

### 3. 資金源

2011年NHE資金源別に分類すると、家計部門が55.7%で最多、次いで政府部門が25.2%、企業部門15.4%、非営利団体6.2%、商業保険行政管理費0.5%。

前年と比較すると、総保健医療支出合計234億元増加しており、その中でも家計部門が199億元増加で85.1%と最多、次いで企業部門は130億元増加で55.6%。続いて政府部門が44億元増加で18.7%、非営利団体が10億元増加で4.4%、商業保険行政管理費は6億元減少で2.5%。

2011年総保健医療支出の個人医療使用部分は7,953億元に達し、全体の87.4%を占めている。家計部門は5,069億元で63.7%(その内34.8%は国民皆保険制度への支払い、65.2%は自費または自己購入自己使用の支払い)、政府部門が1,753億元、企業部門が1,401億元であった。

図 11、民国 100 年 個人医療費用資金源別

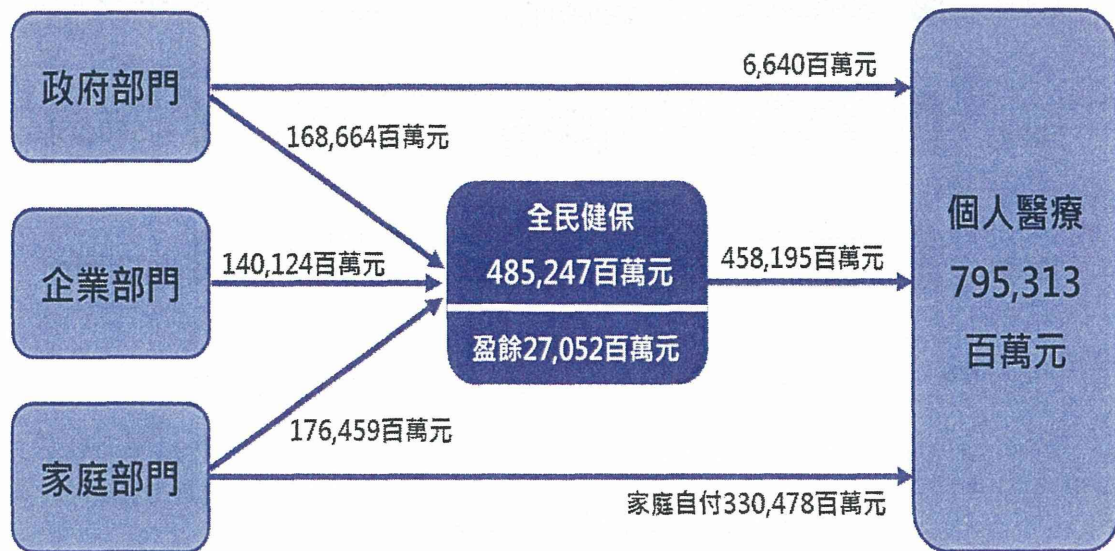


表 13、個人医療資金

単位：百萬元

財源 年	支用単位別				経費來源別			
	合計	全民健保 支付	家庭自付	其他	合計	政府部門	企業部門	家庭部門
85 (r)	346,142	222,938	112,048	11,156	360,325	91,950	68,716	199,660
86 (r)	386,056	237,613	135,584	12,859	395,154	96,410	69,322	229,422
87 (r)	420,656	262,040	147,377	11,239	423,587	100,943	73,804	248,840
88 (r)	454,137	283,795	161,921	8,421	443,221	99,239	76,839	267,143
89 (r)	476,957	288,730	179,432	8,795	483,662	109,251	82,490	291,921
90 (r)	500,348	301,788	188,288	10,272	495,919	112,622	79,654	303,643
91 (r)	535,908	323,255	202,018	10,635	521,973	118,436	83,202	320,335
92 (r)	558,228	337,417	214,958	5,853	559,107	126,051	92,330	340,726
93 (r)	601,364	355,799	238,387	7,178	596,270	130,057	97,176	369,038
94 (r)	632,838	367,397	259,564	5,877	634,412	137,120	102,806	394,486
95 (r)	654,427	382,209	263,232	8,986	653,058	141,799	108,669	402,590
96 (r)	685,067	401,149	278,030	5,888	667,110	138,603	107,556	420,951
97 (r)	714,081	415,928	292,256	5,897	699,985	148,793	110,910	440,283
98 (r)	748,879	434,786	306,138	7,955	716,593	153,446	108,591	454,556
99 (r)	769,473	442,312	320,620	6,541	782,165	168,068	127,106	486,991
100 (p)	795,313	458,195	330,478	6,640	822,365	175,305	140,124	506,937

附註：(r)為修正數；(p)為初歩統計數。

## (三)個人医療支出資金使用及び医療機関割合

2011 年個人医療支出の資金使用は、保険部門が 4,582 億円で 57.6%と最多で、次いで自費が 3,305 億円で 41.6%。2001 年比較はそれぞれ 51.8%と 75.5%増加した。医療機関から見ると、診察部門が 4,210 億円で 52.9%、次いで入院が 1,849 億円で 23.2%、その他専門機関が 605 億円で 7.6%と続いた。

2011 年個人医療支出の中で病院入院費の健保給付は 75.1%を占め、2001 年比較は 1.9 ポイント減少、診察費の健保給付は 68.4%、2001 年比較は 1.2 ポイント減少、その他専門機関は 21.9%で、2001 年比較は 14.0 ポイント減少した。

2011 年個人医療支出の歯科診療所診察項目の資金使用構成は、健保が 34.2%、自費が 65.8%。これは西洋医および漢方医診療所診察の資金が健保を主としていないこと読み取れる。

2011 年個人医療支出の健保給付による医療機関構成比は、入院が 30.3%、2001 年比較は 0.6 ポイント減少、診察が 62.8%、2001 年比較は 3.1 ポイント減少、その他専門機関支出は 2.9%、2001 年比較は 0.6 ポイント増加した。

2011 年個人医療支出の中の自費による医療機関比は、病院入院が 13.1%、2001 年比較は 0.9 ポイント増加、診察は 39.2%、2001 年比較は 4.2 ポイント減少、その他専門機関支出は 14.2%、2001

