は、日本と諸外国の推計方法を比較し、日本の推計値の精度向上を目指した。

その結果、2008 から 2010 年度の SHA2011 準拠の推計（経常保健医療支出）を行い、2008 年度では 47 兆 9147 億円（対 GDP 比では 9.6%）、2009 年度では 49 兆 9936 億円（対 GDP 比では 10.6%）、2010 年度では 51 兆 8107 億円（対 GDP 比では 10.7%）となった。諸外国の推計方法に関しては、今回は日本と類似した医療保険制度を導入している韓国、台湾を対象とした。その結果、日本との相違点としては、保険適用外費用推計のデータソースとして家計調査(Household Survey)を利用していた。日本の国民生活基礎調査(厚生労働省)の医療費に関する調査項目には、保険適用の有無の区別が存在しない。現在、日本はデータソースの問題から保険適用外医療費が過小推計となっているが、新しいデータソースである家計調査や家計パネル調査を利用することで、推計精度向上の可能性がある。性別・年齢階層別の疾病別医療費の推計は、OECD 事務局と協議して日本で推計可能な精度での方法論を検討した。

次年度は、2016 年度から SHA2011 準拠に切り替わるまでの OECD に提出するデータの統一、速報値、新しい FP 分類の検討等を行った。

その結果、速報性の高いデータソースである厚生労働省「MEDIAS」を利用する等の方法により、2 年前(t-2)の値を速報値として出す手法を検討することができた。SHA1.0 ベースの総保健医療支出の速報値は、2012 年度 48.3 兆円（対 GDP 比 10.2%）となった。なお、2008～2010 年度分について速報値と確報値とを比較すると、速報値は確報値よりもやや額が小さいものの、乖離率は 1%に満たず、おおむね正確な推計となっている。また、SHA2011 で新設された分類である FP (Factors of Provision =医療提供に係る要素) 分類別の保健医療支出について推計の方法論を検討した。FP 分類のためのデータソースが存在しない HP 項目や、データソースは存在するが当該データソースの支出項目の粒度が粗く複数の 1st digit にまたがる項目が存在する HP 項目があることが明らかとなった。

研究分担者

田中 滋、慶應義塾大学大学院経営管理研究科、教授

福田 敬、国立保健医療科学院 研究情報支援研究センター、上席主任研究官

研究協力者

村井昂志、(元) 一般財団法人 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

A. 研究目的

SHA(System of Health Account)は、OECD(経済協力開発機構)加盟国の国民保険計算(National Health Accounts)を推計する際のガイドラインである。(SHAは2000年に公表され、以下SHA1.0とする。)国民保健計算には、傷病の治療に要する医療費に加えて、長期ケア(介護保険)、健康増進・疾病予防、一般薬(OTC)、保険制度の運営等も含めた保健医療に関する支出が含まれる。

日本の国民医療費(厚生労働省統計情報部)は、推計範囲が公的な医療保険の対象となりうる傷病の治療に要した費用(支出)を推計したものである。しかし、諸外国の保健医療支出を比較する際には、国によって公的医療保険の対象範囲も異なるために、現在では事実上のグローバルスタンダードになっているSHA1.0準拠の推計値が用いられることが多い。

OECD加盟国は2001年から、このSHA1.0に沿った推計結果を保健医療支出としてOECD事務局に提出している。2006年、OECDヘルスアカウント専門家会

議において急速な医療技術の進歩、多くの国で複雑化している保健医療システムをより正確にモニタリングするための改良が求められていた等の理由から、SHA1.0の改定作業が始まった。2011年10月に改訂作業は終了し、SHA2011という名称で公表された。

そこで、本研究の目的は、以下としている。

初年度は、第一は、SHA1.0とSHA2011に準拠した推計を行い、両者の比較を行う。第二は、日本と諸外国のSHAデータの対象範囲、算定方法を比較し、日本の推計値の精度向上を目指す。第三は、OECD加盟国主体で行われている性別・年齢階層別の疾病別医療費の推計を行う。

