

日本の保健医療支出（SHA）推計の歴史

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 研究部 担当部長

研究要旨

本研究は、1993 年から現在に至る日本の総保健医療支出（SHA: System of Health Accounts）推計の 30 年間の歩みを、第 1 期（TDHE 研究時代、1993～2000 年）、第 2 期（SHA1.0 時代、2000～2011 年）、第 3 期（SHA2011 への移行期）、第 4 期（SHA2011 準拠以降）の 4 期に区分し、一次資料に基づき整理したものである。各期において、推計概念の構築、推計方法の確立、OECD が策定した国際標準への対応、定義変更等への適応（準拠）が行われ、日本は継続的に国際比較可能な保健医療支出データの整備に貢献してきた。日本は、SHA1.0 の策定プロセスに 1995 年時点から関与しており、SHA2011 への移行に伴う Long Term Care 定義変更により、日本の保健医療支出は 2011 年度ベースで約 47.6 兆円（対 GDP 比 10.0%、SHA1.0 準拠）から約 53.2 兆円（対 GDP 比 11.4%、SHA2011 準拠）へと変化した。2020 年からの COVID-19 パンデミックは、受診控えによる通常医療費の減少と、コロナ関連支出の大幅な増加という現象により、保健医療支出は 2019 年度の約 54.5 兆円から 2022 年度の約 59.8 兆円へと増加した。今後の課題として、推計の速報化、データソースの拡充への対応等が挙げられる。

A. 研究目的

本研究の目的は、1993 年から現在に至る日本の総保健医療支出（SHA）推計の 30 年間の歩みを、一次資料に基づき体系的に整理し、今後の推計業務移管および推計業務の発展に資する知見を提供することである。具体的には、以下の 4 点を目的とする。

第一に、日本の SHA 推計の歴史を、推計概念の構築、推計方法の確立、OECD が策定した国際標準（SHA1.0、SHA2011）への対応、定義変更等への適応という観点から、1993～2000 年（第 1 期）、2000～2011 年（第 2 期）、2011～2016 年（第 3 期）、2016 年～現在（第 4 期）の 4 期に区分して総括することである。

第二に、日本の医療費を国際的に把握する上での基本指標である国民医療費と SHA 準拠の総保健医療支出との差異を、概念・範囲・推計方法の観点から明確化することである。

第三に、OECD が策定した SHA1.0（2000 年公表）および SHA2011（2011 年公表）への日本の対応経緯を、OECD 公開資料、医療経済研究機構の研究報告書、「厚生 の 指 標」誌掲載の OECD ヘルスアカウント専門家会合報告等の一次資料に基づき記録することである。

第四に、30 年間の推計活動の経験と課題についての基礎情報を整理することである。

B. 研究方法

本研究は、文献調査と一次資料の分析を中心とする歴史的・記述的研究である。具体的な方法は以下のとおりである。

1. 一次資料

医療経済研究機構が1995年度以降公表してきた研究報告書群を中心的な一次資料とした。具体的には、「国民総医療支出（THE）に関する研究 報告書」（1996年3月）、「国内総医療支出（TDHE）及びその財源分析に関する研究」（1997年3月）、「国内総医療支出（TDHE）の国際比較に関する研究」（1999年3月）、「1997年度 日米の国内総医療支出に関する研究」（2000年3月）、「1998年度 日米の国内総医療支出（TDHE）」（2001年3月）、「OECD A System of Health Accounts 準拠の医療費推計に関する研究 報告書」（2001年3月）、および以後継続的に作成された厚生労働科学研究費補助金関連報告書を基礎資料とした。

2. OECD 関連資料の分析

OECD が公表したガイドライン（マニュアル）類（A System of Health Accounts Version 1.0（2000年）、A System of Health Accounts 2011（2011年））を一次資料として参照した。一部（Restricted 指定）については、OECD 保健統計担当から直接提供を受けた。Restricted 指定を受けた文書については、原則として直接引用・転載は行わず、文書から導かれる事実関係のみを筆者の言葉で記述する方針とした。