年比較は7.5ポイント増加した。

表 14、個人医療支出－医療機関・資金使用部門別

単位：百萬元；%

医療機関	100年				90年			
	資金應用 單位	政府	健保	家庭自付	政府	健保	家庭自付	
個人医療	795,313	6,640	458,195	330,478	500,348	10,272	301,788	188,288
醫院住院	184,902	2,846	138,819	43,237	121,158	4,960	93,202	22,996
門診	420,958	3,350	287,911	129,697	286,250	5,311	199,109	81,830
醫院門診	210,892	3,350	163,427	44,114	132,355	5,311	99,797	27,246
西醫診所	109,043	-	82,823	26,220	88,034	-	63,743	24,290
中醫診所	19,922	-	13,917	6,005	14,786	-	10,316	4,471
牙醫診所	81,102	-	27,744	53,357	51,075	-	25,253	25,822
其他專業機構	60,529	445	13,242	46,843	19,517	-	7,011	12,506
其他	128,924	-	18,223	110,701	73,422	-	2,466	70,956
列結構比(%)								
個人医療	100.00	0.83	57.61	41.55	100.00	2.05	60.32	37.63
醫院住院	100.00	1.54	75.08	23.38	100.00	4.09	76.93	18.98
門診	100.00	0.80	68.39	30.81	100.00	1.86	69.56	28.59
醫院門診	100.00	1.59	77.49	20.92	100.00	4.01	75.40	20.59
西醫診所	100.00	-	75.95	24.05	100.00	-	72.41	27.59
中醫診所	100.00	-	69.86	30.14	100.00	-	69.76	30.24
牙醫診所	100.00	-	34.21	65.79	100.00	-	49.44	50.56
其他專業機構	100.00	0.73	21.88	77.39	100.00	-	35.92	64.08
其他	100.00	-	14.13	85.87	100.00	-	3.36	96.64
行結構比(%)								
個人医療	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
醫院住院	23.25	42.85	30.30	13.08	24.21	48.29	30.88	12.21
門診	52.93	50.45	62.84	39.25	57.21	51.71	65.98	43.46
醫院門診	26.52	50.45	35.67	13.35	26.45	51.71	33.07	14.47
西醫診所	13.71	-	18.08	7.93	17.59	-	21.12	12.90
中醫診所	2.50	-	3.04	1.82	2.96	-	3.42	2.37
牙醫診所	10.20	-	6.06	16.15	10.21	-	8.37	13.71
其他專業機構	7.61	6.70	2.89	14.17	3.90	-	2.32	6.64
其他	16.21	-	3.98	33.50	14.67	-	0.82	37.68

(四) 自費保健医療支出 所得5段階別

2011年自費支払医療保健支出は計3,305億元であり、その中でも医療介護支出が2,198億元で66.5%と最多、医薬用品支出が883億元で26.7%と次ぎ、医療用具設備及び器材支出が224億元で6.8%であった。その他家計部門健保保険料支出は計1,765億元。

表15、2011年自費保健医療支出 所得5段階別

単位：百萬元；%

	全體	依可支配所得按戶數五等分位分				
		I	II	III	IV	V
家庭最終消費醫療支出 (1+2+3)	330,478	29,178	48,377	57,456	72,999	122,467
1. 醫療用具設備及器材	22,423	1,070	2,188	3,240	5,692	10,233
2. 醫療照護自付費用	219,777	19,095	33,205	38,438	47,004	82,034
2-1 牙醫一般門診費	6,244	597	914	1,210	1,493	2,031
2-2 假牙、鑲牙及矯正費等	55,682	5,240	7,811	8,179	12,879	21,574
2-3 西醫門診費	59,443	7,634	9,970	11,831	13,401	16,607
2-4 中醫門診費	8,328	867	1,230	1,620	1,976	2,635
2-5 生產費用	3,411	44	190	620	968	1,589
2-6 住院診療費	39,825	2,114	5,436	5,757	7,656	18,862
2-7 慢性療養院、安養院、月子中心、居家照護等費用	41,847	2,180	7,106	8,347	7,373	16,842
2-8 檢驗院、放射線院等費用	1,381	60	110	217	310	683
2-9 民俗醫療費用	3,093	327	386	582	793	1,006
2-10 醫生證明書費	521	33	53	75	154	206
3. 醫藥用品支出	88,278	9,012	12,984	15,778	20,304	30,199
3-1 西藥	22,721	2,736	3,629	4,061	4,853	7,441
3-2 中藥	19,090	2,243	2,917	3,864	4,436	5,631
3-3 健康食品及醫療保健用品	46,467	4,033	6,439	7,853	11,015	17,127
健保保費支出	176,459	11,974	22,850	34,195	43,822	63,617
	結構比(%)					
家庭最終消費醫療支出	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1. 醫療用具設備及器材	6.8	3.7	4.5	5.6	7.8	8.4
2. 醫療照護自付費用	66.5	65.4	68.6	66.9	64.4	67.0
2-1 牙醫一般門診費	1.9	2.0	1.9	2.1	2.0	1.7
2-2 假牙、鑲牙及矯正費等	16.8	18.0	16.1	14.2	17.6	17.6
2-3 西醫門診費	18.0	26.2	20.6	20.6	18.4	13.6
2-4 中醫門診費	2.5	3.0	2.5	2.8	2.7	2.2
2-5 生產費用	1.0	0.1	0.4	1.1	1.3	1.3
2-6 住院診療費	12.1	7.2	11.2	10.0	10.5	15.4
2-7 慢性療養院、安養院、月子中心、居家照護等費用	12.7	7.5	14.7	14.5	10.1	13.8
2-8 檢驗院、放射線院等費用	0.4	0.2	0.2	0.4	0.4	0.6
2-9 民俗醫療費用	0.9	1.1	0.8	1.0	1.1	0.8
2-10 醫生證明書費	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
3. 醫藥用品支出	26.7	30.9	26.8	27.5	27.8	24.7
3-1 西藥	6.9	9.4	7.5	7.1	6.6	6.1
3-2 中藥	5.8	7.7	6.0	6.7	6.1	4.6
3-3 健康食品及醫療保健用品	14.1	13.8	13.3	13.7	15.1	14.0