次年度は、2016年度からSHA2011準拠に切り替わるまでのOECDに提出するデータの統一、速報値、新しいFP分類の検討等を行った。

B. 研究方法

初年度のSHA2011に準拠した推計に関しては、SHA1.0の推計方法をベースに新たにSHA2011準拠の推計方法の開発を行った。初年度の対象期間は、2008年度から2010年度とする。昨年度(厚生労働統計データを利用した総保健医療支出(OECD準拠のSystem of Health Account2.0)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)でも推計方法を作成したが、SHA2011の公表直前にOECD事務局側が独自修正した部分が存在する。そこで、この修正部分についても対応した推計方法を開発し、推計を行う。

第二の日本と諸外国の SHA データの対象範囲、算定方法を比較については、諸外国の SHA 担当者および OECD 事務局の協力を得て調査し、比較検討をおこなう。初年度は、日本と類似の医療保険制度を有する、韓国、台湾の推計方法を検討する。

第三の性別・年齢階層別の疾病別医療費の推計は、OECD 事務局と協議して日本で推計可能な精度での方法論を検討した。

次年度は、2016 年度から SHA2011 準拠に切り替わるまでの OECD に提出するデータの統一、速報値、新しい FP 分類の検討等を行った。

総保健医療支出の推計には、約 30 種類のデータソースを利用しており、OECD が求める項目別の保健医療支出の分類別に推計を行うために用いるデータソースを加えると、約 40 種類である。そこで、速報値の推計にあたっては、総保健医療支出に占める割合が大きい項目については、速報値の正確性は重要であるために、最新のデータも取得することが可能であるかを検討し、取得できない場合は新たなデータソースや推計方法を探索する等によって、推計方法を構築する。一方、割合が小さい項目については、前年度の値を利用する、あるいは過去 3 年間の値から推計（幾何平均）する推計方法をとることで、推計可能性を高めた。

日本においては、現在利用しているデータソースの中に FP 分類に必要な支出データが含まれていないため、新たなデータソースを探索する必要がある。そのため、FP 分類と関連性が強い HP（供給主体）別の支出額に着目し、当該供給主体の支出構成に関するデータソースを探索し、これ

に基づいて FP 別の按分係数を算出する方法を試行した。

C. 研究結果

SHA2011 準拠の経常保健医療支出を推計したところ、2008 年度では 47 兆 9147 億円（対 GDP 比では 9.6%）、2009 年度では 49 兆 9936 億円（対 GDP 比では 10.6%）、2010 年度では 51 兆 8107 億円（対 GDP 比では 10.7%）となった（経常保健医療支出とは、総保健医療支出から保健医療提供機関の資本形成の費用を除外したものである。SHA2011 では、保健医療提供機関の資本形成費用を含まない経常保健医療支出を総保健医療支出としている）。一方、SHA1.0 準拠の経常保健医療支出は、2008 年度では 42 兆 6962 億円（対 GDP 比では 8.5%）、2009 年度では 44 兆 3405 億円（対 GDP 比では 9.4%）、2010 年度では 45 兆 8165 億円（対 GDP 比では 9.5%）である。このように、SHA2011 準拠によることで、保健利用支出は増加する。

第二に、日本と諸外国の推計方法の比較から明らかになったことは、保険適用外費用推計のデータソースとして家計調査（Household Survey）を利用していることであった。今度、家計調査等を利用することで、データソースの問題から過小推計が指摘されていた日本の保険適用外医療費の推計精度の向上の可能性がある。

性別・年齢階層別の疾病別医療費に関しては OECD 事務局との検討を行い。年齢階級は 5 歳階級(0,1-4,5-9,---,80-84, 85 over)とした。疾病分類は、GBD(Global Burden of Disease)、ICD10(国際疾病分

類第 10 版)、ISHMT(International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation)の 3 分類が推奨されていた。そこで、日本のレセプト病名(119 分類と ICD10)と 3 分類の対応表を作成した。また、作成する標準的な疾病別医療費テーブルの検討(入院・外来別)も行った。