3. 学術論文・専門誌掲載報告の系統的整理

「厚生 の 指標」誌に掲載された OECD ヘルスアカウント専門家会合報告（第10回～第16回会合報告等）、および学術誌掲載の関連論文（満武「日本の国民保健計算の歩み」慶應経営論集 31(1)、2014年；田中滋「国内総医療支出（TDHE）に関する研究——共通尺度による日米独医療費国際比較」医療経済研究 vol.6、1999年等）を系統的に活用した。

4. 4 期区分による時系列整理

収集された資料を、第1期（1993～2000年：TDHE 研究の時代）、第2期（2000～2011年：SHA1.0 への対応）、第3期（2011～2016年：SHA2011 への移行）、第4期（2016年～現在：SHA2011 以降）の4期に区分し、各期における推計概念、推計方法、推計値、国際的議論、制度改革の影響等を時系列に整理した。

C. 研究結果

1. 第1期（1993～2000年）：TDHE 研究の構築

医療経済研究機構は1993年（平成5年）に設立され、設立当初から日本の国民医療費の

測定範囲についての検討を行ってきた。1995 年度（平成 7 年度）、医療経済研究機構は老人保健健康増進等事業として、国際比較可能な医療費概念の構築を目指す研究プロジェクト「国民総医療支出（THE: Total Health Expenditures）に関する研究」を開始した。田中滋・慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授（当時）を委員長とし、委員に菊地隆俊（厚生省保険局医療経済専門官）、上條俊昭（医療経済研究機構専務理事）、勝又幸子（社会保障研究所調査部研究員）が参加した委員会形式で進められた。オブザーバーとして金井東海（厚生省大臣官房統計情報部）が加わり、事務局は医療経済研究機構と三和総合研究所が共同で担当した。

1996 年 3 月の初年度報告書では、THE を 4 つの構成要素（①-1 現行「国民医療費」、①-2 現行「国民医療費」の間接部分、①-3 医療機関などへの公的負担部分、②医療関係サービス部分）から構成するものと定義し、平成 5 年度（1993 年度）THE を約 29～31 兆円（国民医療費の約 1.2 倍、対 GDP 比約 6.3%）と推計した。

1997 年 3 月の 2 年目報告書では、概念の地理的・領域的性格をより正確に表現するため、国民経済計算における「国民」概念と「国内」概念の区別に準じて、「国内総医療支出（TDHE: Total Domestic Health Expenditures）」へと名称が変更された。同時に、THE の財源構造を 4 視角（保険財政、国民負担率、家計負担構造、年齢階層別・所得階層別）から分析する財源分析報告書が公表された。財源分析の結果、THE の財源構造は保険料が約 48～50%、公費負担が約 30%強、患者負担等が約 19～21%であることが示された。また、家計の実質的な負担は THE の約 45%に達し、勤労者世帯では 1 世帯当たり THE 負担額が実収入の約 8%に相当することが明らかにされた。

1998 年度報告書「国内総医療支出（TDHE）の国際比較に関する研究」（1999 年 3 月公表）では、推計方法に「再現性の確保」「継続性の確保」「効率性の確保」の 3 原則が確立された。再現性の確保は公表統計資料のみを用いることで、継続性の確保は継続的に刊行される統計資料を推計のベースとすることで、効率性の確保は集計ツールの作成によって、それぞれ実現された。推計に用いる統計資料は 86 項目・32 種にわたり、体系的な推計システムが構築された。また、2000 年 4 月の介護保険制度施行を見据えた予備的検討が行われ、介護給付費・予防給付費のうち直接生活介助部分までを TDHE 概念に含むという整理がなされた。