自費保健医療支出の割合は、家計所得の金額と比例している。所得段階別の所得が高いほど自費率も高い。2011年最高所得層の第Ⅴ階級の自費は37.1%、最低所得層の第Ⅰ階級の自費は8.8%。最高所得層の第Ⅴ階級の自費医療保険支出は、最低所得層の第Ⅰ階級家計の4.2倍であった。

各階級の自費医療保健支出構成は、医療介護の割合が最も高く、その中でも西洋医診察の割合が最も多い。次いで入れ歯、差し歯（銀歯・金歯など）及び矯正費が多い。

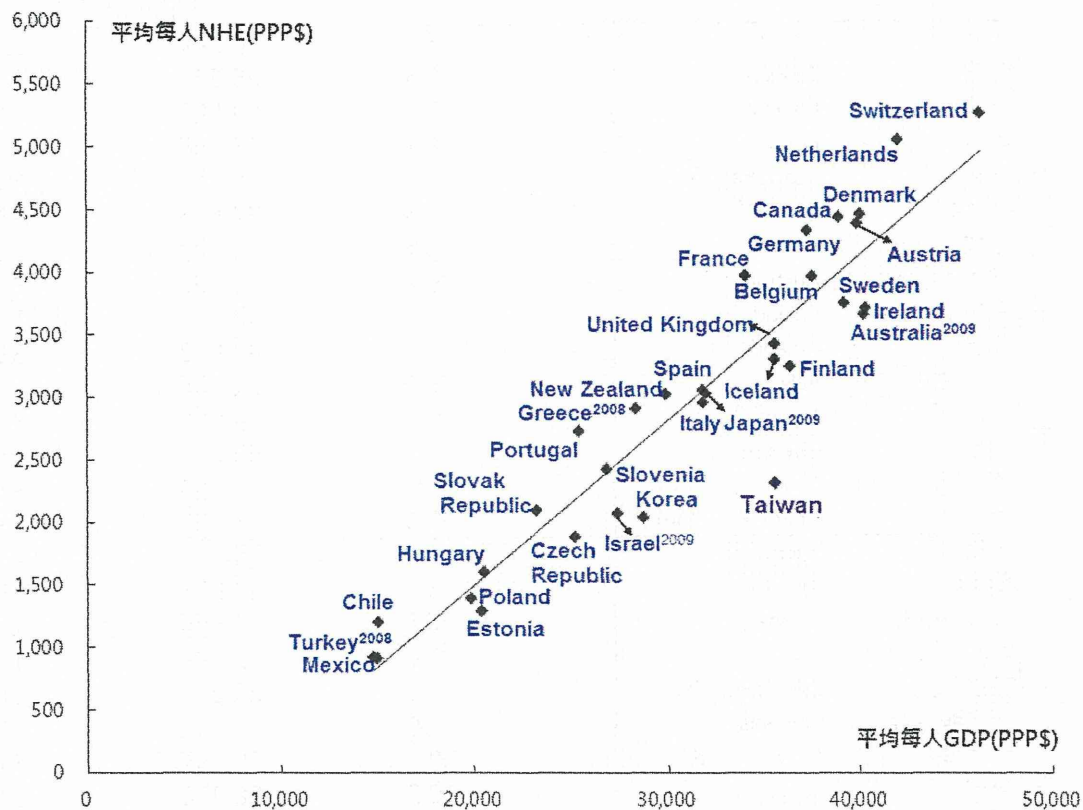
各家計の各自費支出項目が占める最終消費医療支出比率を見ると、西洋医診察自費費用と自己購入による西洋・漢方薬の支出は、所得金額と反比例の関係にある。所得の低い家計ほど西洋医診察自費費用と自己購入による西洋・漢方薬支出の割合が高い。健康食品及び保健医療用品については、第Ⅰ及び第Ⅴ階級家計以外は、所得と比例の関係になっている。第Ⅰ及び第Ⅴ階級の家計以外は、所得が高い家計ほど健康食品及び医療保健用品支出の割合が高い。

2011年家計部門健保保険料支出は計1,765億元であり、その中でも最も高所得層の第Ⅴ階級家計は36.1%を占めている。最低所得層の第Ⅰ階級家計が占める割合はわずか6.8%と最低。最高所得層の第Ⅴ階級家計の健保保険料支出は、最低所得層の第Ⅰ階級家計の5.3倍であった。

## 二、保健医療支出 国際比較

全体的に見て、GDP一人あたり平均値の高い国家ほどNHE一人あたりの平均値も高い。OECD会員国のアメリカ、ノルウェー、ルクセンブルクの3ヶ国を除き、台湾の資料を加え、一般統計の最小二乗法(ordinary least squares method)を用いてNHE一人あたり平均値とGDP一人あたり平均値を単回帰分析をした場合、回帰式の決定係数( $R^2$ )は88.5%。

図 12、2010 年 OECD 会員国と我が国の NHE と GDP 一人あたり平均比較



資料來源：OECD Health Data 2012。

附註：1. 剔除盧森堡 Luxembourg、挪威 Norway 及美國 United States 3 個國家，以 PPP 折算並以美元為國際貨幣單位，其 NHE/GDP 比分別為 7.9%、9.4%、17.6%；平均每人 GDP 分別為 82,893 美元、57,228 美元及 46,747 美元；平均每人 NHE 分別為 4,786 美元、5,388 美元及 8,233 美元。