SHA1.0 ベースの総保健医療支出の速報値は、2011 年度が 47.5 兆円(対 GDP 比 10.1%)、2012 年度が 48.3 兆円(対 GDP 比 10.2%)となった。なお、2008~2010 年度分について速報値と確報値とを比較すると、速報値は確報値よりもやや額が小さい(過小推計)ものの、乖離率は 1%に満たず、おおむね正確な推計となっている。

方法を試行した。

FP 分類に関しては、データソースは存在するが当該データソースの支出項目の粒度が粗く複数の 1st digit にまたがる項目が存在する HP 項目があった。

D. 考察

SHA2011 準拠の推計は実施したところ、SHA1.0 と比較して、保健医療支出は増加する。日本の OECD 加盟国 34 のうち 20 位(2008 年)という順位が変動する可能性があるが、現時点では未定である。諸外国も日本と同様に対 GDP 比ではオランダは 1.1%、スウェーデンは 1.4%、スロベニアは 0.6%上昇することが、報告されている。

日本は、データソースの問題から保険適用外医療費の過小推計が指摘されていた。日本の国民生活基礎調査(厚生労働省)の医療費に関しては保険適用の有無の区別が存在しない。しかし、家計調査(総務省)、日本家計パネル調査(慶應義塾大学 パネ

ルデータ設計・解析センター)では、存在する。既に、日本家計パネル調査のデータセット利用許可およびデータは入手済みであるために、家計調査の利用も含めて、検討対象とした。

性別・年齢階層別の疾病別医療費は、国民医療費でも 2009 年度から公表されているものの、年齢および疾病区分が粗い(年齢階級の区分が 4、疾病分類が 19 である)。SHA2011 でも、新しい枠組みである疾病別医療費の推計を推進しているために、OECD 推奨に準じた推計を行うことができれば、医療費適正化施策のための基礎資料、および医学、公衆衛生、社会保障、医療経済の研究資料としても活用可能であると考えられる。

速報値は、「MEDIAS」を利用する等の方法により、2 年前(t-2)の値を速報値として出す手法を検討することができた。

FP 分類は、2nd digit 以上のレベルでの FP 分類は困難であり、1st digit レベルにおいても、複数項目にまたがるデータソースをどちらかの項目に一元的に寄せる等の対応を要することが明らかになった。

全 OECD 加盟国は、2016 年度から SHA2011 準拠の推計値を OECD 事務局に提出しなければならない。今後も、OECD 事務局や諸外国の SHA 担当者と連携を取りながら、日本の SHA2011 準拠のデータ作成および推計精度の向上に取り組む予定である。

E. 結論

SHA1.0 の保健医療支出が 45 兆 8165 億円(2010 年度)であるのに対して、SHA2011 に準じた推計値は 51 兆 8107 億であり、対 GDP 比率では 1.2 ポイント

上昇した。

諸外国（今回は、韓国と台湾）の比較から、家計調査等を利用することで、データソースの問題から過小推計が指摘されていた日本の保険適用外医療費の推計精度の向上の可能性がある。

性別・年齢階層別の疾病別医療費の推計は、OECD 事務局と協議して日本で推計可能な精度での方法論を検討した。

今回、速報性の高いデータソースである厚生労働省「MEDIAS」を利用する等の方法により、2年前(t-2)の値を乖離率は1%以下で速報値を推計することができた。

FP分類は、提供する物品やサービスの生産のために必要となる投入(input)の構成に着目した分類であるため、HP別の支出額を母体として、これをFP分類毎に按分する方法が適切と考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 第14回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の報告、満武巨裕、厚生指標、第60巻(4)：33～36頁、2013年
2. 第15回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の報告、満武巨裕、厚生指標、第61巻(3)：36～39頁、2014年
3. 日本の国民保健計算の歩み、満武巨裕、慶應経営論集、第31巻(1)：167～168頁、2014年

H. 知的所有権の取得状況

該当なし

II. 分担研究報告書

厚生労働科学研究補助金（政策科学総合（統計情報総合）研究事業）
分担研究報告書 1

SHA2011 に準拠した推計

満武 巨裕

一般財団法人 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

村井昂志(研究協力者)