国際比較研究は、1997 年度に米国（基礎データは HCFA の NHE）およびドイツ（基礎データは連邦統計庁）について実施され（フランスは参考推計）、1998 年度報告書では日米独 3 カ国の対 GDP 比、費目別構成比、支払制度区分別・財源別構成比、年齢階級別構成比の比較が行われた。1995 年の 3 カ国比較では、日本の対 GDP 比は 6.5%（米国 12.3%、ドイツ 9.5%）であり、薬剤費比率（調整後）は日本 21.4%（米国 9.4%、ドイツ 15.3%）と顕著に高い水準にあった。1999 年度以降はドイツの統計データの可用性の制約から日米二国間比較に移行し、1994～1998 年度の 5 年間の時系列データが蓄積された。1998 年度の日米比較では、日本の TDHE 対 GDP 比 6.8%（米国 12.1%）、国民一人あたり 27 万 3 千円（米国

3,697 ドル)、薬剤費比率(調整後)日本 18.5%(米国 10.5%)であった。

第 1 期は、日本独自の概念である TDHE として、再現性・継続性・効率性を備えた推計方法を確立し、日米独 3 カ国比較を通じて日本の医療費構造の特徴を明らかにしたという成果をあげた。一方、日本独自の概念であるため二国間・三国間比較にとどまり、OECD 加盟国全体との比較が困難であるという限界も認識された。

2. 第 2 期 (2000~2011 年) : SHA1.0 への対応

2000 年、OECD (経済協力開発機構) は A System of Health Accounts Version 1.0 (以下「SHA1.0」) を公表した。SHA1.0 は、1996 年 5 月の OECD 保健統計専門家特別会合を起点として約 4 年間の国際的議論と複数回の草案改訂を経て公表された国際基準であり、WHO ジュネーブの Jean-Pierre Poullier 氏が OECD における SHA プロジェクトを主導した。開発費用の一部は米国の Health Care Financing Administration (HCFA) の財政支援によって賄われた。

SHA1.0 の中核をなすのは、医療費支出を 3 つの軸(次元)で記録するための国際医療費分類(ICH A: International Classification for Health Accounts)である。ICH A は、機能別分類(HC: Health Care Functions)、提供者別分類(HP: Health Care Providers)、財源別分類(HF: Health Care Financing)の 3 分類体系から構成される。これらの分類を組み合わせた二次元テーブル(HC×HP、HC×HF、HP×HF)を作成することで、「どのような医療サービスが」「誰によって提供され」「誰が費用を負担したか」を体系的に把握することが可能となる。

日本では、平成 12 年度(2000 年度)に厚生科学研究費補助金特別研究事業として、(いずれも当時の役職表記)片岡佳和・研究主幹を主任研究者とし、坂巻弘之・研究部長、久保田健・国際部長、石井聡・研究員が分担研究者として参加する研究チームが組織され、SHA1.0 準拠の推計方法が開発された。「国民医療費および TDHE 推計方法に基づく」というアプローチにより、第 1 期の TDHE 研究で蓄積された知見と推計方法の継続性が確保された。2001 年 3 月公表の報告書では、平成 10 年度(1998 年度)SHA 準拠推計値として総医療支出約 36.7 兆円(国民医療費の約 123%)が示された。同年、日本は初めて SHA 準拠推計値を OECD Health Data 2001 に報告した。

SHA1.0 時代を通じて、日本の SHA 推計は約 40 種類の統計資料、約 400 のデータ項目を用いて行われ、1996 年度から 2012 年度の間に、介護保険制度創設(2000 年 4 月)、介護保険法改正による施設の食費・居住費自己負担化(2005 年 10 月)、後期高齢者医療制度および特定健診・特定保健指導の導入(2008 年)といった制度改革の影響が、SHA の多次元的数据に観察された。機能別構成比では、HC.1(診療サービス)が 67.5%(1996 年度)から 62.5%(2012 年度)へと低下した一方、HC.3(長期医療系サービス)は 4.7%から 9.1%へと上昇した。提供主体別構成比では、HP.4(医薬品小売)が 9.8%から 18.4%へと上昇し、医薬分業の進展に伴う HP.4.1(調剤薬局)の急成長(1.3 兆円→6.7 兆円)が観察