2. 估計迴歸模式為：平均每人 NHE = 0.1316 × 平均每人 GDP - 1137.7 R<sup>2</sup> = 0.8852

表 16、2010 年 OECD 加盟国と台湾のNHEとGDP 一人平均 比較

國別		NHE/GDP (%)	平均每人GDP (PPP\$)	平均每人NHE (PPP\$)	
資料 點 在 迴 歸 線 下 方 之 國 家	愛沙尼亞	Estonia	6.3	20,384	1,294
	台灣	Taiwan	6.5	35,628	2,321
	波蘭	Poland	7.0	19,885	1,389
	南韓	Korea	7.1	28,786	2,035
	捷克	Czech Republic	7.5	25,240	1,884
	以色列 <sup>2009</sup>	Israel <sup>2009</sup>	7.5	27,455	2,071
	芬蘭	Finland	8.9	36,477	3,251
	澳大利亞 <sup>2009</sup>	Australia <sup>2009</sup>	9.1	40,350	3,670
	愛爾蘭	Ireland	9.2	40,464	3,718
	冰島	Iceland	9.3	35,642	3,309
	義大利	Italy	9.3	31,895	2,964
	日本 <sup>2009</sup>	Japan <sup>2009</sup>	9.5	32,076	3,035
	瑞典	Sweden	9.6	39,326	3,758
	西班牙	Spain	9.6	31,889	3,056
英國	United Kingdom	9.6	35,687	3,433	
資料 點 在 迴 歸 線 上 方 之 國 家	土耳其 <sup>2008</sup>	Turkey <sup>2008</sup>	6.1	15,031	913
	墨西哥	Mexico	6.2	14,838	916
	匈牙利	Hungary	7.8	20,545	1,601
	智利	Chile	8.0	15,107	1,202
	斯洛伐克	Slovak Republic	9.0	23,252	2,095
	斯洛維尼亞	Slovenia	9.0	26,931	2,428
	紐西蘭	New Zealand	10.1	29,994	3,022
	希臘	Greece	10.2	28,430	2,914
	比利時	Belgium	10.5	37,633	3,969
	葡萄牙	Portugal	10.7	25,432	2,728
	奧地利	Austria	11.0	40,007	4,395
	丹麥	Denmark	11.1	40,158	4,464
	瑞士	Switzerland	11.4	46,406	5,270
	加拿大	Canada	11.4	39,070	4,445
德國	Germany	11.6	37,402	4,338	
法國	France	11.6	34,136	3,974	
荷蘭	Netherlands	12.0	42,166	5,056	

資料來源：OECD Health Data 2012。

註：土耳其為2008年資料，澳大利亞、以色列及日本為2009年資料，其餘國家均為2010年資料。

国民保健医療支出を購買力平価説 (Purchasing Power Parity, PPP) によって計算、各国が同じものを購入する時に必要な支払価格を明示する。各国の経済発展と医療保健支出の当期実力をより細かく現し、国際比較を行うためである。

2011年に購買力平価説 (PPP) で計算した我が国のNHE一人あたり平均は2,499米ドルで、2000年の2.2倍、1995年の3.1倍、1991年の5.1倍であった。

表 17、医療保健支出統計 一人あたり平均

年份	平均每人NHE		
	NT\$	US\$	購買力平價 (PPP\$)
80	10,765	401	488
81	12,512	497	559
82	14,075	533	622
83	15,448	584	685
84	17,971	678	795
85	19,757	719	865
86	21,206	739	919
87	22,874	684	966
88	24,539	760	1,063
89	25,384	813	1,126
90	26,130	773	1,196
91	27,631	799	1,290
92	29,154	847	1,403
93	31,146	932	1,551
94	32,250	1,002	1,667
95	33,591	1,033	1,813
96	34,719	1,057	1,938
97	35,623	1,129	2,094
98 (r)	37,437	1,132	2,208
99 (r)	38,323	1,211	2,321
100 (p)	39,247	1,332	2,499

附註：(r)為修正數；(p)為初歩統計數。

購買力平價説(PPP)を基準として台湾及び OECD 会員国の NHE 一人あたり平均を比較した場合、台湾のランクはチェコ、スロバキア、ポーランド等東ヨーロッパ国家及び韓国、メキシコ、トルコ等の 10ヶ国より低い。



表 18、2010 年度 NHE 一人あたり平均 国際比較

順位	國別	平均每人 NHE (PPP\$)	順位	國別	平均每人 NHE (PPP\$)
1	美國	8,233	19	日本 <sup>2009</sup>	3,035
2	挪威	5,388	20	紐西蘭	3,022
3	瑞士	5,270	21	義大利	2,964
4	荷蘭	5,056	22	希臘	2,914
5	盧森堡 <sup>2009</sup>	4,786	23	葡萄牙	2,728
6	丹麥	4,464	24	斯洛維尼亞	2,428
7	加拿大	4,445	25	台灣	2,321
8	奧地利	4,395	26	斯洛伐克	2,095
9	德國	4,338	27	以色列 <sup>2009</sup>	2,071
10	法國	3,974	28	南韓	2,035
11	比利時	3,969	29	捷克	1,884
12	瑞典	3,758	30	匈牙利	1,601
13	愛爾蘭	3,718	31	波蘭	1,389
14	澳大利亞 <sup>2009</sup>	3,670	32	愛沙尼亞	1,294
15	英國	3,433	33	智利	1,202
16	冰島	3,309	34	墨西哥	916
17	芬蘭	3,251	35	土耳其 <sup>2008</sup>	913
18	西班牙	3,056			

## 6. まとめ

国民所得の増加、高齢化、医療技術の進歩等の影響を受け、医療保健の支出は年々増加傾向にある。ここ 10 年来、緩やかな成長を遂げ年成長率は 3~6%、主な原因は健康保険の医療給付金の増加と関係している。台湾の NHE /GDP 値は、ここ数年の間 6~7%の間を維持している。

2010 年台湾の NHE/GDP 比率は 6.5%。OECD 国家比較では、エストニア 6.3%、メキシコ 6.2%、トルコ 6.1%を除き、平均値の低い其他国家は医療保健支出金額の低い国家と相応関係にある。

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---

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**

2013 年度の第 15 回 OECD ヘルスアカウント専門家会合においては、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 分類の検討等が行われたので報告する。

OECD に提出するデータの統一に関しては、OECD 事務局は現在、SHA1.0 準拠と SHA2011 準拠の両方のデータを受け付けている。国際比較を行う前提としては、同一の SHA ガイドライン（基準）を用いなければならず、SHA1.0 準拠と SHA2011 準拠の両方のデータが混在して公表されても、利用者は混乱する。現在の状況においては、SHA2011 準拠と SHA1.0 準拠が混在していることから、OECD 事務局の調整能力に限界があると指摘せざるを得ない。