一般財団法人 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

田中 滋

慶應義塾大学大学院 経営管理研究科、教授

福田 敬

国立保健医療科学院 研究情報支援研究センター、上席主任研究官

研究要旨

本報告書では、SHA改訂版に準拠した日本の保健医療支出を推計し、その影響について検討する。推計期間は2008年度から2010年度とする。

SHA1.0の保健医療支出が45兆8165億円（2010年度）であるのに対して、SHA2011に準じた推計値は51兆8107億であり、対GDP比率では1.2ポイントの上昇となった。

SHAは保健医療支出を推計する際のグローバルスタンダードになっており、特に保健医療支出の対GDP比率は、国際比較する際に最もよく利用されている指標である。しかし、保健医療支出の対GDP比率は、分母であるGDPの増減（経済状況）に影響されると同時に、分子に計上している範囲も必ずしもOECD加盟国間で統一されていない。したがって、対GDP比率の単年度国際比較を行い、相対的な位置（順位）を検討しても、諸外国の保健・医療政策の評価する指標としての有用性は限定的であることが指摘できる。SHA2011による新たな保健医療支出は、日本同様に他のOECD加盟国もSHA1.0準拠と比較して増加することが報告されており、オランダは1.1%、スウェーデンは1.4%、スロベニアは0.6%上昇すると試算されている。よって、SHA2011準拠後の日本の相対的順位は、現時点では予測できない。

A. 研究目的

国民の保健医療支出は、傷病の治療に要する医療費のみならず、健康増進・疾病予防、健康管理、医療保障制度の運営費等も

含めて捉える必要がある。OECD（経済協力開発機構）は、2000年に保健医療支出を推計するガイドラインであるSHA(A System of Health)を公表した。SHAは、2011年に改訂

版が完成し、2016年度から改訂版に準じた保健医療支出が公表される予定である。

本報告書では、SHA改訂版に準拠した日本の保健医療支出を推計し、その影響について検討する。

B. 研究方法

現在のSHA(以下、SHA1.0)とSHA改訂版(以下、SHA2011)をもとに、経常保健医療支出の推計を行う。推計期間は2008年度から2010年度とする。

C. 研究結果

SHA2011準拠の経常保健医療支出を推計したところ、2008年度では47兆9147億円(対GDP比では9.6%)、2009年度では49兆9936億円(対GDP比では10.6%)、2010年度では51兆8107億円(対GDP比では10.7%)となった。

一方、SHA1.0準拠の経常保健医療支出は、2008年度では42兆6962億円(対GDP比では8.5%)、2009年度では44兆3405億円(対GDP比では9.4%)、2010年度では45兆8165億円(対GDP比では9.5%)である。(経常保健医療支出とは、総保健医療支出から保健医療提供機関の資本形成の費用を除外したものである。SHA2011では、保健医療提供機関の資本形成費用を含まない経常保健医療支出を総保健医療支出としている。)

D. 考察

SHAは保健医療支出を推計する際のグローバルスタンダードになっており、特に保健医療支出の対GDP比率は、国際比較する際に最もよく利用されている指標である。しかし、

保健医療支出の対GDP比率は、分母であるGDPの増減(経済状況)に影響されると同時に、分子に計上している範囲もOECD加盟国間で必ずしも統一されていない。したがって、対GDP比率の単年度国際比較を行い、相対的な位置(順位)を検討しても、諸外国の保健・医療政策の評価する指標としての有用性は限定的であることが指摘できる。

今回、SHA2011準拠の保健医療支出を比較したところ、2010年度の推計結果から対GDP比では1.2ポイントの上昇となる。しかし、日本同様に他のOECD加盟国も増加する可能性がある。実際に、オランダは1.1%、スウェーデンは1.4%、スロベニアは0.6%上昇すると試算されている。よって、SHA2011準拠後の日本の相対的順位は、予測できない。