された。HC.3 財源構成は、2000 年の介護保険導入を境に、一般政府 18.1%（1999 年度）から 4.0%（2000 年度）へと急減し、社会保障基金が 68.8%から 83.9%へと上昇した。本研究の過程で、日本の SHA1.0 策定プロセスへの関与に関する重要な事実が明らかになった。OECD の David Morgan 氏（保健統計担当）への照会により提供された 1995 年 10 月の OECD 社会政策作業部会第 14 回会合議事録（Restricted 指定文書）から、以下が確認された。第一に、1995 年 10 月時点で日本は厚生省大臣官房国際課より 2 名、在 OECD 日本政府代表部より 1 名を派遣して当該会合に参加し、そのうち 1 名が 1996 年度の Bureau（運営委員会）メンバーに選出されていたこと。第二に、後の 1996 年 5 月の保健統計専門家特別会合（SHA1.0 策定の起点）の開催を支持した国として、日本が議事録において明示的に名前を挙げられていたこと。第三に、OECD 事務局が保健医療分析への追加的支援を継続的に提供している国として感謝を述べた際、名前を挙げられたのは米国と日本の 2 カ国のみであったこと。第四に、日本代表が医療費増加の要因分析（技術進歩・医薬品使用）を OECD が行うよう求め、日本はその作業に貢献する用意があると表明していたこと。これらの事実は、日本が SHA1.0 の策定プロセスに 1995 年時点から実質的に関与していたことを示している。日本側資料（医療経済研究機構の複数の研究報告書）にこの関与が明示的に記載されていない理由については、OECD で策定中のマニュアルの内容を加盟国が先駆けて公開することは制度上許されないため、TDHE 研究は「国内独自の研究」という体裁で記述せざるを得なかったものと解される。なお、提供を受けた Restricted 指定文書については、本報告書においても全文の引用・転載は行っていない。

3. 第 3 期（2011～2016 年）：SHA2011 への移行

SHA1.0 公表後、Long Term Care（HC.3）の定義の曖昧さ、予防（HC.6）の範囲の不明確さ、医療システムの複雑化への対応の限界、推計のタイムラグ、WHO 加盟国への適用といった課題が顕在化した。2006 年の OECD ヘルスアカウント専門家会議において、SHA1.0 と 2003 年に WHO・World Bank・USAID が低中所得国向けに開発した Producer Guide とを統一・改訂することが合意された。改訂作業は、OECD、EUROSTAT（欧州委員会統計局）、WHO（世界保健機関）の 3 機関共同で進められ、約 5 年間の作業を経て、2011 年 6 月に作業が完了し、同年 10 月に「A System of Health Accounts 2011」（SHA2011）として正式公表された。

改訂作業における最大の争点は、Long Term Care（HC.3）の定義であった。OECD 事務局は Long Term Care を 4 類型—1) Medical or nursing care（医療の有資格者が提供するサービス）、2) Personal care services（食事や入浴等の ADL 関連サービス）、3) Assistance services（買い物や洗濯等の ADL 以外の日常生活を補助するサービス）、4) Other social care services（その他の社会的サービス）—に整理し、1)と 2)を HC.3 に含め、3)と 4)は参考値（HC.R）として扱う案を推奨した。

2010 年 11 月の第 12 回専門家会合における日本の主張は「HC.3 は Medical or nursing

careのみを含むべきであり、ADL 関連サービスは SHA1.0 と同様に総保健医療支出には含まれず参考値とすべき」というものであった。日本の主張の背景には、介護保険制度創設前後でのデータの比較可能性の確保という考慮があった。日本と同様の立場をとった国はオーストラリア、デンマーク、ポルトガル、スウェーデン、韓国であった。投票の結果（賛成 23、反対 8）、OECD 事務局の推奨案が採用され、ADL 関連サービス（類型 2）も HC.3 に含めることが決定された。