速報値に関しては、OECD 事務局は各国の SHA 担当者に対して速報値の提出を求めており、既に 12 か国がデータ (t-1) を提出している。ただし、国によって会計年度(Fiscal Year)あるいはカレンダーイヤーの違いがあることを考慮しなければならない。日本の公共機関における会計年度は 4 月・3 月制であり、フランス・ドイツ・オランダ・ベルギー・スイス・韓国はカレンダー制を採用している。このような相違が原因で、日本の速報値に関しては一年遅れのデータ(t-2)の提出の検討を行うことが適切であると考えられた。

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り、「賃金・給与」「サービスの購入」「物品の購入」「固定資本の消費」などの分類項目がある。本分類の性質上、HP（供給主体）別分類との関連性が強く、OECD から HP×FP 別の分類データを求められている。FP 分類は、その推計可能性に関する検討が始まったところであり、今後日本も推計に必要なデータソースと推計方法の検討をしていかなければならない。現時点では、推計方法の確立している 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。

**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。

2013年度の第15回OECDヘルスアカウント専門家会合においては、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分類の検討等が行われたので報告する。

## B. 研究方法

本会合では、OECD事務局が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。今回の議題は、9つであった。

議題1. 開会の挨拶と第15回ヘルスアカウント会合の議題採択

議題2. 第14回ヘルスアカウント会合の要旨の承認

議題3. 2013年SHAデータの評価とSHA2011試行調査

議題4. SHA2011の移行

議題5. Factors of Provision（医療提供に係る要素）の検討

議題6. 管理運営費用の検討

議題7. 2014年における方法論の検討（新プロジェクト）

議題8. 性別・年齢別・疾病別の医療費について

議題9. その他

## C. 研究結果

議題1と2では、OECD事務局部門長の挨拶に続き、議長が選出され（オランダのヘルスアカウント専門家）、議題および議事進行は例年通りOECD事務局が行うことが承認された。次に、事前に配布されていた前回（第14回会合）の要旨に関

する説明があり、全加盟国が承認した。

議題3では、OECD事務局から2012年度のSHAデータの提出状況について、30の加盟国から提出があったことが報告された。次に、2012年度に行われたSHA2011準拠に関する試行調査に関して、全調査対象国（カナダ、フランス、ハンガリー、アイスランド、イスラエル、韓国、ラトビア、オランダ、スイス）で準拠可能であったことが報告された。また、OECDはSHAデータを各国の政策立案時の活用してもらうために、速報値データの提出を求めている。具体的には、前年のデータ（以下、t-1年とする）を収集したいという意向が示されている。昨年度は、34加盟国中12ヵ国がt-1年のデータの提出実績があったことも併せて報告された。

本議題の中に、全OECD加盟国は自国のSHA推計データに関する報告をしなければならない。日本（著者）は、2013年3月に提出した2010年度の日本のSHA推計方法に大きな変更がなかったことを報告した。加えて、日本は確定値としてt-3年のデータを提出してきたが、速報値を提出していない。しかし、来年はt-2年データを速報値として提出することについて、厚生労働省と検討すると発言した。

議題4は、OECD事務局から2016年のSHA2011準拠に一本化するまでの移行期間の説明である。2014年度のSHAデータ収集については、以下の3つの案が事務局から示された。

- ① SHA1.0準拠のデータのみを受け付ける
- ② SHA2011準拠のデータのみを受け付ける

③ SHA1.0 準拠のデータを受け付け、SHA2011 準拠のデータも受け付ける SHA2011 への移行スケジュールについては、2014 年及び 2015 年のデータ収集においては SHA 準拠と SHA2011 準拠の両方が併存している。

各国の意見は、①に関してオーストラリアとスペインが賛同し、②がカナダとオランダが賛同したものの、多くの国が③を支持した。日本も、③の方向で厚生労働省と検討する旨を発言した。また、OECD 事務局は、2014 年は SHA2011 準拠のデータをどのように公表するかについては、引き続き検討すると述べるにとどまった。

議題 5 は、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))に関する検討である。FP 分類は、人件費、物品費、固定資本費等の要素から構成される。これらの要素は、保健医療サービスおよび物品を生産するのに必要とされる費用とみなすことができるために、保健医療提供者による産出(外来・入院治療、医薬品等)に関する投入に関する比較分析を行うことが可能となる。各国の政策分析に関する有用性が期待できることから、韓国やスウェーデンからも今後の FP データの作成に関して前向きな発言があった。日本も、隔年で実施している医療経済実態調査等を活用した FP データ作成の可能性について、検討すると発言した。

議題 6 は、管理運営費用に関して、OECD 事務局からの報告があった。管理運営費用は、データは総医療費に占める割合は小さいものの、行政の効率化等の観点から各国での政治的な関心が高いテーマ

である。日本の場合は、データソースが存在しないために一般政府部門の管理運営費用の推計をしていないが、今度必要に応じて検討すべき点である。

議題 7 は、2014 年の新プロジェクトに関して、OECD 事務局からの提案があった。具体的には、①医薬品に係る各種リベートの取扱い、②医療に係る税控除等の取扱い、③欠損の取扱いに関する調査提案があった。しかし、各国から SHA2011 への移行を進めている時期に新プロジェクトに着手すべきではないという意見を受けて、事務局で再度検討することとなった。

議題 8 は、性別・年齢別・疾病別の医療費のプロジェクトに関する現状報告があった。日本を含む各国から提出されたデータをホームページ上に一部を公表すると共にワーキングペーパーが 2014 年第 1 四半期に公開されるとの報告があった。

#### D. 考察

今回の会合は、2016 年度から SHA2011 準拠に切り替わるまで OECD に提出するデータの統一、速報値、新しい FP 分類の 3 つが重要なテーマであった。

一点目に関しては、OECD 事務局は現在、SHA1.0 準拠と SHA2011 準拠の両方のデータを受け付けている。SHA2011 準拠に一斉に切り替えることは、昨年度に決定したばかりであり、多くの国が現在 SHA2011 準拠の対応を検討している段階である。しかし、例えばオランダのように、既に SHA2011 準拠の推計値を提出しており、SHA1.0 準拠の推計値は提出していない国も存在する。今回報告のあった施行調査国の中には SHA2011 に準拠しても、

推計値に大きな変更がない国も存在するが、日本のように総額が増加する国も存在する。国際比較を行う前提としては、同一の SHA ガイドライン（基準）を用いなければならない。SHA1.0 準拠と SHA2011 準拠の両方のデータが混在して公表されても、利用者は混乱する。したがって、2015 年度までは全加盟国が SHA1.0 準拠の推計値の提出が必須である旨を会議中に発言した。現在の OECD 加盟国が提出しているデータについては、SHA2011 準拠と SHA1.0 準拠が混在していることから、OECD 事務局の調整能力に限界があると指摘せざるを得ない。

二点目に関しては、OECD 事務局は各国の SHA 担当者に対して速報値の提出を求めており、既に 12 か国がデータ (t-1) を提出している。ただし、国によって会計年度(Fiscal Year)あるいはカレンダーイヤーの違いがあることを考慮しなければならない。日本の公共機関における会計年度は 4 月・3 月制であり、OECD 加盟国内では英国・カナダ・デンマークが同じである。だが米国の会計年度は 10 月・9 月制、フランス・ドイツ・オランダ・ベルギー・スイス・韓国はカレンダー制を採用している。つまり、日本より米国は 7 か月、フランス等は 3 か月早いのである。このような相違が原因で、日本の速報値に関しては一年遅れのデータ(t-2)の提出の検討とならざると得ない。

三点目の 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り、「賃金・給与」「サービスの購入」「物品の購入」「固定資本の消費」などの分類項目

がある。本分類の性質上、HP (供給主体) 別分類との関連性が強く、OECD から HP ×FP 別の分類データを求められている。FP 分類の調査は、はじまったばかりであり、今回報告 (議題 5) も諸外国におけるデータソースの確認がメインであった。今後日本も、推計に必要なデータソースと推計方法の検討をしていかなければならない。現時点では、推計方法の確立している 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。今後も、国内外の関係者および OECD 事務局とも情報交換を重ね、本誌で継続的に報告していく予定である。

## E. 結論

OECD 事務局は現在、SHA1.0 準拠と SHA2011 準拠の両方のデータを受け付けており、両方が混在して公表されている。速報値は、日本は一年遅れのデータ(t-2)の提出の検討を行うことが適当であると考えられた。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. 研究発表

1. 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、2013 年

## G. 知的所有権の取得状況

該当なし

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 5

## OECD の SHA 手法に基づく、日本の総保健医療支出の速報値

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)

(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

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

本研究では、経済開発協力機構(OECD)の SHA (a System of Health Accounts) 手法に基づく「保健医療支出」の速報値(Preliminary Data)の推計について検討した。

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、翌年以降に公表される確報値との間に乖離が出ないという正確性が求められる一方、迅速性も考慮する必要がある。そこで、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。

その結果、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。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)の値を速報値として出す手法を検討することができた。

### A. 研究目的

本研究では、経済開発協力機構(OECD)

の SHA (a System of Health Accounts) 手法に基づく「保健医療支出」の速報値

(Preliminary Data)の推計について検討した。

これまで日本は、SHA(保健医療支出)推計のデータソースの一つに、国民医療費を利用してきたため、国民医療費公表時期と OECD への提出期限から、3年前(以降、“t-3”と表記)のSHA推計値を確報値として提出してきた。2014年3月に OECD に提出したデータは、2011年度の確報値である。

一方、近年 OECD は、SHA を各国の政策担当者のニーズにさらに合ったものにするために速報値の提出を求めている。2013年は、OECD 加盟国のうち12か国の2012年速報値(t-1)が公表された。ただし、このt-1の推計が開始できる時期は、会計年度(Fiscal Year)にも影響を受ける。日本の公共機関は一般に会計年度(4月～3月制)を採用しており、OECD 加盟国内では英国・カナダ・デンマークが同様である。これに対し、米国は10月～9月制、フランス・ドイツ・オランダ・ベルギー・スイス・韓国は1月～12月制である。したがって、その国が採用している会計年度によって推計作業期間にばらつきが生じ、日本では速報値の推計期間が短い。

そこで今回、日本の(t-2)速報値の推計の検討を行うこととした。

## B. 研究方法

日本の保健医療支出の推計にあたり、総保健医療支出の積算項目とデータソース、項目ごとの推計方法の概要、および2010年度確報値とその構成割合を、表1(参考資料Ⅲ)に示す。

日本がこれまで(t-3)を提出してきた理

由の一つは、総保健医療支出の約8割を占める国民医療費の公表時期が、対象年度の翌々年の秋であることにある。したがって速報値の推計するにあたっては、国民医療費より公表時期が早い別のデータソースを用いる等の方法を検討しなければならない。

総保健医療支出の構成は、表1の22項目にまとめることが可能である。総額の推計には、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、翌年以降に公表される確報値との間に乖離が出ないという正確性が求められる一方、迅速性も考慮する必要がある。そこで、総保健医療支出に占める割合が大きい①～③の項目については、速報値の正確性は重要であるために、(t-3)と同じデータソースから(t-2)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、④～⑫のように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、推計可能性を高めることが重要となる。また、トレンドを3年間としたのは、OECD から推計方法に変更を加える場合は、過去3年間のデータの再推計が求められているからである。

なお、OECD が提出を求めている速報値データ(Preliminary Data)の形式は、総額およびHF(財源)分類別の保健医療支

出である(図 2)。そこで、本研究が行う速報値推計では、HF 分類の HF.1.1 (社会保障基金を除く一般政府 一公費)、HF.1.2 (社会保障基金 一公的保険の給付)、HF.2 (民間部門) の 3 区分による推計を行う。

「国民医療費」「介護給付費実態調査」「薬事工業生産動態統計」「中小企業実態基本調査」のうち、「介護給付費実態調査」および「薬事工業生産動態統計」については、(t-2)のデータが取得可能である。「国民医療費」および「中小企業実態基本調査」については、(t-2)のデータを取得することができない。そのため、他のデータソースや推計方法を探索することとした。