SHAには、国および地域により保健医療費の概念を揃えるためのガイドラインとしての役割がある。このガイドラインによって推計基準における細かさ、分類が可能な限り統一され、OECD加盟国は保健医療支出の推計、および各分類(機能、供給、財源等)の対応関係を示した標準的な表(SHA tables)を作成している。統一的な標準表形式を用いることで、OECD加盟国間での国際比較が可能となっている。基本的には、以下の3つの考え方が基になっている。

- 1) 機能的な定義：どの種類のサービスが提供され、どの品目の財が購入されたのか。
- 2) 保健医療サービスと財の供給：資金はどこへ行くのか。
- 3) 財源主体：どこから資金がやってきたのか。

1) は 機能 (Classification of

Function: HC)、2)は供給主体 (Providers: HP)、3)は財源 (Financing agents/schemes: HF)の分類と言われている。特徴的なのは3つの分類(HC, HP, HF)の相互関係が保たれていることである。つまり、例えば「ある支出が機能(HC)のどのサービスに該当し、さらに供給主体(HP)の分類のどこに帰属するのか」という関係が表形式で、HC x HPの2次元テーブルとして表現される。今回は、この2次元テーブルも作成した。今後の課題としては、SHA改訂が、各分類にどのような影響を及ぼしたのか、加えてある保健医療上の施策導入の影響が観察できるのか、各2次元テーブルを経年分析する必要がある。

E. 結論

SHA1.0の保健医療支出が45兆8165億円(2010年度)であるのに対して、SHA2011に準じた推計値は51兆8107億であり、対GDP比率では1.2ポイント上昇となった。

F. 研究発表

該当なし

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

SHA 改訂(SHA2011)に関する現状
---第 14 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合---

満武巨裕

一般財団法人 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

研究要旨

2012 年度の第 14 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合においては、SHA2011 に準拠した推計を行うに当たっての諸外国間での情報共有、データの提出時期等の検討等が行われたので報告する。

SHA2011 に準拠した推計については、日本、オランダ、スウェーデン、スロベニアの試行調査結果が公表された。日本は、SHA1.0 での総医療保健支出は 42.9 兆円(2008 年度)、対 GDP 比 8.5%であるが、SHA2011 に伴って対 GDP 比では 9.3%に増加する。オランダ、スウェーデン、スロベニアも同様の傾向であることが報告された。

SHA2011 準拠の推計値提出スケジュールについては、2016 年度から SHA2011 準拠に切り替わるスケジュール案が示され、全加盟国の承認を得た。

また、OECD 事務局は各国の SHA 担当者に対して、各国の政策担当者のニーズにさらに合ったものとするために、推計の速報化を求めている。日本は会合時（2012 年 10 月）の最新データが 2009 年度の推計値である（OECD の定義では、t-3 と表記）。しかし、大半の国（28 か国）が 2010 年の推計値が最新値である（t-2）。これまで日本は主たるデータソースである「国民医療費」公表時期のため、t-3 年のデータを提出してきたが、OECD 事務局の提案（t-1 の提出）に対して、今後日本としてどのような対策をとればよいのか、検討する必要がある。

A. 研究目的

SHA の改定作業が 2011 年 6 月に終了し、現在 SHA 加盟国は SHA2011 に準拠した推計方法の構築や試算を行っている。2012 年度の第 14 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合においては、SHA2011 に準拠した推計を行うに当たっての諸外国間での情報共有、データの提出時期等の検討

が行われたので報告する。

B. 研究方法

2012 年 10 月 10 日～11 日に開催された第 14 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合および会議資料に基づき報告する。会合では、毎年、OECD 事務局の各担当者から各議題について説明を行い、ヘルスア

カウント専門家と OECD 事務局の議論を経て、今後の方針が決められていく。

議題は、以下である。

- 議題 1. 開会の挨拶
- 議題 2. 議長と事務局の選出
- 議題 3. 第 14 回ヘルスアカウント会合の議題採択
- 議題 4. 第 13 回ヘルスアカウント会合の議事録（要旨）の承認
- 議題 5. 2012 年 SHA データの評価および 2013 年 SHA データ収集計画
- 議題 6. SHA2011 推計の実施と試行調査結果
- 議題 7. SHA2011 の財源分類の検討
- 議題 8. SHA2011 準拠の長期ケア費用の推計
- 議題 9. SHA2011 準拠の予防費用の推計
- 議題 10. SHA2011 準拠の資本費用の推計
- 議題 11. 一般薬(OTC)費用の推計
- 議題 12. 今後の財源分類に関するデータ収集計画
- 議題 13. 加盟国によるプレゼンテーション（ギリシャとイギリス）
- 議題 14. 閉会

C. 研究結果

議題 1 から 4 では、OECD 事務局・部門長の挨拶に続き、議長が選出され、事前に配布されていた第 14 回会合の議題、昨年度会議の議事要旨に関する説明があり、全加盟国が承認した。

議題 5 では、OECD 事務局から SHA1.0 データの提出状況の報告がなされた。2012 年は、27 の OECD 加盟国から提出があったことが報告された。また、5 つの EU 加盟国（非 OECD 加盟国）と 2 つの OECD 加盟予定国からの提出もあったために、合計 34 か国のデータが揃い、6 月から OECD.Stat よりデータが公開されている。本議題中には、全 OECD 加盟国に対して SHA データ推計における課題等の報告が求められる。日本としては、2012

年度に提出した SHA1.0 データは 2009 年度であり、2013 年 3 月に 2010 年度を提出する予定であり、推計方法に大きな変更はないと述べた。また、SHA2011 準拠の推計に関しては、日本の試行調査結果を第 13 回会合で報告した通り、対応可能である旨を報告した。

議題 6 では、SHA2011 推計の実施と試行調査結果について OECD 事務局から報告があった。昨年度の試行調査参加国に関しては、SHA2011 の推計が可能であることが確認された旨の報告があった。SHA2011 への切り替え時期については、2014 年度までが準備期間とされ、2015 年度末から SHA2011 準拠の推計値を提出するスケジュール案が示され、承認された。

議題 7 は、財源分類のガイドラインについて OECD 事務局から解説である。

議題 8 は、2000 年に公表された SHA1.0 では、定義が定まっていなかった長期ケアに関する推計である。SHA2011 の改定作業においては、特に長期ケアについての定義について数年の議論行っており、関係部局との調整も行い、合意に至った経緯がある。長期ケアの推計の試行調査には日本も関わっており、対 GDP 比で日本は 0.8、オランダは 1.1 ポイント、スウェーデンは 1.4 ポイント、スロベニアは 0.6 ポイント上昇することが報告された。

議題 9 は、予防に関する費用推計であり、イギリスの SHA 担当者が推計方法に関する説明を行った。

議題 10 は、「保健医療機関の資本形成」に関して OECD 事務局から説明があった。資本形成の費用は、推計方法が国によって

異なり、提出していない国もあることから OECD 事務局で検討を重ねていた。資本形成費用は、SHA2011 から総保険医療支出に含めないことは既に決定しているが、引き続き各国の推計値は収集し続けることが承認された。

議題 11 は、一般薬(OTC)に関して各国のデータソースや推計方法、推計値に関する報告があった。一般薬の費用は、公的医療保険適用外費用の大きな割合を占めるために、引き続き調査を続けることが承認された。

議題 12 は、財源分類のデータの収集について OECD 事務局から説明があった。

議題 13 は、データソース等の問題から SHA データを提出が遅れていたギリシャや SHA 推計をしてこなかったイギリスの取り組みに関する説明がなされた。

D. 考察

第 14 回会合では、大きく 3 つのことが検討された。第一が SHA2011 準拠の推計値の提出スケジュール、第二が SHA1.0 と SHA2011 準拠の推計値の差異、第三が今後の SHA 推計に求められている要求である。

第一のスケジュールについては、2016 年度から SHA2011 準拠に切り替わるスケジュール案が示され、全加盟国の承認を得た。したがって、OECD.stat から公開される推計値は、2016 年 6 月から SHA2011 準拠に統一される。それまでは、OECD 加盟国は従来通り SHA1.0 準拠の推計結果は必ず提出しなければならない。

日本はこれまで諸外国と比べて比較的少ない総医療費で、質の高い医療を提供し

ているといわれてきた。例えば、SHA1.0 での総医療保健支出は 44.5 兆円(2008 年度)、対 GDP 比 8.5%であり OECD 加盟国 34 (ただしトルコのみ未発表) のうち 19 位(2009 年)になるため、「日本は比較的少ない」、との根拠になっている。しかし、SHA2011 に伴って推計値は増加する。具体的には、日本の長期ケアの推計額は 1.8 兆円から 6.4 兆円 (2008 年度)、総保健医療支出の対 GDP 比では 8.5%から 9.3%に増加する。しかし、対 GDP 比の順位は現時点では未定である。その理由は、日本以外の国(例えば、オランダ、スウェーデン、スロベニア)も総保健医療支出が増加する一方で、介護保険制度を最近導入した国(例えば韓国は 2008 年に導入)では変動はないために、加盟国の状況次第だからである。

第三の今後の動向については、OECD 事務局は各国の SHA 担当者に対して、各国の政策担当者のニーズにさらに合ったものに改善するために、推計年の速報化を求めている。日本は推計に必要な統計資料の影響から、現時点(2012 年度)の最新データが 2009 年度の推計値である

(OECD の定義では、t-3 と表記される)。しかし、大半の国(28 か国)が 2010 年の推計値が最新値であり(OECD の定義では、t-2 と表記される)、日本は一年遅れている。OECD 事務局は、推計値の収集を強化したい意向であることが示され、t-1 年のデータ提出も求めてきている。これまで日本は「国民医療費」統計の制約のため t-3 年のデータを提出してきていることを踏まえ、仮に諸外国が OECD 事務局の提案を受け入れてデータの速報性を了

承した場合に日本としてどのような対応が考えられるか、検討していかなければならない。

E. 結論

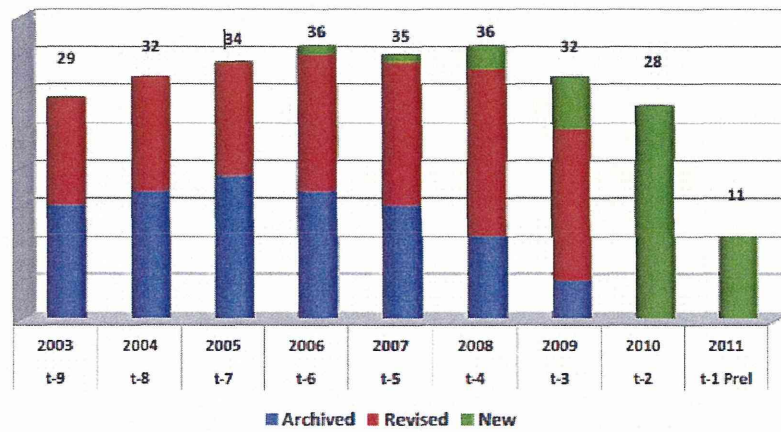
F. 研究発表

1. 第14回 OECD ヘルスアカウント専門家会合の報告、満武巨裕、厚生労働省の指標、第60巻(4)：33～36頁、2013年

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

図1. OECD事務局から示された各国のデータ提出状況



出典) 第14回 OECDヘルスアカウント専門家会合・資料より著者作成

諸外国の SHA データの対象範囲、推計方法

満武巨裕

一般財団法人 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

村井昂志(研究協力者)

一般財団法人 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

田中 滋

慶應義塾大学大学院経営管理研究科、教授

福田 敬

国立保健医療科学院 研究情報支援研究センター、上席主任研究官

研究要旨

日本の総保健医療支出の推計方法の向上を目的に、諸外国の SHA データの対象範囲、推計方法と比較した。今回は日本と類似した医療保険制度を導入している韓国、台湾を対象とした。その結果、日本との相違点としては、保険適用外費用推計のデータソースとして家計調査(Household Survey)を利用していた。日本の国民生活基礎調査(厚生労働省)の医療費に関する調査項目には、保険適用の有無の区別が存在しない。そのため、日本家計パネル調査(慶應義塾大学 パネルデータ設計・解析センター)のデータ利用検討を行った。

日本は、データソースの問題から保険適用外医療費が過小推計となっている。新しいデータソースである家計調査等の利用検討を行うことで、推計精度向上の可能性がある。

A. 研究目的

日本の総保健医療支出の推計方法の向上を目的に、諸外国の推計方法の調査を行う。

はじめに、韓国および台湾の SHA 担当者から SHA 推計に関する資料の提供を受けた。その後、翻訳原稿を基に、担当者との検討を行い、日本の推計方法との比較を行った。

B. 研究方法

諸外国の SHA 担当者および OECD 事務局の協力を得て調査し、比較検討を行う。初年度の対象国は、日本と類似の医療保険制度を有する、韓国、台湾とする。

C. 研究結果

韓国は、データソースとして、公共部門に関しては、政府予算資料や健康保険統計等、主に政府統計を利用している。民間部

門に関しては、政府統計のような統計資料が存在していないため、家計（動向）調査、韓国医療パネル、国民健康栄養調査等を活用していた。民間社会保険に関しては、自動車保険がほぼ唯一のものであり、保険開発院の内部資料を活用していた。また、韓国は経済センサスのデータも活用していた。経済センサスの保健調査票により、保健業に関連した事業者〔総合病院、一般病院、歯科病院、韓方病院、一般医院、放射線診断および病理検査医院、歯科医院、韓医院、公衆保健医療業、救急サービス業、類似医療業、助産業（その他の保健業の一部）、医薬品および医療用品小売業〕の売上額を供給者別総額としている。

台湾は、データソースとして政府の予算書・決算書、国民所得計算、家計調査、国民皆保険制度計算（国民医療費）及び生命保険業務計算等資料を利用して作成していた。しかし、台湾では、韓国のような経済センサスデータは利用していなかった。

D. 考察

家計自己負担支出（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「保険給付（保険適用）になる項目の法定自己負担金」と、「非給付項目の自己負担金」を合わせたものである。この部分の推計値を行うことが保健医療支出の正確性における鍵である。しかし、保険の自己負担以外の家計支出の把握は、困難である。困難な理由としては、政府統計のような資料が存在しないこと、医療機関の保険給付以外の収入の内訳を正確に把握することが困難であること等が挙げられる。

現在、日本はデータソースの問題から保険適用外医療費が過小推計となっている。しかし今後、韓国や台湾のように家計調査を利用することで、推計精度向上の可能性があると考えられる。現在、新しいデータソースである日本家計パネル調査のデータセットを入手し、推計精度の向上を検討している。

また、韓国では経済センサスを利用していた。経済センサスには、保険診療以外の収入も調査項目に含まれるために、経済センサスと家計調査の両方を活用することが望ましい。ただし、韓国の経済センサスは5年に1回ずつ（末尾が0、5の年）実施されているため、中間年度においては家計（動向）調査の増加率を適用して算出していた。

日本では2009年から経済センサスが実施されているが、会社等の所在地の基礎情報の収集が行われた基礎調査であり、収入等が調査されたのは2012年調査である。2012年調査の結果はまだ、公表されていないが、経済センサスの利用も今後の検討課題である。

E. 結論

日本は、データソースの問題から保険適用外医療費の過小推計が指摘されていた。日本の国民生活基礎調査（厚生労働省）の医療費に関しては保険適用の有無の区別が存在しない。しかし、家計調査（総務省）、日本家計パネル調査（慶應義塾大学 パネルデータ設計・解析センター）では、存在する。既に、日本家計パネル調査のデータセット利用許可およびデータは入手済みであるために、家計調査の利用も含めて、

次年度に検討する。

F. 研究発表

該当なし

G. 知的所有権の取得状況

該当なし