この定義変更により、日本において計上対象となる介護保険サービスは 14 サービス（SHA1.0 時代）から 38 サービス（SHA2011 準拠）へと拡大した。Long Term Care 費用は 2008 年度ベースで約 1.8 兆円（SHA1.0 準拠）から約 6.4 兆円（SHA2011 準拠）へと約 4.6 兆円増加し、総保健医療支出は 2008 年度ベースで約 42.9 兆円（対 GDP 比 8.5%）から約 49.3 兆円（対 GDP 比 9.3%）へ、2011 年度ベースで約 47.6 兆円（対 GDP 比 10.0%）から約 53.2 兆円（対 GDP 比 11.4%）へと変化した。なお、対 GDP 比の上昇幅は日本だけのものではなく、オランダ 1.1 ポイント、スウェーデン 1.4 ポイント、スロベニア 0.6 ポイントといった国でも同様の変化が報告された。

日本においては、筆者を研究代表者とする厚生労働科学研究費補助金（平成 22 年度開始）「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 Account 2.0）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」により、SHA2011 準拠の推計方法が開発された。1995 年度に遡る約 20 年分のデータの再推計が必要とされ、ある程度の作業量を要した。また、SHA2011 への移行に先立つパイロット調査（2011 年）にはオーストラリア、日本、韓国、カナダの 4 カ国が参加し、全ての国で対応可能と報告された。試行調査は 2013 年（9 カ国）、2014 年（16 カ国）と段階的に拡大され、全ての対象国で SHA2011 準拠の推計が可能であることが確認された。2016 年 6 月、OECD.Stat で SHA2011 準拠データへの統一が実現し、完全移行が達成された。

4. 第 4 期（2016 年～現在）：SHA2011 以降

2016 年 6 月の SHA2011 への完全移行以降、日本の SHA 推計は安定的に継続されている。推計に用いるデータソースは、国民医療費、介護保険事業状況報告、医療経済実態調査、患者調査等の多岐にわたり、毎年 OECD へデータが報告されている。

SHA2011 以降の新たな課題として、以下が挙げられる。第一に、疾病別医療費プロジェクトへの対応である。OECD では 2012 年 2 月の最初の会議以降、総保健医療支出を疾病コード（ICD）別に分類するプロジェクトが進められており、日本においても国民医療費の傷病分類別統計やレセプトデータを活用した対応が課題となっている。第二に、FP 分類

（Factors of Provision：医療提供に係る要素）への対応である。FP 分類は医療支出を投入要素別（人件費、材料費、減価償却費等）に分類するものであり、OECD からは供給主体分類（HP）と FP 分類のクロス集計データ（HP×FP 別分類データ）の提出が要請されている。日本においては医療経済実態調査のデータを活用した対応が検討された。第三に、デ

一タの速報化への対応である。日本は $t-3$ （最新年から 3 年前）のデータ提出にとどまっていた時期があったが、多くの国が $t-2$ や $t-1$ のデータを提出する中、速報性向上に向けた取り組みが進められた。第四に、自己負担額（HF.3）の国際比較である。SHA2011 で HF.3 が 1 桁目に格上げされたことに伴い、各国の自己負担構造の比較分析の重要性が増した。

2020 年からの COVID-19 パンデミックは、日本の総保健医療支出に大きな影響を与えた。受診控えによる通常医療費の減少と、コロナ関連支出（治療、検査、ワクチン接種、医療提供体制確保のための補助金・支援金等）の大幅な増加という二つの相反する力が同時に作用した。COVID-19 関連費用の合計は、2020 年度約 2 兆 5,632 億円、2021 年度約 5 兆 4,470 億円、2022 年度約 5 兆 3,725 億円と推移した。特にワクチン接種費用は、2020 年度の約 472 億円から 2021 年度には約 2 兆 2,703 億円へと急増した。総保健医療支出は、2019 年度の約 54.5 兆円（対 GDP 比 9.9%）から 2022 年度の約 59.8 兆円（対 GDP 比 10.7%）へと増加した。対 GDP 比の上昇には、医療費の増加に加え、パンデミックによる GDP の減少も影響している。また、COVID-19 対応に関連して、地方単独事業の計上が進み、予防接種に要する経費（約 3,203 億円）、保健所管理費（約 1,456 億円）、がん検診（約 1,117 億円）、妊産婦健康診査（約 667 億円）等が新たに計上され、予防・公衆衛生分野の支出がより正確に把握されるようになった。