国民医療費の代替としては、厚生労働省が医療費の速報値として公表している MEDIAS が存在する。この MEDIAS は、厚生労働省が医療費の動向を迅速に把握するために、医療機関からの診療報酬の請求に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計し、「最近の医療費の動向」として月次および年次で公表している資料である。これを踏まえ、MEDIAS によるデータソースの置き換え方法を検討する。

中小企業実態基本調査については、代わりとなる十分なデータソースがない。そのため、中小企業実態基本調査をデータソースとして算出している「卸売マージン比率」と「小売マージン比率」の値の年次推移を検討し、過去の値(トレンド)をもとに推計する方法について検討する。

④～②については(2010 年確報値で 9.9%)、これまでの年次推移を検討し、過去の値(トレンド)から推計する方法につ

いて検討する。ただし、積算項目⑨は、他の項目とは異なり経常保健医療支出の対象とはならないことから、積算項目④～②のうち⑨以外を【D】としてまとめ、積算項目⑨を【E】として検討を行った。

## C. 研究結果

### 【A】国民医療費部分

総保健医療支出に占める割合が約 80%である国民医療費部分の代替データソース MEDIAS には、労災医療費・全額自費の医療費・療養費(柔道整復師等)・移送費が含まれない分、国民医療費よりも少ない額となっている。一方で、各年度について MEDIAS が国民医療費よりも 2%強少ない額という状況は近年変わっておらず、この乖離率は安定していた(図 1)。したがって、国民医療費部分の速報値の推計にあたっては、前年度の乖離率を加味する(=前年度の国民医療費の額に、前年度～今年度の MEDIAS 医療費の増加率を適用する)補正を行う。

国民医療費の HF 分類別構成割合は、HF.1.1 (公費) 約 7%—HF.1.2 (公的保健による給付) 80%弱—HF.2 (民間) 13~14%であり、単年度での変化は小さい(図 3)。また、MEDIAS の財源別データには、「公費」と「公費以外」の区分データが存在するものの、公費単独分のみが対象であり、公的医療保険との併用分が含まれない。そのため国民医療費の公費よりも少ない額であり、SHA において HF.1.1 (公費) とそれ以外との区分推計に用いるのは困難である。また、MEDIAS には HF.1.2 (公



的保険による給付)と HF.2 (民間部門)との区分推計に利用可能なデータはない。そこで、HF 分類については、前年度(確報値、t-3)の HF.1.1 : HF.1.2 : HF.2 の構成割合を利用することとした。

【B】介護保険の医療系サービス部分、介護給付費実態調査は(t-2)のデータが既に公表されているために、データを更新して推計する。

【C】保健医療物品等に対する支出部分一般薬、衛生用品、眼鏡、補聴器などの各種の保健医療物品に対する支出の確報値は、「薬事工業生産動態統計」による国内向けの出荷額に、「中小企業実態基本調査」に基づいて計算した卸売マージン・小売マージンを上乘せする方法で、支出額の確報値を推計している。このうち、薬事工業生産動態統計は(t-2)のデータが公表されているが、中小企業実態基本調査は未公表である。しかし、その値は比較的安定している(図4)。

マージン率については、「前年度(t-3)の値を速報値に延長」および「過去3年間の平均増加率を延長」する2通りの推計方法を実施した。

確報値では、【C】に含まれる保健医療物品等の費用の大部分は自己負担(HF.2)に計上している。一方、補装具費支給制度による眼鏡や補聴器等の購入・修理額のうち公費負担分は、社会福祉行政業務報告によって金額を把握し、公費(HF.1.1)に計上している。社会福祉行政業務報告は(t-2)のデータが既に公表されているため、HF.1.1計上分は(t-2)のデータで更新し、残りをHF.2に計上することとする

【D】その他の部分、【E】資本形成など【D】と【E】は全体の約9%を占めるが(2010年度)、うち最大要素である「病院への補助金」は、6916億円(2010年度、総保健医療支出の1.5%)である。このように、各要素が小学であることや速報値推計の可能性を勘案し、SHA1.0対象項目のうち【D】と【E】については、以下の2通りの推計方法を実施し、結果を比較した。

- ・前年度(t-3)の値をそのまま延長する。
- ・過去3年間の伸び率の幾何平均を利用する。

なお、これらの操作は財源分類に関して同様である。

2008~2012年度分の速報値を推計し、確報値(2008~2010年度)との比較を行った。

総保健医療支出の速報値は、2011年度が47.5~47.7兆円(対GDP比10.1%)、2012年度が48.4~48.8兆円(対GDP比10.2~10.3%)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、乖離率は1%以下であった。

また、各年度の総保健医療支出を構成するHF(財源)別分類の構成割合に関する速報値と確報値との差は、いずれも1ポイントに満たない値であり、確報値から大きく乖離することのない速報値が推計できているといえる。

#### D. 考察

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。

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)の値を速報値として出す手法を検討することができた。

今後は、(t-1)のSHAデータの推計の検討を行う予定である。厚生労働省は、6~7ヶ月後に月次医療費の速報値を公表している。例えば、2月時点で公表されている前年8月までの月次データを用い、これに適切な補正操作を加えて(t-1)を推計する

といった方法が考えられる。

#### E. 結論

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。

#### F. 研究発表

該当なし

#### G. 知的所有権の取得状況

該当なし

図1 t-n年のSHAデータの提出国数（2013年度の状況）

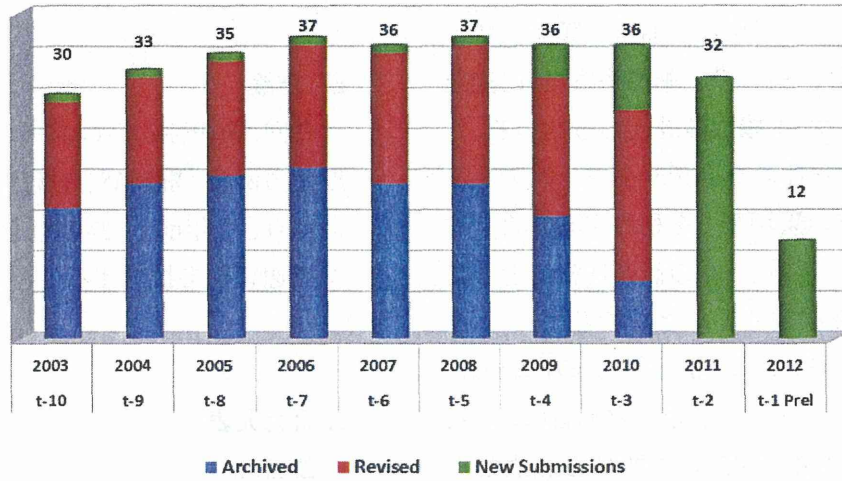


表1 日本の総保健医療支出（確報値）の積算項目、データソースおよび方法

	積算項目	データソース	推計方法の概要	2010年確報値推計額 (百万円)	総保健医療支出に占める割合
①	保険診療の対象となり得る傷病の治療に係る医療費	国民医療費	国民医療費の総額	37,420,200	81.0%
②	SHA1.0計上対象の介護保険サービスの費用額	介護給付費実態調査	介護保険サービスのうちSHAに計上している対象サービスの費用額	2,258,152	4.9%
③	保健医療物品（一般薬、衛生用品、眼鏡など）の購入費用	薬事工業生産動態統計、中小企業実態基本調査	薬事工業生産動態統計による国内向け出荷額に中小企業実態基本調査による卸売・小売マージンを上乘せて推計	1,948,584	4.2%
④	公的医療・介護保険等の管理費・審査支払費用	全国健康保険協会決算報告書 健康保険・船員保険事業状況報告 国家公務員共済組合事業統計年報 地方公務員共済組合等事業年報 社会保障統計年報 私学共済制度事業統計 国民健康保険事業年報 地方財政白書資料編 後期高齢者医療事業年報 労働者災害補償保険事業年報 介護保健事業状況報告 介護給付費実態調査	各保険者の年報等による総務費、審査支払手数料等の額	587,634	1.3%
⑤	病院（国立以外）に対する人件費・運営費補助	病院経営実態調査報告、医療施設調査	病院経営実態調査報告による1病院あたり運営補助金額に医療施設調査による病院数を乗じる	582,637	1.3%
⑥	各保険者による保健給付	全国健康保険協会決算報告書 健康保険・船員保険事業状況報告 国家公務員共済組合事業統計年報 地方公務員共済組合等事業年報 日本私立学校振興・共済事業団決算報告書 国民健康保険事業年報 後期高齢者医療事業年報	各保険者の年報等による保健事業費、特定健診事業費等の合計額	516,886	1.1%
⑦	企業の福利厚生としての医療費	就労条件総合調査、経済センサス	就労条件総合調査による常用雇用者1人当たり法定外福利費に経済センサスによる常用雇用者数を乗じる	473,311	1.0%
⑧	出産育児一時金	医療保険に関する基礎資料	左資料中の出産育児一時金の額	462,993	1.0%
⑨	一般政府財源による資本形成	国民経済計算年報	保健・傷病・障害分野における一般政府の資本形成と補助金の額（⑤⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿を控除）	400,405	0.9%
⑩	介護施設サービス・短期入所サービスの居住費・食費	介護サービス施設・事業所調査、介護給付費実態調査	介護サービス施設・事業所による1日当たり平均食費・居住費に介護給付費実態調査による施設サービス・短期入所サービスの日数を乗じる	351,996	0.8%
⑪	救急業務費	地方交付税制度解説、住民基本台帳人口	地方交付税制度解説による人口当たり救急業務費に住民基本台帳人口を乗じる	338,701	0.7%
⑫	病院の室料差額	医療経済実態調査、医療施設調査	医療経済実態調査による1病院当たり室料差額に医療施設調査による病院数を乗じる	216,532	0.5%
⑬	予防接種・感染症予防等費用	地方交付税制度解説、住民基本台帳人口	地方交付税制度解説による人口当たり予防接種費、結核予防事業費等に住民基本台帳人口を乗じる	163,880	0.4%
⑭	母子保健関係国庫補助事業の事業額	地方交付税制度解説、住民基本台帳人口	地方交付税制度解説による人口当たり予防接種費、妊婦健診費用助成費用等に住民基本台帳人口を乗じる	147,875	0.3%
⑮	医療に係る民間生命保険の管理コスト	生命保険事業概況	生命保険会社の事業費支出額に、保険金支払額に占める入院・手術・障害給付金が占める割合を乗じる	132,781	0.3%
⑯	病院（国立）に対する運営補助金	一般会計歳入歳出決算書	左資料中の6ナショナルセンターや国立病院機構、ハンセン病療養所への運営費補助金額	108,995	0.2%
⑰	校医に対する手当等	地方交付税制度解説、学校基本調査	地方交付税制度解説による1校当たり学校医等手当に学校基本調査による学校数を乗じた額、または生徒1人当たり学校医等手当に生徒数を乗じる	50,518	0.1%
⑱	装具・車いす・医療機器等の交付・購入・修理額	社会福祉行政業務報告	左資料中の補装具費支給制度による装具・車いす・医療機器等の交付・購入・修理額	21,964	0.0%
⑲	国保診療所に対する補助金	国民健康保険診療施設年報	国保直診勘定の国庫支出金・都道府県支出金・他会計からの繰入金合計額（データソース資料廃止により07年値を延長）	12,350	0.0%
⑳	高度先進医療、先進医療の費用	先進医療専門家会議資料	高度先進医療、先進医療の費用	9,800	0.0%
㉑	公費医療等による審査支払、高齢者医療の保険者間財政調整に係る支払基金の手数料等	基金年報	公費医療等の審査支払による支払基金の収入額、および後期高齢者医療特別会計事務費勘定の事務取扱費等の支払基金の支出額	6,467	0.0%
㉒	公費負担による移送費	(2009年度国民医療費)	2010年度より国民医療費の計上対象外となった福祉事務所所払いの移送費として、2009年度国民医療費による推計額を計上	4,200	0.0%