2026 年現在、日本の SHA 推計は医療経済研究機構と厚生労働省の連携のもとで継続されており、国際比較可能な医療費データの整備が引き続き行われている。

D. 考察

1. 30 年間の継続活動の意義

日本の SHA 推計は、1995 年度の研究開始から 30 年以上にわたり、医療経済研究機構を中核として継続されてきた。この継続性は、第 1 期に確立された推計方法の 3 原則（再現性・継続性・効率性）の上に成り立っており、第 2 期の SHA1.0 対応、第 3 期の SHA2011 への移行、第 4 期の継続的推計においても、TDHE 研究で蓄積された知見が一貫して活用されてきた。推計体制が研究委員会方式で運営され、学識経験者、行政担当者、研究者が参加する委員会において推計方法の検討や結果の検証が行われてきたことは、推計の質を担保する上で重要な役割を果たしてきた。

2. 国際的議論への日本の貢献

本研究で明らかになったとおり、日本は SHA1.0 の策定プロセスに 1995 年時点から関与し、OECD 事務局への財政的支援、Bureau（運営委員会）メンバーとしての方針決定への参画、1996 年 5 月の保健統計専門家特別会合の開催支持等を通じて、SHA1.0 の開発に寄与してきた。SHA2011 改訂においても、第 10 回会合（2009 年）以降、専門家会合への継続的な参加を通じて、Long Term Care の定義をはじめとする論点について日本の立場を主張

してきた。第 12 回会合（2010 年 11 月）における Long Term Care 定義の投票では日本の主張は採用されなかったが、議論を通じて各国の制度の違いや国際比較の課題が明確になった。また、SHA2011 への移行に先立つパイロット調査においても、日本はオーストラリア、韓国、カナダとともに参加し、円滑な移行に貢献した。

3. 制度的制約と「日本側資料の空白」の意味

日本側の研究報告書には、SHA1.0 公表（2000 年）以前の日本の OECD 関与に関する直接的な記述は乏しい。しかし、本研究により OECD 側資料から確認された事実から、この「空白」は記録の欠落や情報の隠蔽ではなく、OECD で策定中のマニュアルの内容を加盟国が先駆けて公開することは許されないという制度的制約の結果であったと解釈される。TDHE 研究報告書が「国内独自の研究」として記述されたことは、加盟国としての義務の履行であった。この事実は、SHA 推計の歴史を理解する上で、日本側資料のみではなく OECD 側資料との照合が不可欠であることを示している。

4. SHA2011 定義変更の構造的影響

SHA2011 への移行に伴う Long Term Care 定義変更は、日本の総保健医療支出の構造を大きく変えた。計上対象となる介護保険サービスが 14 から 38 に拡大したことにより、Long Term Care 費用は 2008 年度ベースで約 1.8 兆円から約 6.4 兆円へと約 4.6 兆円増加した。この変化は、単なる数値上の変動ではなく、日本の介護保険制度を国際的にどう位置づけるかという概念的な再整理を伴うものであった。なお、対 GDP 比の変動は日本固有のものではなく、各国の制度の違いに応じた変化が報告されたが、他方で多くの国（ベルギー、カナダ、フランス、ドイツ、韓国等）では SHA1.0 と SHA2011 で推計値にほとんど差がなかった点も留意すべきである。また、移行に伴い 1995 年度に遡る約 20 年分のデータの再推計が必要とされたことは、国際標準改訂が各国に課す実務的負担の大きさを示している。

5. COVID-19 が示した課題

COVID-19 パンデミックは、SHA 推計にいくつかの新たな課題を提起した。第一に、コロナ関連支出の SHA 分類体系への位置づけ（治療費は HC.1、検査費用は HC.4、ワクチン接種費用は HC.6、医療提供体制確保支援は各国で解釈が分かれる）について、国際的な調整が必要とされた。第二に、受診控えによる一時的減少と、オンライン診療の普及や予防意識の向上といった構造的変化を区別する分析の必要性が認識された。第三に、医療費動向への関心の高まりに対応するため、速報性のあるデータ提供の重要性が再認識された。これらは、第 4 期以降の推計実務における継続的な課題となっている。

6. SHA 推計の機能

本研究で観察された 30 年間の SHA 推計は、SHA1.0 が掲げた目的の一つである「医療改

革・医療政策の経済的影響を監視すること」が、日本の制度改革（介護保険制度導入、後期高齢者医療制度導入、特定健診・特定保健指導導入等）の影響を多次元的数据において捕捉する形で実現されてきたことを示している。また、HF×FS テーブルの分析により、社会保障基金における公費依存の漸進的な高まり（1996 年度の 35.2%から 2011 年度の 45.0%へ）といった、単一年度データでは把握しにくい長期的構造変化も観察された。SHA の多次元分析枠組みは、医療政策の経済的影響を多角的に把握するためのツールとして機能している。

E. 結論

1. 30 年の歩みの総括

1995 年度の研究開始から 30 年以上にわたり、日本は国際比較可能な医療費データの整備に継続的に取り組んできた。第 1 期に TDHE という日本独自の概念を構築し、第 2 期に OECD 策定の SHA1.0 に対応し、第 3 期に SHA2011 への移行を実現し、第 4 期に推計を安定的に継続するという軌跡は、国際標準の変遷に適応しながら自国の医療費を国際的に把握するための、継続的な努力の積み重ねであった。

30 年間の主な成果として、以下の 4 点が挙げられる。第一に、国際比較可能な医療費データの整備が実現し、日本の総保健医療支出は OECD Health Statistics を通じて国際的に公開され、各国との比較分析に活用されている。第二に、推計方法の確立と継続的改善が実現し、TDHE 研究で確立された 3 原則（再現性・継続性・効率性）が SHA1.0、SHA2011 と国際標準の変遷に対応しながら継承されてきた。第三に、国際的議論への貢献が実現し、OECD ヘルスアカウント専門家会合への参加を通じて日本は国際標準の策定に寄与してきた。第四に、推計体制の確立が実現し、医療経済研究機構と厚生労働省の連携による推計体制が 30 年間にわたり安定的に機能してきた。

2. 今後の課題と展望

今後の課題として、以下が挙げられる。

第一に、データソースの拡充である。レセプトデータ（NDB）や介護データベース（介護 DB）等の新たなデータソースの活用可能性の検討により、推計精度の向上と速報化が期待される。

第二に、推計精度の向上である。Long Term Care（HC.3）における介護保険サービスと医療サービスの境界領域の取扱いの精緻化、予防・公衆衛生（HC.6）の網羅性向上、自己負担（HF.3）における保険外診療や介護自己負担の把握方法の改善が必要である。

第三に、速報性の改善である。日本の会計年度（4 月～3 月）と暦年（1 月～12 月）の差異という構造的な制約はあるものの、速報値の提出体制の整備が求められる。

第四に、新たな分析課題（疾病別医療費、FP 分類、年齢別医療費）への対応である。国際基準との整合性を確保しながら、日本の制度・統計環境に適合した推計方法の開発が必要

である。

OECD が既に構築・公開している OECD.Stat や OECD Data Explorer は、かつて CD-ROM で販売されていたデータを無料公開するという大きな前進を実現しており、国際比較の質の飛躍的向上につながっている。高齢化が世界で最も進展した国の一つである日本において、国際比較可能な医療費データの整備は政策立案の基盤として一層重要となる。今後の推計業務移管後も変化する環境に適応し、質の高い推計を継続していくことが求められる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし