

研究報告書（参考資料）

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

本資料は、分担研究報告書「日本の保健医療支出（SHA）推計の歴史」の参考資料として、研究の根拠となった一次資料を時系列に沿って整理したものである。はじめに研究の目的と全体像（第1章）を示し、続いて1993年から現在までを4期に区分して詳述する。最後に30年間の総括と今後の展望を記す。

1 目的

1-1 国民医療費と保健医療支出

日本の保健医療支出の規模をマクロ経済的な視点から評価する際、最も頻用される指標は厚生労働省が公表する「国民医療費」である。一方、国際的な比較可能性（International Comparability）を担保する指標として、OECD（経済協力開発機構）が策定した「保健医療支出（SHA: System of Health Accounts）」も活用されている。

2021年度において、日本の国民医療費は約45兆円であるが、OECDに報告されたSHAベースの支出額は50兆円を超過しており、両者の間には約5兆円の乖離が存在する。この乖離は、単なる推計誤差ではなく、両統計が依拠する「定義」と「範囲」の構造的な相違に起因するものである。

国民医療費は、厚生労働省大臣官房統計情報部が毎年作成・公表している統計である。その定義は「当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用」とされている。具体的には、医療保険等給付分、後期高齢者医療給付分、公費負担医療給付分、および患者等負担分から構成される。2021年度の国民医療費は約45兆359億円であり、対GDP比は8.18%であった。

国民医療費は医療保険制度を基盤とした推計であるため、以下の費用は含まれない。すなわち、正常な妊娠・分娩に要する費用、健康診断・予防接種等の費用、固定した身体障害のために必要とする義眼・義肢等の費用、介護保険法による介護サービスの費用（一部を除く）、一般用医薬品（OTC医薬品）の購入費用などである。

保健医療支出は、OECD の SHA マニュアルに準拠して推計される。その範囲は国民医療費よりも広く、一般用医薬品（OTC 医薬品）、正常分娩に要する費用、歯科自由診療、介護保険によるサービス（SHA2011 以降は範囲が拡大）、健康増進・疾病予防に関する費用、公衆衛生活動に関する費用、医療機関の運営および施設整備のための費用、医療保険の運営費用なども含まれる。

このような定義の違いから、保健医療支出は国民医療費と比較して約 2～3 割高くなる。表 1-1 に 2011 年度の両者の比較を示す。

表 1-1 国民医療費と保健医療支出の比較（2011 年度）

指標	金額	対 GDP 比
国民医療費	38.6 兆円	8.1%
保健医療支出（SHA1.0 準拠）	47.6 兆円	10.0%
保健医療支出（SHA2011 準拠）	53.2 兆円	11.4%

同じ保健医療支出であっても、SHA1.0 準拠と SHA2011 準拠で約 5.6 兆円の差がある。この差は主に Long Term Care（長期医療系サービス）の定義変更によるものであり、第 III 章で詳述する。

1-2 SHA の基本概念

1-2-1 SHA の目的

SHA（A System of Health Accounts）は、OECD が開発した保健医療支出のガイドラインである。2000 年に初版（SHA1.0）が公表され、2011 年に改訂版（SHA2011）が公表された。

SHA の目的は、各国の保健医療支出を国際比較可能な形で推計することにある。各国が独自の定義や方法で推計した医療費では、医療制度や統計制度の違いから、単純な比較が困難である。SHA は、共通のガイドラインを提供することで、この問題を解決しようとするものである。

OECD 加盟国は、SHA に準拠した推計結果を OECD に提出しており、そのデータは OECD.Stat として公開されている。SHA2011 は OECD、EUROSTAT（欧州委員会統計局）、WHO（世界保健機関）の 3 機関が共同で策定したものであり、OECD 加盟国以外の国々にも広く活用されている。

1-2-2 SHA の 3 つの基本分類

SHA では、保健医療支出を 3 つの視点から分類する。

第 1 は機能分類（Health Care Functions: HC）である。これは「どのような種類のサービスが提供され、どのような財が購入されたのか」という視点からの分類であり、診療サービ

ス（Curative care）、リハビリテーションサービス（Rehabilitative care）、長期医療系サービス（Long-term care）、医療の補助的サービス（Ancillary services）、外来患者への医療財の提供（Medical goods）、予防・公衆衛生サービス（Preventive care）、保健医療管理業務（Governance and health system administration）の7分類で構成される。

第2は供給主体分類（Health Care Providers: HP）である。これは「資金はどこへ行くのか」、すなわち保健医療サービスや財を提供する機関・施設による分類であり、病院、診療所、薬局、介護施設などが含まれる。

第3は財源分類（Health Care Financing: HF）である。これは「資金はどこから来るのか」という視点からの分類であり、政府（中央・地方）、社会保険、民間保険、家計負担などに分類される。

1-2-3 二次元テーブルによる多角的分析

SHA では、これら3つ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。これにより、「病院で提供された診療サービスの費用はいくらか」「社会保険が財源となっている長期医療系サービスの費用はいくらか」といった多角的な分析が可能となる。OECD加盟国は、これらの標準表（Table 1～5）をOECDに提出しており、国際比較の基盤となっている。

1-3 日本の SHA 推計の4期区分

日本における SHA 推計の歴史は、大きく4つの時期に区分することができる（表1-2）。

表1-2 日本の SHA 推計の4つの時期

時期	期間	主な出来事
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

第1期は、日本における国際比較可能な医療費概念の構築の時期である。1995年度より、医療経済研究機構において、田中滋・慶應義塾大学教授（当時）を委員長とする研究委員会が発足し、当初「国民総医療支出（THE）」と称された概念は、1997年に「国内総医療支出（TDHE: Total Domestic Health Expenditures）」へと名称が変更された。日米独3カ国の国際比較も行われた。

第2期（2000～2011年）は、OECDが2000年に公表したSHA1.0への対応を進めた時期である。SHA1.0は機能分類（HC）、供給主体分類（HP）、財源分類（HF）の3次元分類を特徴とする国際標準であり、日本はTDHE研究で培った推計方法をSHA1.0に適合させ、

2001年からOECDへの年次報告を開始した。2000年の介護保険制度創設は、Long Term Care (HC.3) の推計に影響を与えた。

第3期（2011～2016年）は、SHA2011への移行を進めた時期である。OECD、EUROSTAT、WHOの3機関が共同で策定したSHA2011は、Long Term Careの定義変更を含む大幅な改訂であった。日本の保健医療支出は、2011年度ベースでSHA1.0準拠の約47.6兆円からSHA2011準拠の約53.2兆円へと増加した。

第4期（2016年～現在）は、SHA2011準拠の推計が安定的に継続されている時期である。疾病別医療費プロジェクト、FP分類への対応、データの速報化など、新たな課題への取り組みが進められている。2020年からのCOVID-19パンデミックも、保健医療支出に大きな影響を与えた。

2 第1期（1993～2000年）：TDHE研究の構築

2-1 1990年代初頭の状況と研究の発端

医療経済研究機構は、医療経済に関する調査研究を行う機関として1993年（平成5年）に設立された。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記録がある。その記録によれば、当時は「国民医療費はアメリカが一番測定範囲が広く、EUがその中間であり、日本が一番狭い」とされ、さらに「一応OECDが国民医療費測定のガイドラインを定めており、ヨーロッパ各国の数字がそのガイドラインに相対的に近いようである」との記述がある。これらの記述は、医療経済研究機構が老人保健健康増進等事業として実施した1995年の報告書にあり、ここから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が本格的に開始されたと考えられる。

2-1-1 国民医療費の限界と国際比較への要請

1990年代初頭、日本の医療費を国際的に比較する際には、一般的に「国民医療費」が用いられていた。しかし、国民医療費には国際比較上の限界があった。第一に、保険診療の範囲外の支出（一般用医薬品、健康診断等）が含まれていない。第二に、医療機関の運営に関する間接的な費用（減価償却費等）が十分に反映されていない。第三に、各国の医療費統計との定義の違いにより、単純な比較が困難であった。

当時、OECDは加盟国の医療費データを収集・公表していたが、各国の統計の定義や範囲が異なるため、比較可能性に課題があった。日本においても、「日本の医療費は本当に低いのか」「国際的に見てどの程度の水準にあるのか」といった問いに対して、より精緻な分析が求められていた。こうした背景のもと、国際比較可能な医療費概念を構築し、日本の医療費を適切に推計する研究の必要性が認識されるようになった。

2-2 THE 研究の発足と研究体制

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の一環として「国民総医療支出（Total Health Expenditures: THE）に関する研究」を開始した。研究の目的は、日本の医療費を国際的に比較可能な形で推計するための概念と方法論を開発することにあった。田中滋・慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授（当時）を委員長とする委員会を組織して進められ、医療経済、統計、社会保障等の専門家が委員として参加した。厚生省大臣官房統計情報部からはオブザーバーが加わり、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。表 2-1 に研究委員会の構成を示す。

表 2-1 国民総医療支出に関する研究委員会の構成（平成 7 年度）

役職	氏名	所属（当時）
委員長	田中 滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授
委員	菊地 隆俊	厚生省保険局医療経済専門官
委員	上條 俊昭	医療経済研究機構 専務理事
委員	勝又 幸子	社会保障研究所調査部研究員
オブザーバー	金井 東海	厚生省大臣官房統計情報部管理企画課統計専門官
事務局	田中 信朗	医療経済研究機構 主任研究員
事務局	高橋 康昭	医療経済研究機構 次長
事務局	大内 講一	医療経済研究機構 調査部長

2-3 THE の概念と推計方法

2-3-1 THE の定義と 4 つの構成要素

厚生省が毎年発表する「国民医療費」は「医療機関における傷病の治療に要する費用」を中心に推計したものであるが、その範囲外にも社会が実質的に負担する「医療にかかわる支出」が存在する。本研究は、これらを含めた総額を推計し「国民総医療支出（THE）」と定義した。THE は、大きく 4 つの構成要素から成り立っている。

第一の構成要素①-1 は、現行「国民医療費」（厚生省推計値）である。

第二の構成要素①-2 は、現行「国民医療費」の間接部分（医療保障制度の実務に要する費用）である。これは医療保障システムの人件費・物件費等の業務取扱費、社会保険庁、健康保険組合連合会、各健康保険組合、社会保険事務所等の運営費用を指す。

第三の構成要素①-3 は、現行「国民医療費」に関連する医療機関などへの公的負担部分である。これは国・自治体から医療機関の運営・施設整備等に支給される補助金等、国立病院への一般会計繰入、公立病院への他会計繰入金、その他公的・医療法人立等の病院への補助金・負担金を指す。

第四の構成要素②は、医療の周辺部分である。これには予防・健康管理サービス（大衆薬、検診・人間ドック、柔道整復・あんま・はり・きゅう、衛生材料、医療用具等）、医療サービス（高度先進医療の患者負担、在宅医療、付添看護、正常分娩等）、医療周辺サービス（歯科自由診療、特別療養環境室、老人病院お世話料、特別材料給食、給食・食料宅配等）が含まれる。

2-3-2 推計方法の特徴

①-2の推計においては、各保険者（政府管掌健康保険、組合管掌健保、国民健康保険、船員保険、各共済組合、労災保険等）の業務取扱費を個別に積算した。医療給付と年金給付の両方を行う保険者については、給付件数比で按分（Type I：現物給付を除く、Type II：現物給付を含むの2通り）した。①-3の推計においては、開設者別（国立、公立、公的、医療法人等）に、運営費補助と施設整備費補助（参考値）を区分して把握した。②の推計においては、項目ごとに異なる推計方法を採用した。大衆薬は生産統計に流通マージンを加算し、検診・人間ドック等は保険者支出と企業福利厚生費と自費購入費用を積算し、柔道整復等は保険適用・保険外の比率で按分するなどの方法によった。推計値に幅がある場合は「低め」「高め」で表示した。

2-3-3 平成5年度（1993年度）の推計結果

平成5年度のTHE推計結果を表2-2に示す。THEの総額は約30.6～30.7兆円と推計され、国民医療費（25.8兆円）の約1.2倍であった。この結果は、国民医療費だけでは捕捉できない保健医療支出が相当額存在することを示している。構成比を見ると、国民医療費が約84%を占めTHEの中核であることがわかる。一方、国民医療費以外の支出も約16%（約4.8～4.9兆円）存在し、無視できない規模であることが明らかになった。

表 2-2 国民総医療支出（THE）の4つの構成要素と平成5年度（1993年度）THE推計結果

区分	構成要素	内容	金額
①-1	現行「国民医療費」	医療保険制度等による医療費	約 24 兆円
①-2	国民医療費の間接部分	減価償却費、管理費等	約 0.57 兆円
①-3	医療機関などへの公的負担部分	施設整備費補助金、公衆衛生活動費等	約 0.80 兆円
②	医療関係サービス部分	一般用医薬品、健康診断、はり・きゅう等	約 3.6～4.5 兆円
THE 合計			約 29～31 兆円

なお、初年度の本研究では、用語法の改善（特に「医療周辺部分」等のネーミング）、推計方法の精緻化、データ制約の克服、推計結果の分析が次年度以降の課題として挙げられ

た。介護サービス部分は、公的介護保険による医療と介護の区分が見込まれるとして推計対象外とされた。

2-4 THE から TDHE への名称変更

1997 年 3 月に公表された 2 年目の報告書では、名称が「国内総医療支出（Total Domestic Health Expenditures: TDHE）」に変更された。この名称変更は、概念の性格をより正確に表現するためであった。具体的な理由として、シンポジウム等での発表を通じた外部意見で、「国民経済計算の同類語にならない『国内総医療支出』とすべき」との提案があったためとされている。

一般的には「国民」という語は日本国籍を持つ者を想起させるが、この医療費概念は「国籍」ではなく「国内で消費された」という地理的・領域的な概念である。そのため、「国民」から「国内」への変更が行われ、英語名も「Total Health Expenditures」から「Total Domestic Health Expenditures」に改められた。「Domestic」が加わったのは、推計対象を国内で発生した医療支出に限定していることを明確にするためである。これは、国民経済計算における「国民」概念（海外分を含む）と「国内」概念（国内発生分に限定）の区別に準じた変更であった。なお、1997 年 3 月の財源分析報告書は、研究対象の名称について依然として「国民総医療支出」の表記を使用しており、名称変更の過渡期にあった。

2-5 財源分析の実施

1997 年 3 月の報告書では、TDHE 推計額の算出に加えて、THE の財源構造の分析が行われた。財源分析は、4 つの視角から実施された。

第一の視角は、保険財政の観点からの分析である。THE における患者負担・保険料・公費の負担構造を明らかにすることを目的とした。第二の視角は、国民負担率の観点からの分析である。家計・法人・中央政府・地方政府による THE の負担を明らかにし、各主体の負担割合を把握することを目的とした。第三の視角は、家計の負担構造の分析である。家計が THE をどのような経路（税、保険料、患者負担等）で負担しているかを把握することを目的とした。第四の視角は、高齢者の負担の分析である。年齢階層別・所得階層別の 1 人当たり（世帯当たり）の THE 負担を明らかにし、特に低所得高齢者の負担に着目した。財源分析の基盤として、THE の財源と資金の流れを示すフロー図が作成された。このフロー図は、医療費がどの主体からどの経路を通して最終的にどこに至るかを体系的に示すものであり、後の SHA 財源分類（HF: Healthcare Financing）対応の基礎となった。

2-5-1 患者負担等・保険料・公費負担の構成

第一の視角による分析結果を表 2-3 に示す。THE の財源構造は、保険料が約 48～50%と最大の割合を占め、公費負担が約 30%強、患者負担等が約 19～21%であった。推計値に幅があるのは、②の医療関係サービス部分の推計に不確実性が伴うためである。高めの推計と低めの推計の差は約 1.2 兆円であった。

表 2-3 THE における患者負担等・保険料・公費負担（平成 5 年度）

区分	高めの推計	低めの推計
THE 合計	30 兆 5,614 億円	29 兆 3,794 億円
患者負担等	21.3%	19.4%
保険料	47.6%	49.5%
公費負担	31.1%	31.1%

2-5-2 家計・法人・政府の負担構成

第二の視角による分析結果を表 2-4 に示す。THE の最終的な負担主体別に見ると、家計が約 44～45%で最大であり、次いで中央政府が約 24～25%、法人が約 22%、地方政府が約 9%であった。

表 2-4 THE における家計・法人・中央政府・地方政府の負担（平成 5 年度）

負担主体	高めの推計	低めの推計
家計	44.1%（13 兆 4,828 億円）	45.2%（13 兆 2,809 億円）
法人	22.0%（6 兆 7,267 億円）	21.8%（6 兆 4,052 億円）
中央政府	24.6%（7 兆 5,068 億円）	24.2%（7 兆 1,076 億円）
地方政府	9.3%（2 兆 8,451 億円）	8.9%（2 兆 5,857 億円）

2-5-3 家計の THE 負担構造と世帯当たり負担

第三の視角では、家計が THE をどのような経路で負担しているかを分析した。家計の THE 負担総額は、高めの推計で約 13 兆 8,060 億円、低めの推計で約 12 兆 9,815 億円であった。負担の内訳を見ると、直接負担（患者負担、OTC 医薬品等の自費購入）が約 24～25%、保険料負担が約 22%を占めていた。さらに、法人の THE 負担のうち家計に帰着する部分（約 33%）と、税負担を通じた間接的な負担（約 22%）を加えると、家計の実質的な負担は THE の約 45%に達していた。

第四の視角では、世帯当たりの THE 負担を分析した。全世帯の 1 世帯当たり THE 負担額は、高めの推計で 70 万 9,256 円、低めの推計で 68 万 2,119 円であった。勤労者世帯に限ると、1 世帯当たり 45 万 4,000 円～47 万 2,000 円であり、実収入の約 8%に相当した。年齢階層別に見ると、世帯主の年齢が 40～54 歳の世帯が THE 負担の約半分を担っていた。これは、この年齢層が高所得で保険料負担が大きいこと、および人口構成上の比重が高いことを反映している。

2-6 国際比較研究の展開

2-6-1 国際比較の必要性

TDHE 研究において国際比較が不可欠とされた背景には、既存の国際比較指標の深刻な限界があった。OECD Health Data 1998 年版による THE (Total Health Expenditures) 対 GDP 比 (1997 年) では、OECD 加盟 28 カ国中、米国 14.0%、ドイツ 10.5%、スイス 10.2%、フランス 9.9%、カナダ 9.3%が上位を占め、日本は 7.3%で 18 位にすぎなかった。なお、当時 OECD から公表されていたデータは CD-ROM 形式で販売されていたものであり、現在の OECD のオープンデータは更新情報が公開されているため、必ずしも同じデータとはならない。

しかし、THE は各国の国民経済計算統計をベースとしているため、医療費の対象範囲が国ごとに必ずしも同じではなく、推計過程に課題があると指摘されていた。さらに、各国政府が個別に発表する医療支出 (NHE) の対 GDP 比はいつそう差が大きく、1994 年で日本の「国民医療費」が 5.4%、米国 13.5%、ドイツ 14.2%と報告されていた。同じ「医療費」でありながら THE と NHE でこれほどの差が生じる現実が、共通尺度としての TDHE 開発の直接的な動機であった。

報告書では、TDHE の目的として「政策立案をサポートできる指標の提供」が掲げられていた。TDHE を国民医療費とともに政策立案の基礎資料として位置付けるための付表として「表示区分別医療費」について検討が行われた。具体的には、TDHE 総額の対 GDP 比較にとどまらず、費目別構成比 (一般医療費、歯科医療費、薬剤・治療材料費等)、支払制度区分別・財源別構成比 (公費負担、保険給付、患者負担)、年齢階級別構成比といった多面的な比較を可能とする枠組みが検討された。

2-6-2 概念の再定義

1995～1996 年度の研究で構築した概念は日本の制度に即したものであり、「国民医療費」を基礎として、それに含まれない支出項目を積み上げる方式であった。医療保障制度・医療供給システムが異なる諸外国との比較には、制度の違いを超えた概念設定と共通の基盤での推計が必要であったため、1997 年度の研究では国民経済計算 (SNA) における位置づけからのアプローチにより概念を再定義した。TDHE を「一年間にその国内で費消された Health Care に対する費用の総額」と定義し、(A) 直接医療費と (B) 間接医療費から構成するものとした。経常勘定のみを対象とし、資本取引勘定は含めないこととされた。

2-6-3 比較対象国の選定

国際比較の対象国として、米国とドイツが選定された。フランスについても 1997 年度研究で検討されたが、データの入手可能性等の理由から参考推計としての扱いにとどまった。

米国を選定した理由は、National Health Expenditures（NHE）が世界で最も整備された医療費統計として知られていたこと、OECDのHealth Dataにおいて基準的な存在であったこと、対GDP比が先進国中最も高く比較対象として意義が大きいことなどによる。ドイツを選定した理由は、社会保険方式を採用している点で日本と類似の制度を有すること、ドイツ連邦統計局が詳細な医療費データを公表していたことによる。

各国の基礎データは、日本が「国民医療費」（当時、厚生省）、米国がHealth Care Financing Administration（当時、HCFA）による「National Health Expenditures」（NHE）、ドイツがStatistisches Bundesamt（当時、連邦統計庁）による「Fachserie 12: Gesundheitswesen Reihe S.2 1」であった。

2-6-4 米国およびドイツのTDHE推計方法

米国については、HCFAのNHEの対象範囲・推計手法・基礎データを詳細に調査し、TDHEに該当する部分を抽出して推計した。具体的には、NHEより、①施設建設費（Construction）、②調査研究費（Research）、③ナースিংホームケア（Nursing Home Care）のうちメディケア部分以外を控除したものを米国TDHEとした。

ドイツについては、連邦統計庁の医療費統計を基礎データとし、各費目をTDHEの枠組みに組み替えて推計した。具体的には、一般医療費は入院治療費・外来診療費・産科診療費・看護費・リハビリテーション費、薬剤・治療材料費は薬剤費と大衆薬、間接医療費は各財源機関の管理運営費用と病院等の管理に対する補助金から構成された。ただし、ドイツの推計にはいくつかの課題があった。在宅医療費については、公的介護保険から給付される介護費用と疾病金庫（Krankenkassen）等から給付される在宅医療費との区別が明確でなく、疾病金庫等から支出される「Home Care」はTDHE対象外としたものの、その中に医療費部分が含まれている可能性が否定できなかった。老人保健施設費用についても、医療費に含まれるものか介護費用を一部含むものかが不明であった。間接医療費についても項目設定に不透明な部分が残し、単純な比較は困難とされた。

なお、フランスについても参考推計が試みられたが、日米独と共通の分析枠組みに費目別構成を区分しきれなかったため、3カ国比較の対象からは除かれた。

2-7 推計方法の革新——再現性・継続性・効率性

1998年度研究において、推計方法における3つの原則が確立された。

第一に「再現性の確保」である。誰が推計しても同様の結果が得られるよう、公表統計資料のみを用い、ヒアリングや内部資料は用いないこととした。第二に「継続性の確保」である。継続的に刊行される統計資料を推計のベースとし、発行間隔が年度毎でない統計については2調査時点間の伸び率からデータを推計することとした。第三に「効率性の確保」である。統計資料を再整理し、データを入力すると自動的にTDHEが推計される集計

ツールを作成することとした。この3原則の確立は、TDHEを一回限りの研究成果ではなく、定期的に公表可能な統計として位置付けるための重要な基盤整備であった。

推計に使用した統計資料の規模は、TDHE推計の労力を反映したものといえる。出典データ一覧によれば、推計項目は「国民医療費の間接部分」27項目、「公的負担部分」9項目、「関係サービス」50項目の計86項目に及ぶ。使用統計資料は32種類にわたり、発行元は厚生省、社会保険庁、大蔵省、総務庁、自治省、文部省、労働省、総理府など多岐にわたる。

主要な資料には、国民医療費、事業年報（社会保険庁）、健康保険組合事業年報、国民健康保険事業年報、国家公務員等共済組合事業年報、地方公務員共済組合等事業年報、社会保障統計年報、労働者災害補償保険事業年報、特別会計決算参照書、基金年報（社会保険診療報酬支払基金）、地方公営企業年鑑、医療経済実態調査、医療施設調査・病院報告、薬事工業生産動態統計年報、中小企業の原価指標、補助金ハンドブック等があった。

ただし、86項目のうち「推計できず」とされた項目も相当数あった。高度先進医療における患者負担等、在宅医療、医療クラブ費用、ヘルスチェックサービス費用、柔道整復・あんま・はり・きゅうの保険外部分、給食・食材宅配関連サービスなどが該当する。適切な統計が存在しない、あるいはデータが古いために推計不能であり、TDHE概念の全範囲をカバーすることの困難さを示していた。

2-8 介護保険制度への対応

1998年度研究において重要なのは、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たことである。報告書は、TDHEが捉えている範囲は基本的に変わらないが、介護保険からの給付対象となるサービスのうち直接生活介助部分までを含むものと定義した。

介護保険の給付対象サービスは、（ア）老人保健等からの給付を受けていたサービス、（イ）老人福祉として自治体等の措置対象となっていたサービス、（ウ）介護保険導入に伴う新しいサービスの3つから構成される。従来のTDHEでは（ア）のみが計上されており、（イ）（ウ）は計上されていなかった。しかし、介護保険導入を視野に入れ、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の概念に含むと定義した。

直接生活介助とは「身体に直接触れる（可能性がある）介助及びその準備・後始末」とされ、具体的には清潔保持介助（洗顔、歯磨き、清拭、洗髪、洗身等）、更衣介助、入浴介助、排泄介助、食事介助、体位変換、移乗介助などが該当する。一方、家事援助等の生活支援サービスはTDHE対象外とされた。

この整理により、介護保険導入後もTDHEの概念的連続性が確保され、制度変更前後の比較が可能となった。この考え方は、後のSHA1.0対応において介護保険導入前後の比較可

能性を確保するための重要な基盤となった。なお、SHA2011 ではこのとき対象外とされた多くのサービスが含まれるようになったが、これは第 III 章で詳述する。

2-9 国際比較の結果

2-9-1 推計値の整理

1998 年度の新たな推計方法に基づく日本の TDHE 推計結果を表 2-5 に示す。

表 2-5 国内総医療支出（TDHE）推計結果

	1993 年度	1994 年度	1995 年度	1996 年度
従来推計（億円）	302,027	307,257		
（対 GDP 比）	6.3%	6.4%		
新推計（億円）		305,039	316,081	330,996
（対 GDP 比）		6.4%	6.5%	6.6%

1994 年度の従来推計と新推計の差は-2,218 億円であった。内訳は、統計不明につき用いなかったもの（-2,915 億円）、推計不要と判断し除外したもの（-186 億円）、推計式変更によるもの（+883 億円）であり、データが入手できないことが主たる要因であった。

2-9-2 対 GDP 比の 3 カ国比較

日米独 3 カ国の TDHE 対 GDP 比の国際比較を表 2-6 に示す。

表 2-6 TDHE の国際比較（対 GDP 比）

		1993 年	1994 年	1995 年	1996 年
日本	TDHE（兆円）	30.2	30.5	31.6	33.1
	GDP 比（%）	6.3	6.4	6.5	6.6
アメリカ	TDHE（10 億 US\$）	801.9	842.1	889.8	
	GDP 比（%）	12.2	12.1	12.3	
ドイツ	TDHE（10 億 DM）		311.8	326.3	
	GDP 比（%）		9.4	9.5	

（日本は年度推計、その他は暦年推計）

1995 年では、日本 6.5%に対し米国 12.3%、ドイツ 9.5%で、日本はこの 3 カ国中最も低い水準であった。

2-9-3 費目別構成比の 3 カ国比較

費目別構成比の国際比較結果を表 2-7 に示す。

表 2-7 費目別構成比の国際比較（1995 年）

費目	日本（調整前）	日本（調整後）	アメリカ	ドイツ
直接医療費	98.3	98.3	94.6	94.4
一般医療費	77.4	61.9	70.7	59.6
歯科医療費	8.7	8.6	5.1	10.0
在宅医療費	0.1	1.4	3.2	0.0
薬剤・治療材料	7.0	21.4	9.4	15.3
医療用具	0.7	0.7	1.6	2.8
老人保健施設	1.1	1.1	1.1	5.6
健診・人間ドック	3.2	3.2	3.5	1.1
間接医療費	1.7	1.7	5.4	5.7

（日本の調整後は、一般医療費に含まれる在宅医療費・投薬費用を推計し該当費目に計上した構成比）

報告書は2つの傾向を指摘した。第一に日本の間接費比率が低いこと（1.7%、米5.4%、独5.7%）。第二に薬剤・治療材料費が高いこと（調整後で日本21.4%、米9.4%、独15.3%）。ただし、日本の一般医療費には医師提供サービスに伴う薬剤費・検査費等が含まれ、米国では別費目に計上されるなど、制度上の差異に留意が必要とされた。

薬剤費比率の問題については、完全分業である米独と違い、日本では外来医療費と歯科医療費の中に医療機関が直接処方する薬剤費が含まれるため、調整前の薬剤比率は7.0%と3カ国中もっとも低くなる。これを処方箋調剤と同じ扱いに調整すると、一般医療費は77.4%から61.9%に低下し、薬剤・治療材料費は7.0%から21.4%に上昇した。この調整後の21.4%こそが国際比較上の実質的な日本の薬剤費比率であり、米国9.4%の2倍以上、ドイツ15.3%と比べても突出して高い水準であった。

2-9-4 支払制度区分別・財源別構成比の3カ国比較

支払制度区分別・財源別構成比の国際比較結果を表2-8に示す。

表2-8 支払制度区分別・財源別構成比の国際比較（1995年）

区分	日本（支払制度別）	日本（財源別）	アメリカ	ドイツ
公的支出税	6.8%	29.7%	45.1%	13.8%
保険給付保険料等	73.6%	50.6%	34.6%	76.1%
患者負担	19.6%	19.7%	20.3%	10.1%

米国は民間保険中心と思われがちだが、Medicare・Medicaidにより公的支出が45.1%に達する。ドイツは社会保険中心で日本と類似するが、保険料構成比がより高く（独76.1%、日50.6%）、患者負担は低い（独10.1%、日19.7%）。

2-9-5 年齢階級別構成比

年齢階級別 TDHE 推計は、海外データが統計上の制約から入手困難なため日本のみを対象とした。1996 年度の試算では、65 歳以上が国民医療費の 45.1%、TDHE 全体では 44.6%を占めた。TDHE に独自の医療関係サービス部分は相対的に若年層の構成比が高く、高齢化の影響は国民医療費ほど顕著ではないことが示された。

2-10 日米比較研究の深化

2-10-1 ドイツの離脱と日米二国間比較への移行

1998 年度では日米独の 3 カ国比較が行われたが、1999 年度以降の報告書は日米二国間比較に移行した。この背景には、ドイツの統計データの更新速度に加えて継続的な年次比較が困難であったこと、米国の NHE は毎年公表され日本と同じペースでの比較が可能であったことがある。すなわち、ドイツとの比較が後半で消えるのは、比較の打ち切りではなく、データの可用性に基づく判断であった。

2000 年 3 月には「1997 年度 日米の国内総医療支出に関する研究」が、翌年に「1998 年度 日米の国内総医療支出（TDHE）」が公表された。後者の研究担当は坂巻弘之（研究部長）と石井聡（主任研究員）が務めた。

2-10-2 推計の精緻化と時系列データの蓄積

86 項目の推計を毎年度繰り返す中で、統計資料の改廃への対応が必要であった。1998 年度推計では、健康保険組合の業務取扱費について「使用項目抹消のため、推計値に変更」との注記がある。また、1997 年度以前のデータに遡って推計手法の見直しを適用したため、同一年度でも報告書の刊行時期によって推計値が異なる場合がある。年次推計の蓄積により得られた時系列データを表 2-9 に示す。

表 2-9 日米 TDHE 年次推移（1994→1998 年度）

	1994	1995	1996	1997	1998
日本 TDHE（兆円）	30.5	31.6	33.1	33.8	34.5
国民医療費	25.8	27.0	28.5	29.1	29.8
日本 GDP 比	6.4%	6.5%	6.6%	6.7%	6.8%
米国 TDHE（10 億 US\$）	853.1	895.6	937.7	980.7	1,038.9
米国 GDP 比	12.3%	12.3%	12.2%	12.2%	12.1%

TDHE 対国民医療費比率 118.3%117.3%116.2%116.3%115.7%

日本の TDHE は 30.5 兆円（1994 年度）から 34.5 兆円（1998 年度）へと 4 兆円増加し、対 GDP 比は 6.4%から 6.8%へと上昇した。一方、TDHE 対国民医療費比率は 118.3%から 115.7%へと漸減し、国民医療費以外の構成要素の相対的比率が低下傾向にあることが確認された。

2-10-3 1998 年度の日米比較

日本の TDHE 対 GDP 比は 6.8%（前年度比+0.1 ポイント）、米国は 12.1%（同-0.1 ポイント）。国民一人あたり TDHE は日本 27 万 3 千円（前年度比+1.9%）、米国 3,697 ドル（同+4.8%）であった。費目別構成比の日米比較結果を表 2-10 に示す。

表 2-10 TDHE 費目別構成比の日米比較（1998 年）

費目	日本（調整前）	日本（調整後）	米国
直接医療費	98.3%	98.3%	94.4%
一般医療費	75.5%	63.8%	69.6%
歯科医療費	8.6%	8.4%	5.2%
在宅医療費	0.2%	2.0%	3.3%
薬剤・治療材料	8.5%	18.5%	10.5%
医療用具	0.8%	0.8%	1.5%
老人保健施設等	1.9%	1.9%	1.1%
健診・人間ドック等	2.8%	2.8%	3.3%
間接医療費	1.7%	1.7%	5.6%

調整後の薬剤・治療材料費は日本 18.5%（前年度比-1.6 ポイント）、米国 10.5%。間接医療費は日本 1.7%、米国 5.6%。1995 年から 1998 年にかけて、日本の薬剤費比率は漸減傾向にあるものの、依然として米国の約 1.8 倍の水準にあった。

財源構造は、日本は税 30.3%、保険料 48.0%、患者負担 21.7%。米国は税 44.2%、保険料 35.8%、患者負担 16.8%（前年度 19.9%から 3.1 ポイント低下）であった。日本は保険料中心、米国は税中心という財源構造の相違が継続的に確認された。

2-11 第 1 期の成果と限界

3 年間の TDHE 研究の総括として、以下の 3 つの課題が指摘された。第一に、推計可能性とは別に、制度の違いに左右されず医療需要の変化に柔軟に対応できる TDHE 概念であるべきとされた。第二に、適切な統計が得られず推計対象から外した項目の整備が必要とされた。第三に、表示区分別医療費について、年齢階級別や「段階別医療費分析」（予防・急性期・慢性期）の検討が今後重要とされた。

4 年間の TDHE 研究とその後の日米年次比較は、以下の成果を挙げた。第一に「国内総医療支出」という国際比較可能な概念を開発し、国民経済計算との整合性を確保した。第二に、再現性・継続性・効率性を備えた推計方法を確立し、86 項目・32 種の統計資料に基づく体系的な推計システムを構築した。第三に、日米独 3 カ国の多面的比較を通じて、日本の医療費構造の特徴——低い対 GDP 比、高い薬剤費比率、低い間接費比率、社会保険中心の財源構造——を明らかにした。第四に、年次推計の蓄積により 1994～1998 年度の 5 年間

の時系列変化を把握可能とした。第五に、介護保険制度との関係について予備的検討を行い、後の SHA 対応への布石を打った。

田中論文（1999）は、これらの成果から導かれる政策的インプリケーションにも言及している。日本の TDHE 対 GDP 比はアメリカの約 1/2、ドイツの 2/3 にすぎず、少なくともマクロ経済レベルではかなり少ない医療支出でシステムを維持してきた実態が確認され、2 つの政策課題を提起した。第一に、低い対 GDP 比にもかかわらず勤労世代の医療費負担感の原因となっている高齢者医療をめぐる制度の抜本改革の必要性。第二に、今後の科学技術の発展を取り込むためには、この低い支出水準のもとでどうしたらよいかという問題である。TDHE 研究は単なる統計的作業にとどまらず、推計結果に基づく政策議論の基盤を提供するものという発想であった。

一方、限界もあった。第一に、日本独自の概念であったため、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った。第二に、OECD が進めていた国際標準（SHA）との整合性が十分ではなかった。第三に、86 項目中推計不能な項目が相当数あり、概念範囲を完全にカバーできなかった。第四に、関係サービス部分で複数年度のデータを代用する項目が多く、精度に限界があった。第五に、ドイツとの比較が統計データの可用性の制約から年次での継続が困難とされた。

TDHE 研究は日本独自の試みとして重要な成果を挙げたが、OECD 加盟国全体との比較には国際標準への対応が不可避であった。2000 年、OECD は A System of Health Accounts（SHA1.0）を公表する。同年、医療経済研究機構では片岡佳和研究主幹を中心とするチームが厚生科学研究費補助金により SHA 準拠の医療費推計に着手し、日本は国際標準への移行を進めることになる。TDHE 研究で培った知見が、その基盤となった。

ewpage

3 第 2 期（2000～2011 年）：SHA1.0 への対応

3-1 SHA 策定の経緯

SHA1.0 の公表以前、各国の国民保健計算（National Health Accounts）は整備水準が国によって様々であり、医療と他のヘルスケア関連活動との間の境界、分類項目、会計規則が国によって異なっていた。OECD は従来から Health Data として各国の医療費統計を収集・公表していたが、各国の統計の定義や範囲が異なるため、制限があることを前提に国際比較を行っていた。こうした状況を改善するため、1990 年代に入り、OECD が各国と連携を取りながら保健統計体系を見直す動きが広がった。その中で、各国は政策適合性と網羅性を高める方策を模索していた。

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 2000 年に公表された。WHO ジュネーブの Jean-Pierre

Poullier が、OECD における SHA プロジェクトを主導した。また、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 (HCFA は、2001 年に CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) に改組)。マニュアルは「Version 1.0」として公表されており、「将来の改訂を見据えた作業の継続 (work in progress) と位置づけられるべき」と明記されている。表 3-1 に SHA 策定の経緯を示す。

表 3-1 SHA1.0 公表までの経緯

年月	主な出来事
1992 年	OECD が National Health Accounts (国民保健計算) の統計整備に関する検討を開始。
1993 年	OECD が各国の保健医療費推計手法に関する報告書を公表。
1990 年代前半	OECD Health Accounts が各国の医療費統計の非公式な準標準 (informal quasi-standard) として機能。ただし各国の定義・範囲・分類方法が異なり、国際比較に限界があった。
1996 年 5 月	OECD が保健統計専門家特別会合 (Ad Hoc Meeting of Experts in Health Statistics) を開催。加盟国代表のほか Eurostat・WHO 欧州/汎米 (Pan-American) 地域専門家が参加。医療費支出・財源データの国際基準策定が優先課題として特定された。
1997 年 12 月 3～5 日	パリにて第 2 回保健統計専門家特別会合 (Second Ad Hoc Meeting of Experts in Health Statistics) が開催され、SHA マニュアルの第 1 次草案が議論された。
1998 年 9 月 22～25 日	OECD 国民勘定専門家会議 (Meeting of National Accounts Experts) に SHA 第 2 次草案を提出。出版およびパイロット実施への活用を勧告。
1998 年 10 月 19～22 日	OECD 社会政策作業部会 (Meeting of the Working Party on Social Policy) に SHA 第 2 次草案を提出。出版が推薦された。
1998 年 9 月 30 日～10 月 2 日	アイルランド保健省主催の保健勘定専門家ワークショップ (ダブリン) で SHA 草案を議論。
1999 年 5 月 11～12 日	ルクセンブルクにて OECD・Eurostat 共催の保健勘定合同会議 (Joint OECD/Eurostat Meeting on Health Accounting) を開催。パイロット実施と各国保健勘定の現状が議題となった。
2000 年	OECD 加盟国の保健省・統計機関との議論を経た最終改訂を経て、「A System of Health Accounts Version 1.0」として公表。

3-2 SHA1.0 の目的と基本原則

SHA1.0 は、医療費支出とその財源に関する標準的な報告のための相互に関連した表の集合 (a family of interrelated tables) を提供することを目的として策定された。具体的には、以下の 9 つの目的が掲げられている。

第一に、国際比較可能な医療費勘定を標準表の形で提供すること。第二に、国際的に調和した医療の境界と基本カテゴリを定義すること。第三に、医療の中核機能と医療関連機能を区別し、様々な分野の社会・経済政策における健康に関わる複数部門にまたがる側面を強調すること。第四に、医療における財源フロー分析のための表と保険プログラム・その他財源調達方式の分類を提示すること。第五に、医療サービスの中間（メゾ）・ミクロ構造に関する比較研究のための主要集計量のフレームワークを提供すること。第六に、医療サービスに関する時系列的な整合的報告のフレームワークを提案すること。第七に、医療改革・医療政策の経済的影響を監視すること。第八に、国民経済計算規則と整合した、経済学的観点からの医療制度分析フレームワークを提供すること。第九に、医療の供給と使用の経済モデルを提示すること（SHA と保健サテライト勘定との概念的リンクを示すツールとして）。

これらのうち、特に重要なのは、目的の第7、第6、第4の3点である。第一に、目的第7に関連して SHA1.0 は単なる統計（集計）フレームワークではなく、医療制度改革の影響をモニタリングするためのツールとして設計された。後述の品質基準の一つである「政策感応性（Policy sensitivity）」においても、「医療政策が改訂される状況において不可欠」であり、「財源負担の変更と実質的な変化を区別することが困難だった」従来の報告体系の限界を克服することが目指されている。第二に、目的第6に関連して、経年比較を可能にする一貫した枠組みを提供していることは、制度改革の影響を評価するための前提条件である。第三に、目的第4に関連して SHA1.0 は医療費を「どこから資金が来るか（財源）」「どこへ向かうか（提供者）」「どのようなサービスか（機能）」の3つの次元で記録する体系であり、これにより財源の流れを多角的に追跡することが可能となる。

SHA1.0 は、これらの目的を達成するための前提として、基本的な品質基準として、表 3-2 に示す 6 つの基準を提示している。

表 3-2 SHA1.0 の基本的な品質基準

品質基準	SHA1.0 による記述 (§1.27～1.39)
網羅性 (Comprehensiveness)	医療活動の全領域を対象とする包括的な枠組みを提供する。特定の公的・民間プログラムのみを対象とせず、医療ケアの提供または医学的手段による健康状態の実質的な向上を目的とするすべてのプログラムを含む (§1.28)。
一貫性 (Consistency)	ICHA が提案する境界と配分を用いることで、各国間でより比較可能かつ時系列的に一貫したデータ収集が実現される。また、SHA は異なる次元から得られた推計値の妥当性を相互に検証するための恒等式と会計規則を内包する (§1.29～1.31)。
国際比較可能性 (International comparability)	提案された概念・分類は、各国の統計担当者が自国の観測データを国際比較可能な形に変換する作業を支援することを目的とする。ただし、国際比較可能な統計への収斂は段階的にしか達成できないとされている (§1.32～1.33)。

品質基準	SHA1.0 による記述 (§1.27～1.39)
SNA 整合性 (Compatibility)	国民経済計算体系 (SNA) との方法論的な整合性は、経常支出比率の算出や国際比較の前提条件とされる。また、価格指数や医療サービス産業における付加価値統計との整合性確保手段でもある (§1.34～1.36)。
適時性・精度 (Timeliness and precision)	理想的には、対象期間終了後 6 ヶ月以内に速報値が公表されることが求められる。ただし、適時性と精度 (精確性) はしばしば競合関係にあるとされる (§1.37～1.38)。
政策感应性 (Policy sensitivity)	医療政策が頻繁に変更される状況において不可欠とされる。従来の報告体系では、財源負担の変更と実質的な変化を区別することが困難だった (§1.39)。

これらの基準のうち、「適時性と精度」については、両者が競合関係にあることが明示されており、推計実務上の現実的な課題として認識されていた。

3-3 ICHA（国際医療費分類）の 3 分類体系

3-3-1 3 分類体系の概要

SHA1.0 の中核をなすのが、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（International Classification for Health Accounts: ICHA）である。SHA の標準表は、次の 3 つの基本的な問いに対応する形で編成されている。

第一は「資金はどこから来るか（財源）」、第二は「資金はどこへ向かうか（提供者）」、第三は「どのような（機能的に定義された）サービスが提供され、どのような種類の財（サービス）が購入されるか」である (§1.6)。これに対応して、ICAH は表 3-3 に示す 3 分類から構成される。

表 3-3 ICHA（国際医療費分類）の 3 分類体系

分類	コード	概要
		体系
機能別分類	ICAH- HC	医療サービス・財貨の種類（機能）によって分類する。個人向け医療（HC.1～HC.5）と集団向け医療（HC.6～HC.7）に大別される。また、医療関連機能（HC.R）が別途設定されている。
提供者別分類	ICAH- HP	医療サービスを提供する機関・産業（病院、外来診療所、小売など）を分類する。国際標準産業分類（ISIC Rev.3）との対応関係が整理されている。
財源別分類	ICAH- HF	医療費の財源（一般政府、社会保険基金、民間保険、家計の自己負担等）を分類する。公的部門と民間部門の区分が基本軸となる。

SHA1.0 は、医療費を 3 つの次元で分類する体系である。第一は機能別分類（HC: Health Care Functions）で、医療サービスの種類（入院、外来、医薬品等）を分類する。第二は提供主体分類（HP: Health Care Providers）で、医療サービスの提供者（病院、診療所、薬局等）を分類する。第三は財源分類（HF: Health Care Financing）で、医療費の財源（公的支出、民間支出、自己負担等）を分類する。

この 3 分類を組み合わせることで、「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。SHA は、これらの分類に基づく標準表を定めており、全標準表の整備は各国の統計プログラムの資源に応じて段階的・複数年にわたって実施することが想定されている。

3-3-2 ICHA-HC : 機能別分類の構造

ICHA-HC は、表 3-4 に示す通り、1 桁レベルで HC.1 から HC.7（および医療関連機能 HC.R）から構成される。2 桁・3 桁レベルの細分類も規定されている。ただし、SHA1.0 は「3 桁以下の分類は現段階では実験的（experimental）」と明記している。

表 3-4 ICHA-HC 機能別分類の構造（主要区分）

コード	区分	内容（SHA1.0 による定義）
HC.1	診療サービス	疾病・傷害の症状緩和、重症化予防、生命や正常な機能を損なうおそれのある悪化・合併症を防ぐことを主たる医療目的とする診療期間中に提供される医療サービス。産科サービス・外科的処置・診断・治療的手技を含む。緩和ケアは含まない。
HC.1.1 ～1.4	（入院・日 帰り・外 来・在宅）	提供形態により入院（HC.1.1）、日帰り（HC.1.2）、外来（HC.1.3）、在宅（HC.1.4）に区分。
HC.2	リハビリテーションサービス	最近発症した疾病・傷害、または繰り返し生じる機能障害のある患者に対し、機能レベルの改善を主目的として提供される医療・準医療サービス。HC.1 と同様に入院・日帰り・外来・在宅（HC.2.1～2.4）に区分。
HC.3	長期医療サービス	慢性疾患や日常生活動作（ADL）の低下により継続的な援助を必要とする患者に対して提供される継続的な医療・看護ケア。長期ケアは通常、医療（看護ケアを含む）と社会的サービスが混在するが、SHA では前者のみを医療費として計上する。
HC.3.1 ～3.3	（入所・日 帰り・在 宅）	入所長期看護（HC.3.1）、日帰り長期看護（HC.3.2）、在宅長期看護（HC.3.3）に区分。入所ケアには高齢入所者への長期ケア（レスパイトケア・ホスピス・緩和ケアを含む）が含まれる。
HC.4	医療の補助的サービス	外来患者への臨床検査（HC.4.1）、画像診断（HC.4.2）、患者搬送・救急的サービス（HC.4.3）等の補助的サービス。
HC.5	外来患者への医療財の提供	処方薬・市販薬・その他医療用消耗品（HC.5.1）および治療用器具・その他医療用耐久財（HC.5.2）。

コード	区分	内容（SHA1.0による定義）
HC.6	予防医療	人口全体の健康状態の向上を目的として設計されたサービス。母子保健・家族計画（HC.6.1）、学校保健（HC.6.2）、感染症予防（HC.6.3）、非感染症予防（HC.6.4）、産業保健（HC.6.5）等を含む。
HC.7	保健関連の現金給付および管理業務	民間保険会社・中央/地方政府・社会保障機関による医療の計画・管理・規制・保険料徴収・保険給付活動。
HC.R	医療関連機能	医療提供機関の資本形成（HC.R.1）、医療人材の教育・訓練（HC.R.2）、医療研究開発（HC.R.3）、食品・衛生・飲料水管理（HC.R.4）、環境衛生（HC.R.5）等。SHAの経常医療費には含まれず、メモランダム項目として記録。

HC.3（長期医療サービス）については、その定義において「長期ケアは通常、医療（看護ケアを含む）と社会的サービスが混在するが、SHAでは前者のみを医療費として計上する」と明記されている。この「医療と社会的サービスの境界画定」は各国の制度設計に大きく依存するため、国際比較上の主要な課題として認識された。日本においても、2000年に創設された介護保険制度のサービスをSHAのどのカテゴリに計上するかが後に重要な論点となる。この点は国際比較上の主要な課題であり、後のSHA2011改訂においても重要論点となった（第III章で詳述する）。

3-4 SHA1.0の多次元構造

日本の医療費統計の中核をなす国民医療費は、1954年度以降の推計結果が公表されており、推計範囲などの見直しを経ながら、70年以上の歴史を持つ。国民医療費は「制度別」「診療種別」「年齢階級別」「傷病分類別」など複数の次元で集計されており、情報量が豊富で、日本の医療政策の基礎資料として重要な役割を果たしている。これらはそれぞれ独立した集計表として公表されている。

これに対してSHAは、3つの2次元テーブル（HC×HF（機能別×財源別）、HC×HP（機能別×提供主体別）、HP×HF（提供主体別×財源別））を通じて、多次元性を担保している。さらに、HF×FS（財源主体別×財源源泉別）テーブルにより、財源主体（HF）への資金の原資（税、保険料、自己負担）を追跡することができる。そのため、SHAを用いて「ある財源（制度）からどの提供主体（医療機関）にどれだけ流れたか」といったクロス情報を把握することができる。

これら4つのテーブルを統合すると、FS（財源源泉：誰が原資を負担しているか）→HF（財源主体：どの仕組みを通じて支払うか）→HC（機能：どのようなサービスか）→HP（提供主体：誰が提供するか）という資金フローの全体像を描くことが可能となる。SHA

の多次元的な推計体系によって、このような資金フローの全体像を把握することができる（資金フロー全体図は別資料として整理する）。

3-5 日本の SHA 準拠研究の開始

SHA1.0 の公表を受けて、日本では平成 12 年度（2000 年度）から、SHA 準拠の推計方法を開発するための研究プロジェクトが開始された。この研究は、厚生科学研究費補助金特別研究事業として、医療経済研究機構が実施した。

研究の目的は、SHA1.0 に準拠した推計方法を確立し、日本の医療費データを OECD に報告することであった。第 1 期の TDHE 研究で蓄積された知見と人材が、この新たな研究に引き継がれた。研究体制は、片岡佳和研究主幹を主任研究者として、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した（肩書はいずれも当時）。

SHA 準拠推計の基本的なコンセプトは、「国民医療費および TDHE 推計方法に基づく」ことであった。これは、第 1 期の TDHE 研究で確立された推計方法を継承しつつ、SHA1.0 の分類体系に対応させることを意味する。このアプローチには重要な意義があった。第一に、TDHE 研究で蓄積された知見を活用できること。第二に、国民医療費との関係を明確に保てること。第三に、推計方法の継続性を確保できることである。

推計においては、公表統計資料を最大限活用することとされた。国民医療費、医療施設調査、患者調査、社会医療診療行為別調査など、約 40 種類の統計資料が活用された。公表統計を使用することで、推計の透明性と再現性を確保することが可能となった。報告書には、OECD Health Data の 167 項目それぞれについて、具体的な推計方法が記載された。例えば、「Total expenditure on in-patient care（入院医療費）」については、国民医療費における入院診療費を基本として、SHA1.0 の定義に即した調整を加える方法が採用された。一方、「Expenditure on health education & training（医療教育訓練費）」や「Total Expenditure on health R&D（医療研究開発費）」などは、データ入手が困難な項目として、推計の限界も明示されていた。2001 年 3 月に公表された報告書では、平成 10 年度（1998 年度）の推計結果が示された。表 3-5 に推計結果を示す。

表 3-5 平成 10 年度（1998 年度）SHA 準拠推計結果

項目	金額（兆円）	国民医療費比
総医療支出（Total expenditure on health）	36.7	123%
経常医療支出（Total current expenditure）	34.4	115%
個人医療支出（Personal health care）	33.4	112%
集合的医療支出（Collective health care）	1.1	4%
資本形成（Gross capital formation）	2.2	7%
（参考）国民医療費	29.8	100%

SHA 準拠の総医療支出（Total expenditure on health）は約 36.7 兆円と推計され、国民医療費（約 29.8 兆円）の約 123%、経常医療支出（約 34.4 兆円）は約 115%であった。国民医療費との乖離は、TDHE 研究で明らかにされた「国民医療費に計上されない医療費関連支出」（介護・長期療養関連費用、予防・公衆衛生費、医療研究開発費など）が加算されたことによるものである。

3-6 OECD Health Data 2001 への報告

2001 年、この研究成果に基づき、日本は初めて SHA 準拠の推計値を OECD Health Data 2001 に報告した。これは、日本の医療費データが国際標準に基づいて報告された出来事であった。

国内では、2001 年 11 月の第 8 回ヘルスリサーチフォーラムにおいて、この研究成果が発表された。発表では、TDHE 研究から SHA 準拠研究への移行、推計方法の概要、推計結果が示され、日本の医療費の国際的な位置づけを客観的に把握することが可能となったと報告された。

3-7 SHA1.0 時代の推計方法の詳細

SHA 準拠の推計方法について、より詳細に概説する。日本の SHA 推計のデータソースには、国民医療費をはじめとする約 40 種類の統計資料が利用されている。推計に使用しているデータ項目数は、約 400 である。

推計の基本的なアプローチは、はじめに各機能（HC）分類の費用を推計し、次に各機能の値を財源や供給主体別に按分する方法で 2 次元テーブルを作成するものである。たとえば、SHA の入院医療費（HC.1.1）は、国民医療費の入院医療費（病院および一般診療所）から推計を行う。ただし、国民医療費の入院医療費（病院）は長期医療系サービス

（HC.3.1）を含んでいる。そのため、一般病床と療養病床の比率および社会医療診療行為別調査報告の点数情報から按分係数を作成し、長期医療系サービス費用を除外している。一般薬（HC.5.1.2）の推計は、薬事工業生産動態統計の生産額を用いて、その値に卸マージン率と小売マージン率を乗算している。マージン率は、中小企業の実価指標の値を活用している。

このように、各機能（HC）分類費用を推計し、次に各機能の値を財源や供給主体別に按分する方法で 2 次元テーブルを作成している。

なお、それぞれの推計項目の具体的な推計方法については、医療経済研究機構が過去に公表している報告書を参照されたい。過去の報告書は推計作業の記録として記述されており、第三者にとっては必ずしも読みやすい形式とはなっていないため、作業記録とは異なる表現で推計方法を順次に伝えていくことが今後の課題として認識されている。

3-8 SHA1.0 時代の推計結果

3-8-1 保健医療支出の推移

SHA1.0 準拠の保健医療支出（Total Expenditure on Health）は、1995 年度の 34.0 兆円から 2007 年度には 41.8 兆円へと増加した。表 3-6 に推移を示す。

表 3-6 保健医療支出の推移（SHA1.0 準拠）（単位：兆円）

年度 保健医療支出 公的支出 民間支出 公的比率

1995	34.0	28.2	5.8	83.1%
1998	36.6	29.7	6.9	81.3%
2000	38.5	31.5	7.0	81.9%
2003	39.6	32.3	7.3	81.5%
2005	41.0	33.9	7.1	82.7%
2007	41.8	34.3	7.6	81.9%

この期間の保健医療支出の年平均成長率は約 1.7%であった。公的支出の比率は概ね 81～83%の範囲で推移し、日本の医療費における公的財源の高い割合が維持された。

3-8-2 機能（HC）の構成比推移

1996 年度から 2012 年度までの経常保健医療支出の機能別構成比の推移を観察すると、HC.1（診療サービス）の構成比は 67.5%（1996 年度）から 62.5%（2012 年度）へと 5.0 ポイント低下した。一方、HC.3（長期医療系サービス）は 4.7%から 9.1%へ 4.4 ポイント上昇、HC.5（医療財）は 21.8%から 22.2%へ 0.4 ポイント上昇した。HC.1 の低下と HC.3 の上昇から、「治す」（診療）から「支える」（長期医療）へ、徐々にシフトしている傾向が観察できる。

3-8-3 提供主体（HP）の構成比推移

提供主体別にみると、HP.1（病院）が 52.0%から 46.6%へ 5.4 ポイント低下、HP.3（外来提供者）が 31.6%から 26.8%へ 4.8 ポイント低下した。一方、HP.4（医薬品小売）が 9.8%から 18.4%へ 8.6 ポイント上昇した。これは医薬分業の進展（処方薬が病院・診療所内の薬局から院外の調剤薬局に移行したこと）の影響が要因の一つと考えられる。SHA の提供主体分類（HP）によって、医薬分業に伴う資金フローの構造変化を捕捉することができる。HP.2（介護施設）は 1.3%から 3.8%へ 2.5 ポイント上昇した。ただし、金額は 0.4 兆円から 1.8 兆円であり、経常支出全体（約 48 兆円）の中での規模は限定的である。費用の増加が大きい、実態としての金額の影響度は相対化して評価する必要がある。

3-8-4 財源（HF）の構成比推移

財源別は、社会保障基金（HF.1.2）は 73.8%から 72.9%、一般政府（HF.1.1）は 8.0%から 9.7%とほぼ安定している。家計負担（HF.2.3）は 14.5%から 14.0%へ 0.5 ポイント低下した。HC や HP に比べて、HF の全体構成は 16 年間で大きな変化を示していない。しかし、これは HF の全体平均であり、機能別に分解すると別の観察が可能となる。

3-9 財源構造の変化——制度改革の影響

機能（HC）別に財源構成比の経年変化を分析すると、制度改革の影響が明瞭に観察される 3 つの領域がある。

3-9-1 HC.3 長期医療系サービス——介護保険導入の影響

HC.3（長期医療系サービス）の財源構成は、2000 年を境に大きく変化した。1999 年度まで一般政府が 18.1%を占めていたが、2000 年度に 4.0%へ減少し、社会保障基金が 68.8%から 83.9%へ上昇した。これは介護保険制度の導入により、それまでの制度（一般政府）で賄われていた長期医療の財源が、社会保険へ移行したことを示している。

また、2005 年以降、家計負担比率が 9%台から 13～14%台に上昇している。これは 2005 年 10 月の介護保険法改正により、施設の食費・居住費が自己負担化されたことの影響が要因の一つと考えられる。ただし、HC.3 の金額自体は 1.5 兆円（1996 年度）から 4.4 兆円（2012 年度）であり、構成比の変化は大きい。経常支出全体（約 48 兆円）の中では限定的である。介護保険は、医療で賄っていたサービスの一部を介護に移行させたものや新設された介護サービスも存在し、導入後の数年間の構成比における実態のインパクトが大きいとは限らない。

3-9-2 HC.5 医療財——家計負担の漸減

HC.5（医療財）の家計負担比率は、1999 年度の 40.5%から 2012 年度の 31.1%へと約 9 ポイント低下した。同時に、社会保障基金比率は 54%から 61%へ上昇した。HC.3 のような急激な変化ではなく、15 年間にわたる漸進的な移行である。薬剤費が上昇したこと、その中でも処方薬が上昇したことが背景にある。一般薬は社会保険を介さないため、処方薬の比率が上昇すれば、社会保障基金の比率が上昇する構造である。

3-9-3 HC.6 予防・公衆衛生——特定健診導入の影響

HC.6（予防・公衆衛生）は、2008 年に構造変化が生じた。2007 年度まで社会保障基金が約 49%を占めていたが、2008 年度に 39%へ低下し、一般政府が 22%から 28%へ上昇した。同時に総額が約 1.0 兆円から 1.2 兆円に急増した。2008 年は特定健診・特定保健指導の導入年であり、この制度変更が金額と構成比の両方に影響を与えたと考えられる。

3-10 詳細分類（2桁・3桁）の分析

SHAの多次元構造に加えて、各次元（HC、HP、HF等）は1桁分類ではなく、2桁（2nd digit）や3桁（3rd digit）分類も精緻に設計されている。今日に至るまで、分類については大きな変更もない。

3-10-1 入院（HC.1.1）と外来（HC.1.3）——家計負担率の乖離

同じ「診療サービス（HC.1）」の中でも、入院と外来では家計負担率が異なり、かつその差は拡大傾向にある。入院（HC.1.1）の家計負担率は4.4%（1996年度）から2.6%（2012年度）へ低下した。一方、外来（HC.1.3）の家計負担率は14.5%から16.4%へ微増している。

これらの乖離の要因としては、診療報酬点数の改定、高額療養費制度、在院日数の短縮、DPC病院の拡大などが考えられるが、複合的であり決定要因を特定することは困難である。SHAの詳細分類を活用した分析は、このような構造的な差異を定量的に把握するために有効である。

3-10-2 処方薬（HC.5.1.1）と一般薬（HC.5.1.2）——財源構造の断絶

処方薬（HC.5.1.1）と一般薬（HC.5.1.2）は、「医療財（HC.5）」の財源構造が異なり、OTCを含めた一般薬（HC.5.1.2）は100%家計負担である。一方、処方薬（HC.5.1.1）の家計負担率は約15%にとどまる。処方薬は保険適用であるため、社会保障基金がメインの財源構造となる。ただし、処方薬も院内処方についてはHC.1に含まれるため、捕捉率が完全ではないことが前提である。

金額面では、処方薬が5.1兆円（1996年度）から8.6兆円（2012年度）へ成長する一方、一般薬は約1.6兆円で横ばいであり、処方薬の比率は76%から85%へ上昇した。前述のHC.5全体における家計負担比率の漸減は、この処方薬比率の上昇が主要因の一つである。

3-10-3 HC.3 長期医療の提供主体構成

HC.3（長期医療）がどの提供主体によって提供されているかを分析すると、HP.1（病院）の比率が71%（1996年度）から58%（2012年度）へ低下する一方、HP.2（介護施設）は27%から36%へ、HP.3（外来、在宅サービスを含む）は1%から6%へ上昇している。総額が1.5兆円から4.4兆円に約3倍増する中で、病院から施設・在宅への緩やかなシフトが進んでいる。ただし、SHA1.0時代を通じて長期医療は依然として入所（HC.3.1）中心の構造であり、入所が全体の94～97%を占めている。

3-11 提供主体への資金フロー

3-11-1 HP.4 医薬品小売：医薬分業の影響

全提供主体の中で大きな変化を示したのが HP.4（医薬品小売）である。1996 年度には家計負担 64%、社会保障基金 30%であったものが、2012 年度には家計負担 35%、社会保障基金 58%となった。金額も 3.2 兆円から 8.8 兆円へ 2.8 倍に増加している。

この変化の内訳を見ると、HP.4.1（調剤薬局）が 1.3 兆円から 6.7 兆円へと約 5 倍に成長している。医薬分業の進展により、処方箋が病院・診療所内の薬局から院外の調剤薬局に移行したことが、HP.4 全体の財源構造を「社会保障基金中心」へ転換させた。一方、HP.4.2（眼鏡等）や HP.4.3（補聴器）は家計負担のまま横ばいである。

3-11-2 HP.2 介護施設：介護保険導入による財源の影響

HP.2（介護施設）では、介護保険導入前後で財源構造に変化があった。社会保障基金比率が 41%（1996 年度）から 79%（2012 年度）へ上昇し、一般政府比率が 41%から 1%へ急落した。一方、家計負担比率は 19%から 20%でほぼ変わっていない。すなわち、介護保険は、それまで一般政府（税）が担っていた部分を社会保険に移し、家計の負担構造に影響は及ぼしていない。

3-12 財源源泉（FS）の構造変化

これまでの分析は財源主体（HF）の構成を見てきたが、HF×FS テーブルにより、「誰が最終的に負担しているか」を追跡することができる。経常保健医療支出の財源源泉は、1996 年度には政府（税）34.0%、家計 46.7%、企業 19.3%であった。2011 年度にはそれぞれ 42.4%、41.5%、16.1%となり、政府（税）の負担比率が約 8 ポイント上昇する一方、家計の負担比率が約 5 ポイント低下した。両者は 2009 年頃から接近し、逆転の傾向を示している。

この変化の内訳を社会保障基金（HF.1.2）への資金源泉で見ると、政府（税）からの投入比率が 35.2%（1996 年度）から 45.0%（2011 年度）へ約 10 ポイント上昇している。社会保障基金の総額は 23.8 兆円から 34.3 兆円へ約 10.5 兆円増加しているが、その増分の約 6 割を公費（税）が吸収している。企業の保険料負担比率は 24.7%から 20.7%へ、家計の保険料負担比率は 40.1%から 34.3%へ低下しており、社会保障基金の運営における公費依存が年々高まっている構造が観察できる。

介護保険導入（2000 年）と後期高齢者医療制度（2008 年）の影響は、導入年などの特定年に急変するというより、15 年間を通じた漸進的な構造シフトとして表れている。HF×FS テーブルの分析により、このような構造シフトを把握することができる。

3-13 SHA1.0 時代の制度改革の影響と多次元分析の意義

SHA1.0は「医療改革・医療政策の経済的影響を監視すること」をはじめとする9つの目的を掲げていた。1996年度から2012年度までの推計値の分析により、これらの目的がどのように実現されているかが具体的なデータで示された。介護保険制度導入（2000年）、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）、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の多次元的なデータにおいて観察された。

特に、SHAの多次元的な分析によって把握できる構造変化として、以下の点が明らかになった。第一に、同じ「診療サービス」でも入院と外来で家計負担率の乖離が拡大していること。第二に、同じ「医療財」でも処方薬と一般薬で財源構造が異なること。第三に、提供主体としての調剤薬局の急成長と、それに伴うHP.4全体の財源構造の変化。第四に、財源源泉（FS）の分析により、社会保障基金の公費依存が年々高まっている構造。これらはいずれも、SHAの3つの2次元テーブル（およびHF×FSテーブル）の多次元的な分析によって把握できる。

なお、処方薬（HC.5.1.1）と一般薬（HC.5.1.2）の財源構造の違いに関連して、近年の動向に触れておきたい。スイッチOTCとして承認されている成分（ロキソプロフェンナトリウム水和物、フェキソフェナジン等）の存在に加え、2025年12月には政府がOTC類似薬77成分・約1,100品目について、処方時に薬剤費の25%を患者が追加で自己負担する新制度の導入を決定し、2027年3月の施行が予定されている。この制度では処方薬としての保険適用は維持されるが、追加負担を避けてOTC版を購入する患者が増えれば、HC.5.1.1（社会保障基金中心）からHC.5.1.2（100%家計負担）への財源シフトが観察できる可能性がある。

3-14 SHA1.0の課題

SHA1.0準拠の推計を開始して以降、いくつかの課題が明らかになった。

第一に、長期ケア（Long Term Care）の定義である。SHA1.0では、長期ケアの範囲が必ずしも明確ではなく、各国の解釈にばらつきがあった。日本では介護保険制度（2000年創設）のサービスをどのように計上するかが課題となった。具体的には、居宅介護サービスのうち医療的サービスと社会的サービスの分離、施設サービスにおける医療と介護の費用分割などについて、SHA1.0のガイドラインのみでは対応が困難な場面があった。

第二に、予防医療（HC.6）の範囲である。基本健康診査、予防接種等の計上方法について、より詳細なガイダンスが求められた。

第三に、推計の迅速性である。確定値の公表までに2～3年を要する状況は、政策立案における活用を困難にしていた。この背景には、日本においては保健医療支出の約8割を占める国民医療費および各保険者の事業報告の公表時期が対象年度の翌々年であるという構造的な制約があった。そのため、日本がOECDに提出してきた確報値は報告時点から3年前

(t-3) のデータであった。一方、OECD は加盟国に対してより新しい年次のデータを速報値 (Preliminary Data) として提出することを求めており、日本を含めた複数国の推計年度の問題は、SHA1.0 時代からの課題として認識されていた。これらの課題は、後の SHA2011 改訂において部分的に解決されることとなる。

3-15 日本側資料の「空白」と OECD への照会

3-15-1 残された疑問

日本側のこれまでの資料（主に医療経済研究機構の研究報告書）からは、SHA1.0 の公表以前に日本が SHA 策定プロセスに関与していた記録は見当たらない。しかし、2000 年の SHA1.0 公表から 1 年足らずで SHA 準拠の推計体制を整え、2001 年には OECD Health Data 2001 への初報告を実現した速さは、それまでの準備なしには説明が困難である。

また、第 1 期（1993～2000 年）の TDHE 研究で開発された概念・推計手法と、SHA1.0 が提示する枠組みとの間には、偶然とは考えにくい類似性が存在する。SHA1.0 策定の 4 年間（1996～2000 年）、日本は本当に OECD と無関係だったのか。本研究の過程で、この疑問の解明のために OECD の担当者への照会を行った。

3-15-2 OECD への David Morgan 氏からの回答

OECD の Health Accounts を長年担当してきた David Morgan 氏（OECD 保健統計担当）に電子メールで照会を行った。本研究の目的を伝えた上で、日本が SHA1.0 の策定プロセスに関与していた可能性について尋ねた。

David 氏からの第一報には、決定的な情報が含まれていた。David 氏自身は 2002 年に OECD に着任しており、SHA1.0 以前の詳細を直接知らないが、当時 OECD で保健関連の業務に従事していた同僚からの情報として、2000 年以前に日本から 2 名の出向者（おそらく省庁から）が OECD で保健分野の業務に従事していたという証言が得られた。

さらに David 氏は、当時の会議記録を複数提供した。その中に、OECD 社会政策作業部会（Working Party on Social Policy）第 14 回会合の議事録（1995 年 10 月 11～12 日開催）が含まれていた。

3-15-3 1995 年議事録から確認された事実

提供を受けた議事録は表紙に「Restricted」と記載された OECD の内部文書であり、直接引用・転載はできない。しかし、その内容から確認できる事実を以下に整理する。

第一に、1995 年 10 月の会合において、日本は厚生省大臣官房国際課から 2 名、さらに在 OECD 日本政府代表部の 1 名を派遣して参加しており、その内の 1 名が 1996 年度のビューロー（Bureau）メンバーに選出されている。OECD の各作業部会には、加盟国の代表者の

中から選挙または推薦によって選出された少数の幹部メンバーで構成される Bureau が置かれている。Bureau は作業部会の議長・副議長を含む運営委員会であり、活動方針や優先課題の決定、OECD 事務局との連絡調整などに実質的に関与する。一般の代表として会議に出席するだけでなく、部会の方針決定に参加できる立場であり、加盟国の中でも当該分野に特に強い関与と発言力を持つことを意味する。日本代表が Bureau に選出されていたという事実は、日本がこの時点で OECD の保健統計分野において単なる参加国にとどまらない、中枢的な役割を担っていたことを示している。

第二に、保健統計専門家会合（後の 1996 年 5 月の会合、SHA1.0 策定の起点とされる）の開催を支持した国として、日本が明示的に名前を挙げられている。

第三に、OECD 事務局が保健医療分析への追加的支援（財政的な支援と推測される）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 か国のみであった。

第四に、日本代表は、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る。

そして、この会議の事務局側にいたのが、後に SHA1.0 プロジェクトを主導する Jean-Pierre Poullier 氏（OECD 事務局、SAIR 部門）であった。

3-15-4 「空白」の理由——制度的制約としての沈黙

1995 年の議事録を起点として、その後の文書を時系列で読み解くと、日本側資料だけでは見えなかった全体像が浮かび上がる。日本は 1995 年の段階から、SHA 策定プロセスの実質的な内側にいた。財政支援、会議参加、ビューローへの参画を通じて、SHA1.0 の開発に寄与していたと考えられる。

では、なぜ日本側の報告書にその記録が残っていないのか。答えは制度的制約にある。

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。したがって、医療経済研究機構の TDHE 研究報告書は「国内独自の研究」という体裁で記述されており、OECD との情報交換の事実や、策定中の SHA との関連性について明示的に言及することができなかったと考えられる。これは隠蔽ではなく、加盟国としての当然の義務の履行であった。

TDHE 研究報告書が「作業記録」として残されたのは、そのような制度的文脈の中での選択であったと解釈される。そして、その記録は日本の研究者たちが国際的な枠組みの構築に誠実に関わっていた証として、今日も価値を持ち続けている。

なお、提供を受けた文書はいずれも「Restricted」または「For Official Use」の指定を受けており、本資料においても全文の引用・転載は行っていない。上記の記述はすべて、文書から導かれた知見を独立した記述として整理したものである。

4 第3期（2011～2016年）：SHA2011への移行

4-1 SHA1.0の限界と改訂への動き

SHA1.0は2000年の公表以降、各国の医療費統計の国際比較に大きく貢献してきた。

OECD加盟国は、2001年よりSHA1.0に準拠した推計値を保健医療支出としてOECDに提出するようになり、SHA1.0は国民保健計算を推計する際のグローバルスタンダードとなった。また、2003年にWHO（世界保健機関）、World Bank（世界銀行）、USAID（アメリカ合衆国国際開発庁）が低中所得国向けに開発したProducer Guideのベースにもなった。しかし、SHA1.0は公表時から、欠点（Flaws）、一貫性の欠如（inconsistencies）、漏れ（omissions）の存在が指摘されており、改訂の必要性が明記されていた。10年近くが経過する中で、いくつかの限界が顕在化してきた。

4-1-1 Long Term Care（HC.3）の定義の曖昧さ

SHA1.0における最大の問題は、Long Term Care（長期ケア、HC.3）の定義が曖昧であったことである。SHA1.0では、Long Term Careの範囲が明確に定義されておらず、各国が独自に解釈して推計を行っていた。

日本では、介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、医療保険から介護保険に移管されたサービスを保健医療支出に計上してきた。具体的には、介護保険サービス40種類のうち、医療従事者（医師や看護師等）が提供する訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護（老健、病院等）、介護老人保健施設サービス、介護療養型医療施設サービス等の14サービスを計上していた。一方、訪問介護、通所介護等のいわゆる「介護サービス」は含めない方針をとっていた。

しかし、他の国々では異なる解釈が行われており、国際比較の精度に疑問が生じていた。例えば、療養病床における長期入院や障害福祉サービスの一部など、他国ではLTCに含まれる可能性のある支出の取扱いも国によって異なっていた。この結果、国際比較において日本のLong Term Care支出が相対的に低く見える状況が生じていた。Long Term Careの定義を明確化し、各国間で統一的な推計を行うことが求められた。

4-1-2 予防・公衆衛生（HC.6）の分類の問題

予防・公衆衛生（HC.6）についても、定義や範囲が不明確であった。何を「予防」に含めるかは各国の判断に委ねられており、国際比較が困難な状況にあった。特に、健康増進活動、疾病予防プログラム、公衆衛生サービスなどの取扱いが国によって異なっていた。一

次予防、二次予防、三次予防の枠組みも、SHA1.0では明示的には組み込まれていなかった。

4-1-3 医療システムの複雑化への対応

2000年代に入り、多くの国で医療システムが複雑化した。高齢化の進展に伴う長期ケアの拡大、予防重視への政策転換、医療技術の高度化、民間保険の役割拡大などが進んだ。SHA1.0の分類体系は、これらの変化に十分対応できなくなっていた。

4-1-4 WHO 加盟国への適用

SHA1.0はOECD加盟国を主な対象として開発されたが、医療費の国際比較へのニーズはOECD加盟国以外にも広がっていた。台湾のようにOECD加盟国以外でもSHA推計を行う国が増えつつあり、WHO加盟国への適用を視野に入れた枠組みの構築が求められた。改訂作業がWHOと共同で実施されることは、将来的にWHO加盟国とも国際比較が可能となることを意味した。

4-1-5 推計のタイムラグ

SHA推計には、対象年度終了後から確定値の公表まで通常1～2年を要する。これは、基礎データとなる各種統計の公表時期に依存するためである。日本のデータは、推計に必要な統計資料の公表時期の関係から、他国より1年程度遅れて提出される傾向があった。SHA1.0時代を通じて、確定値の公表に2年程度を要する状況は改善されなかった。

4-2 改訂作業の体制

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（経済協力開発機構）、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た。これは、OECD加盟国だけでなく、EU加盟国やWHO加盟国への適用も視野に入れた枠組みを目指したためである。3機関共同での改訂により、より広範な国際的合意形成が図られた。

OECD加盟国間でも国際的な合意を得ることが困難であることに加え、開発途上国への適用をも目的とするWHOとの意見の一致を求めたために、作業は一層困難となった。当初の予定（2010年）より一年遅れとなったが、2011年にSHA1.0の改訂版がSHA2011として公表された。

改訂議論の中心となったのは、毎年パリで開催されるOECDヘルスアカウント専門家会合である。各国のSHA担当者が参加し、改訂案についての詳細な議論が行われた。日本から

も専門家が継続的に参加し、日本の立場を主張するとともに、国際的な議論に貢献した。改訂作業は、2006年から2011年までの約5年間にわたって行われた。

4-3 第12回専門家会合（2010年11月）：Long Term Care 定義の議論

4-3-1 会合の概要

改訂作業の大詰めとなった第12回専門家会合は、2010年11月にパリで開催された。15の議題のうち10がSHA2.0（案）に関連するものであり、機能分類（HC）の検討が中心となった。

4-3-2 Long Term Care の定義をめぐる争点

第12回会合における最大の争点は、Long Term Care（HC.3）の定義であった。Long Term Careに関しては、OECD加盟国間でも医療および看護関連サービスのみをヘルスケアに含めるべきであるが、区分することが困難であるため、案として日常生活動作（Activities of daily living: 以下ADLとする）に関連する支援も含めるか否かで議論が分かれていた。

OECD事務局は、可能な限り同じ共通の定義を定めようと、Long Term Careを表4-1に示す4類型に整理した。

表4-1 SHA2011におけるLong Term Careの4類型

類型	内容
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

OECD事務局の推奨案は、1)と2)をHC.3（Long Term Care）に含め、3)と4)は参考値（HC.R）として扱うというものであった。ただし、サービスによっては2)および3)のいずれかの分類に区分することが困難なものがあり、その場合は3)も推計値に組み込んでよいとの指針が示された。

4-3-3 日本の主張と国際的議論

日本は、「HC.3はMedical or nursing careのみを含むべきであり、ADLをはじめとするサービスは、SHA1.0と同様に保健医療支出には含まれずHC.R.6.1に入れ参考値とすべきである」と主張した。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があった。ADL関連サービス（類型2）をHC.3に含めると、介護保険制度創設前後で推計方法が大きく変わり、時系列比較が困難になるという懸念があった。日本と同

様の立場をとった国には、オーストラリア、デンマーク、ポルトガル、スウェーデン、韓国があった。

4-3-4 投票結果

Long Term Care の定義をめぐっては、最終的に投票が行われた。OECD 事務局の推奨案（1）と 2）を HC.3 に含める）に対して、31 カ国中 23 カ国が賛成し、反対は 8 カ国にとどまった。日本の主張は認められず、SHA2011 では ADL 関連サービス（Personal care services）も HC.3 に含めることが決定された。

しかし、これには異論もあり、Long Term Care を既に導入している国の経験と意見を尊重すべきで、導入していない国の意見も含めた多数決という決定方法については、日本とスウェーデンも含めた数カ国が、決定後に異例のコメントを行った。

4-4 Long Term Care の定義変更と日本の介護保険サービス

4-4-1 介護保険制度創設と SHA 推計の経緯

2000 年 4 月の介護保険制度創設は、SHA 推計に大きな影響を与えた。介護保険給付費は、HC.3（長期ケアサービス）の主要な構成要素となり、その規模は年々拡大した。

日本は、SHA1.0 では「長期ケア」に関して介護保険制度創設前後で比較可能な医療費データを算出するため、医療保険から介護保険に移管されたサービス（介護老人保健施設、訪問看護等）を保健医療支出に計上してきた。これは、SHA2011 の 4 類型でいうと、類型 1) Medical or nursing care のみに該当する。

4-4-2 4 類型の境界線と日本の介護保険サービスの対応

OECD による長期ケアの類型化と境界領域は、各国の判断に応じて、限定的な範囲（HC.3）から拡張的な範囲（HC.3+HC.R.1）まで取りうる構造になっている。SHA1.0 時代の日本は、類型 1) のみを含む最も限定的な定義を採用していた。

SHA2011 では、類型 1) に加えて 2) Personal care services も HC.3 に含めることとなった。さらに、サービスによっては 2) と 3) が切り分け不能な場合に限り、3) も含めてよいとされた。これに伴い、日本の介護保険サービス 40 種類のうち、SHA2011 準拠の長期ケアに含めるべきサービスを再分類する必要が生じた。日本は、40 種類の介護サービスの中で、SHA1.0 では 14 サービスのみを保健医療支出に含めていたが、SHA2011 では LTC 類型 2) および 3) の計 38 サービスを含めることになった。

4-5 日本への影響：定義変更による推計値の変化

Long Term Care の定義変更は、日本の保健医療支出に大きな影響を与えることが予想された。表 4-2 に、SHA1.0 と SHA2011 の比較を示す。

表 4-2 Long Term Care 定義変更による日本への影響

項目	SHA1.0 準拠	SHA2011 準拠	増加
計上対象介護保険サービス数	14 サービス	38 サービス	+24 サービス
Long Term Care 費用（2008 年度）	約 1.8 兆円	約 6.4 兆円	+約 4.6 兆円
保健医療支出（2008 年度）	約 42.9 兆円	約 49.3 兆円	+約 6.4 兆円
対 GDP 比（2008 年度）	8.5%	9.3%	+0.8 ポイント
Long Term Care 費用（2010 年度）	約 2.3 兆円	約 7.2 兆円	+約 4.9 兆円
保健医療支出（2010 年度）	約 46.2 兆円	約 52 兆 2,111 億円	+約 6.0 兆円
対 GDP 比（2010 年度）	9.5%	10.8%	+1.3 ポイント

SHA2011 への移行により、Long Term Care に含める介護保険サービスは 14 サービスから 38 サービスへと大幅に増加した。その結果、2008 年度ベースで Long Term Care 費用は約 1.8 兆円から約 6.4 兆円へと約 4.6 兆円増加し、保健医療支出も約 42.9 兆円から約 49.3 兆円へと約 6.4 兆円増加すると推計された。対 GDP 比でみると、8.5%から 9.3%へと 0.8 ポイント上昇することになる。

2010 年度ベースでは、Long Term Care 費用は約 2.3 兆円から約 7.2 兆円へと増大し、保健医療支出は約 46.2 兆円から約 52 兆 2,111 億円へと増加した。対 GDP 比では、9.5%から 10.8%へと 1.3 ポイント上昇の見通しとなった。

一方、改訂による影響は日本だけではない。対 GDP 比では日本と同様にオランダは 1.1%、スウェーデンは 1.4%、スロベニアは 0.6%上昇することが報告されている。SHA1.0 準拠の保健医療支出では OECD 加盟 34 カ国中 16 位（2010 年）であった日本の順位は、SHA 改訂に伴って変動する可能性があるが、その順位は当時としては未定であった。保健医療支出が増加するのは日本だけではなく、加盟国の状況次第なのである。

4-6 3 分類（HC・HP・HF）の改訂概要

4-6-1 機能分類（HC）の変更

機能分類においては、1st Digit レベルの枠組みについては SHA2011 と SHA1.0 で大きな変更はないが、いくつかの重要な改訂が行われた。

第一に、HC.1（診療サービス）について、名称が修正された。「Service」という表記がなくなり、「Curative care」となった。これに伴って、邦訳も「診療サービス」から「診療」と整理された。また、General（一般的）と Specialized（専門的）の区分が新設され、

HC.1.1.1、HC.1.1.2、HC.1.2.1、HC.1.2.2 の 4 つの 3rd Digit 分類が追加された。一般的および専門的の違いについて、OECD は診療科によって提供される医療サービスの区分によって分類すべきとしている。例えば、**General** は内科、小児科、産婦人科、外科であり、**Specialized** は脳神経外科、アレルギー科、小児アレルギー科、再生医療科、遺伝診療科などをあげている。開業医と専門医の資格制度があり、それぞれで提供できる医療行為が異なり、ドイツやフランスのように医療費を分類できる国は算出可能である。ただし、データ提出の Digit のレベルは各国の状況に応じて設定することとなり、日本は 2nd Digit レベルでの提出となる。

第二に、HC.3 (Long Term Care) の前述の大幅な定義変更がある。名称も変更となり、内容も SHA1.0 との対応箇所では「part of」の表記が示されているとおりの変更が生じた。

第三に、HC.6 (予防) について分類の細分化が行われた。一次予防、二次予防、三次予防の枠組みが組み込まれ、災害対策および救急対応プログラム等の項目が追加された。

SHA1.0 との対応関係は複雑になり、分類数も増加した。なお、公表直前に OECD 事務局の判断により一部変更され、HC.6.2.1 および HC.6.2.4 が削除された。SHA2011 に準じて 2008 年度分を試算したところ、予防 (HC.6) は 1 兆 1,620 億 8,376 万円となった (SHA1.0 では 1 兆 78 億 9,200 万円)。

4-6-2 供給主体分類 (HP) の変更

供給主体分類では、HP.4 (医療品の小売、供給、Retail sale and other providers of medical goods) が新設された。これは SHA1.0 では HP.3 の下位分類であったものが、独立した大分類に格上げされたものである。日本への影響は限定的であった。

4-6-3 財源分類 (HF) の変更

財源分類は、SHA2011 では 4 つの大分類で再構成された。HF.1 (一般政府) は社会保障基金を含む政府および強制加入保険、HF.2 (民間部門) は民間保険および家計の自己負担を含む民間部門、HF.3 (家計による自己負担) は SHA1.0 の HF.2.3 から 1 桁目に格上げされ、HF.4 (国外財源スキーム) が新設された。

特に、HF.4 は外国の事業体による助成金やその他の無償提供によるものと定義されており、開発途上国の財源の一定割合を占める項目である。今回の改訂は OECD と EUROSTAT に加えて WHO との共同作業であり、OECD 加盟国以外についても推計および国際比較を可能にする目的を実現するものである。日本への影響は比較的限定的であった。

4-7 推計範囲のその他の変更

SHA1.0 から SHA2011 への改訂により、推計範囲についてもいくつかの変更が行われた。

第一に、保健医療機関の資本形成費用が、推計範囲から除外されることになった。保健医療支出への影響は、対象費用の規模が比較的小さいため、軽微な減少にとどまる。資本形成は、SHA1.0 では HC.R.1 として参考値扱いであったが、SHA2011 では保健医療支出（経常支出）の枠外として整理された。

第二に、定義については、長期療養に関して、医療の有資格者が提供するサービス（類型 1）に加えて食事や入浴等の ADL に関するサービス（類型 2）も含むことが明記された。これは前述のとおり、改訂作業における最大の争点となった部分であり、日本の保健医療支出に大きな影響を与える変更である。

第三に、予防に関しては、一次予防、二次予防、三次予防の枠組みが組み込まれ、災害対策および救急対応プログラム等の項目が追加された。これにより、各国間での比較可能性が一定程度改善されることが期待された。

4-8 SHA2011 の正式公表

4-8-1 公表の経緯

2011 年 6 月、OECD、EUROSTAT、WHO の 3 機関が共同で進めてきた 4 年間の改訂作業が完了した。同年 10 月、「A System of Health Accounts 2011」（SHA2011）が正式に公表された。改訂作業中は「SHA2.0」と呼ばれていたが、公表時に年を示す名称に変更された。これは、将来の改訂の可能性を見据えた命名であった。

4-8-2 SHA2011 の特徴

SHA2011 は、OECD 加盟国だけでなく、WHO 加盟国への適用も想定された普遍的な国際標準として位置づけられた。3 機関共同での策定により、より広範な国際的合意に基づく枠組みとなった。主な変更点は、Long Term Care（HC.3）の定義変更、供給主体分類（HP）における HP.4 の新設、財源分類（HF）における HF.3 の格上げなどであった。

4-9 第 13 回専門家会合（2011 年 10 月）：パイロット調査

4-9-1 会合の概要

SHA2011 公表後、最初の OECD ヘルスアカウント専門家会合が 2011 年 10 月に開催された。SHA2011 完成からわずか 3 カ月後の開催であった。この会合は、改訂作業が完了したことを反映して、議題数が前回の 15 から 9 に減少し、開催期間も 2 日間から 1 日のみに短縮された。参加国は、28 の OECD 加盟国に加え、5 つの非加盟国からもデータが提出された。

4-9-2 パイロット調査の結果

第 13 回会合の主要な議題の一つは、パイロット調査の結果報告であった。SHA2011 への移行に先立ち、対応可能性を検証するためのパイロット調査が実施されていた。対象国は、オーストラリア、日本、韓国、カナダの 4 カ国であった。表 4-3 にパイロット調査の結果を示す。

表 4-3 パイロット調査の結果（4 カ国）

国	SHA2011 への 対応	対応可能な Digit レベル
オーストラリア	可能	機能分類（HC）：2nd Digit、供給主体分類（HP）：1st Digit、財源分類（HF）：2nd Digit
日本	可能	機能分類（HC）：2nd Digit、供給主体分類（HP）：2nd Digit、財源分類（HF）：2nd Digit
韓国	可能	機能分類（HC）：2nd Digit、供給主体分類（HP）：2nd Digit、財源分類（HF）：2nd Digit
カナダ	可能	機能分類（HC）：2nd Digit、供給主体分類（HP）：1st Digit、財源分類（HF）：1st Digit

パイロット調査の結果、4 カ国全てが SHA2011 への対応は可能であると報告された。ただし、3 分類（HC、HP、HF）への対応可能なレベル（Digit）は国によって異なることも明らかになった。

4-9-3 日本の報告内容

日本からは、介護保険サービスと SHA2011 の対応関係、推計値への影響の試算が報告された。Long Term Care の定義変更により、介護保険サービスの計上範囲が 14 サービスから 38 サービスに拡大し、保健医療支出は約 6.4 兆円増加すると推計された。

4-10 第 14 回専門家会合（2012 年 10 月）：移行スケジュールの決定

4-10-1 会合の概要

第 14 回専門家会合は 2012 年 10 月 10 日～11 日に開催された。この会合は、SHA 改訂作業が 2011 年 6 月に終了したことを受けて、SHA2011 に準拠した推計を行うにあたっての諸外国間での情報共有、データ提出のスケジュール調整等が中心となった。参加国数は、27 の OECD 加盟国、5 つの EU 加盟国（非 OECD）、2 つの OECD 加盟予定国の計 34 カ国であった。

4-10-2 移行スケジュールの決定

第 14 回会合において、SHA2011 への移行スケジュールが正式に決定された。表 4-4 に移行スケジュールを示す。

表 4-4 SHA2011 移行スケジュール

年次	主な内容
2013 年	SHA1.0 準拠データ提出継続。SHA2011 準拠データの試行調査開始（9 カ国）。
2014 年	SHA1.0 準拠と SHA2011 準拠の併存期間。試行調査拡大（16 カ国）。
2015 年	SHA2011 準拠データの提出本格化。
2016 年 6 月	OECD.Stat で SHA2011 準拠データに統一。完全移行達成。

4-10-3 日本の課題：過去データの再推計

SHA2011 への移行にあたり、過去にさかのぼって再推計を行う必要があった。日本は 1995 年度のデータから OECD へデータ提出を行っているため、おおよそ 20 年分のデータを再推計する必要があった。これは膨大な作業量を要するものであり、日本にとって大きな課題であった。

4-11 日本における対応準備

4-11-1 厚生労働科学研究費補助金による研究

日本では、SHA2011 への対応を進めるため、厚生労働科学研究費補助金による研究が実施された。研究課題名は「厚生労働統計データを利用した保健医療支出（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」であった。

平成 22 年度（2010 年度）から研究が開始された。研究チームでは、SHA2011 に準拠するための定義や推計方法の検討を行い、OECD 事務局・専門官、厚生労働省関連部局と協議し、さらに学識有識者で構成される委員会で検討を重ねた。

4-11-2 データ提出の速報化問題

日本のデータ提出には、速報化の問題があった。2012 年度時点で、日本の最新データは 2009 年度の推計値であった。OECD の定義では「t-3」と表記され、最新年から 3 年前のデータを意味する。一方、大半の国（28 か国）は 2010 年の推計値（t-2）が最新値であり、日本は 1 年遅れている状況であった。これは、推計に必要な統計資料の公表時期の関係による制約であった。この課題に対応するため、速報値データの提出についても検討が進められた。

4-12 試行調査の拡大

4-12-1 第 15 回専門家会合（2013 年 10 月）

第 15 回会合では、試行調査対象国が 9 カ国に拡大された。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、スイスが参加し、全調査対象国で SHA2011 準拠が可能と報告された。

また、2014 年度のデータ提出について 3 つの選択肢が示された。第一案は SHA1.0 準拠のデータのみを受け付ける、第二案は SHA2011 準拠のデータのみを受け付ける、第三案は SHA1.0 準拠と SHA2011 準拠の両方を受け付けるというものであった。多くの国が第三案を支持し、日本もこの方向で検討することとなった。

4-12-2 第 16 回専門家会合（2014 年 10 月）

第 16 回会合では、試行調査対象国がさらに 16 カ国に拡大された。ベルギー、ボスニア・ヘルツェゴビナ、カナダ、キプロス、チェコ共和国、フランス、ハンガリー、イスラエル、韓国、ラトビア、オランダ、ポーランド、スロバキア、スウェーデン、スイスが参加した。

試行調査の結果、全ての国で SHA2011 準拠の推計が可能であることが確認された。また、スウェーデン以外の国では SHA1.0 と SHA2011 の推計値に大きな差がないことも明らかになった。表 4-5 に各国の比較結果を示す。

表 4-5 各国の SHA1.0 と SHA2011 の比較（試行調査結果）

国	SHA1.0 準拠	SHA2011 準拠	変化率
ベルギー	（ほぼ同等）	（ほぼ同等）	概ね変化なし
カナダ	（ほぼ同等）	（ほぼ同等）	概ね変化なし
フランス	（ほぼ同等）	（ほぼ同等）	概ね変化なし
ドイツ	（ほぼ同等）	（ほぼ同等）	概ね変化なし
韓国	（ほぼ同等）	（ほぼ同等）	概ね変化なし
オランダ	（SHA1.0）	（+1.1 ポイント）	対 GDP 比 +1.1 ポイント
スウェーデン	（SHA1.0）	（+24%）	大幅増加
スロベニア	（SHA1.0）	（+0.6 ポイント）	対 GDP 比 +0.6 ポイント
スイス	（ほぼ同等）	（ほぼ同等）	概ね変化なし
日本（試算）	約 46.2 兆円	約 52.2 兆円	+約 13%

（注）単位は各国通貨。スウェーデンのみ大幅な増加（+24%）となった。

スウェーデンのみが大幅な増加（+24%）を示した。これは、スウェーデンにおいて Long Term Care の定義変更の影響が特に大きかったことを意味する。日本も同様に、Long Term Care の定義変更により大きな影響を受けることが予想された。

4-13 新たなプロジェクト：疾病別医療費

SHA2011 公表後、OECD 事務局では新たなプロジェクトとして「疾病別医療費」の検討が開始された。これは、保健医療支出を疾病コード（ICD）別に分類することで、より詳細な分析を可能にするものである。2012 年 2 月に疾病別医療費に関する会議が開催され、各国の取り組み状況が報告された。日本においても、将来的な対応が課題として認識された。

4-14 2016 年：完全移行の実現

4-14-1 OECD.Stat での統一

2016 年 6 月、OECD の統計データベースである OECD.Stat において、SHA2011 準拠のデータに統一された。これにより、各国の保健医療支出データは、新たな国際標準である SHA2011 に基づいて比較可能となった。第 14 回専門家会合（2012 年 10 月）で決定された移行スケジュールどおり、約 4 年間の準備期間を経て、完全移行が実現した。

4-14-2 各国のデータ提出状況

2015 年のデータ収集時点における各国のデータ提出状況は以下のとおりであった。第一に、SHA1.0 と SHA2011 の両方を提出した国が約半数であった。第二に、SHA2011 のみを提出した国が約半数であった。第三に、SHA1.0 のみを提出した国は 1～2 カ国にとどまった。

このように、完全移行の時点では、大多数の国が SHA2011 準拠のデータを提出しており、移行は円滑に進んだといえる。

4-15 日本の保健医療支出（SHA2011 準拠）

4-15-1 推計値の変化

SHA2011 への移行により、日本の保健医療支出は大幅に増加した。表 4-6 に、SHA1.0 準拠と SHA2011 準拠の推計値の比較を示す。

表 4-6 日本の保健医療支出：SHA1.0 と SHA2011 の比較

年度	SHA1.0 準拠対 GDP 比	SHA2011 準拠対 GDP 比
2008 年度	約 42.9 兆円 8.5%	約 49.3 兆円 9.3%
2011 年度	約 47.6 兆円 10.0%	約 53.2 兆円 11.4%
2013 年度	約 49.8 兆円 10.3%	—
2014 年度	約 50.7 兆円 10.3%	—

2011年度のデータでみると、SHA1.0 準拠では約 47 兆 6,069 億円（対 GDP 比 10.0%）であったものが、SHA2011 準拠では約 53 兆 1,788 億円（対 GDP 比 11.4%）へと増加した。増加額は約 5.6 兆円、対 GDP 比では 1.4 ポイントの上昇であった。

4-15-2 増加の主因：Long Term Care の定義変更

この増加の主因は、Long Term Care（HC.3）の定義変更であった。SHA2011 では ADL 関連サービス（Personal care services）も HC.3 に含めることとなったため、介護保険サービスの計上範囲が大幅に拡大した。具体的には、HC.3 に含める介護保険サービスが 14 サービスから 38 サービスへと増加し、Long Term Care 費用は約 1.8 兆円から約 6.4 兆円へと約 4.6 兆円増加した（2008 年度ベース）。

4-16 日本の国際順位

4-16-1 OECD 加盟国内での順位

SHA1.0 準拠では、日本の保健医療支出は対 GDP 比で OECD 加盟国 34 カ国中 24 位（2008 年度）であった。しかし、2012 年には初めて OECD 加盟国の平均を超え、12 番目となった。SHA2011 準拠になると、日本はさらに上位となることが予想された。対 GDP 比が 10.0%から 11.4%へと上昇するためである。

4-16-2 国際比較上の留意点

ただし、SHA2011 への移行は各国に異なる影響を与えるため、順位の変動を単純に予測することは困難であった。スウェーデンでは+24%という大幅な増加があった一方、多くの国では変化がなかった。日本の順位変動は、他国の推計値の変化にも依存するため、移行後のデータを精査する必要がある。

4-17 速報値データの提出への取り組み

4-17-1 t-1 データ提出への取り組み

日本のデータ提出には、速報化の課題があった。多くの国が t-2（最新年から 2 年前）のデータを提出しているのに対し、日本は t-3（3 年前）のデータ提出にとどまっていた。第 16 回専門家会合（2014 年 10 月）時点で、12 カ国が t-1（1 年前）のデータを提出していた。日本も、速報性の向上に向けて、t-1 の速報値データを提出する方向で検討を進めた。

4-17-2 会計年度の違いによる制約

日本の速報化には、会計年度の違いによる制約があった。日本の会計年度は4月から翌年3月であり、暦年（1月～12月）を基準とする多くの国とは異なる。このため、推計に必要な統計資料の公表時期が遅れがちであり、速報値の算出には工夫が必要であった。

4-18 新分類：FP（Factors of Provision）

4-18-1 FP 分類の概要

SHA2011 の公表後、新たな分類として FP（Factors of Provision：医療提供に係る要素）が導入された。これは、医療支出を投入要素別に分類するものである。表 4-7 に FP 分類を示す。

表 4-7 FP 分類（Factors of Provision：医療提供に係る要素）

コード英語名称	内容
FP.1 Compensation of employees	被雇用者への対価（人件費）
FP.2 Self-employed professional remuneration	自営専門家への報酬
FP.3 Materials and services used	使用した原材料及びサービス
FP.4 Consumption of fixed capital	固定資本の消費（減価償却）
FP.5 Other items of spending on inputs	その他の投入支出項目

4-18-2 HP×FP 別分類データの要請

OECD からは、供給主体分類（HP）と FP 分類のクロス集計（HP×FP 別分類データ）の提出が要請された。これにより、例えば「病院における人件費」「診療所における材料費」といった詳細な分析が可能となる。日本においては、医療経済実態調査のデータを活用することで、一定程度の対応が可能と考えられた。ただし、全ての医療機関をカバーするデータの整備には課題が残された。

4-19 移行の意義と残された課題

4-19-1 移行の意義

SHA2011 への移行は、日本の保健医療支出の国際比較可能性を高める上で重要な意義を持った。第一に、Long Term Care の定義が明確化されたことで、各国間での比較がより正確になった。第二に、3 機関（OECD、EUROSTAT、WHO）共同での策定により、OECD 加盟国以外の国との比較も容易になった。第三に、FP 分類の導入により、医療支出の構造分析が可能となった。

4-19-2 残された課題

一方、いくつかの課題も残された。

第一に、時系列比較の問題である。SHA1.0 から SHA2011 への移行により、推計値が大幅に変化したため、過去のデータとの連続性が失われた。特に、介護保険制度創設（2000 年）前後での比較可能性が課題となった。

第二に、速報化の問題である。日本は依然として他国より 1 年程度遅れてデータを提出しており、速報性の向上が求められた。

第三に、新たな分類（FP 等）への対応である。データソースの整備や推計方法の開発が必要であった。

第 3 期の総括として、Long Term Care の定義変更という大きな変更を伴う移行であったが、約 4 年間の準備期間を経て円滑に実現した。これは、OECD 専門家会合への継続的な参加と、国内での推計方法開発の成果であった。

ewpage

5 第 4 期（2016 年～現在）：SHA2011 以降

5-1 SHA2011 準拠推計の定着

5-1-1 年次推計の継続

2016 年 6 月の SHA2011 への完全移行以降、SHA2011 準拠の推計は安定的に継続されている。医療経済研究機構は、厚生労働省と連携しながら、毎年 OECD へデータを報告している。

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、患者調査など、多岐にわたる。これらの統計資料を用いて、SHA2011 の 3 分類（HC、HP、HF）に沿った推計が行われている。

5-1-2 推計体制

日本の SHA 推計は、1995 年度の研究開始以来、一貫して医療経済研究機構が中心的な役割を担ってきた。30 年以上にわたる推計活動の継続は、国際的にも高く評価されている。推計結果は、厚生労働省を通じて OECD に報告され、OECD Health Statistics として公開される。これにより、日本の医療費データは国際比較可能な形で広く活用されている。

5-2 疾病別医療費プロジェクト

5-2-1 プロジェクトの背景

SHA2011 公表後、OECD では新たなプロジェクトとして「疾病別医療費」の検討が開始された。これは、保健医療支出を疾病コード（ICD: International Classification of Diseases）別に分類することで、より詳細な分析を可能にするものである。2012 年 2 月に疾病別医療費に関する最初の会議が開催され、各国の取り組み状況が報告された。

5-2-2 疾病別医療費の意義

疾病別医療費データは、医療政策の立案において重要な情報を提供する。例えば、がん、循環器疾患、糖尿病などの主要疾患にどの程度の医療資源が投入されているかを把握することで、政策の優先順位付けや資源配分の検討に活用できる。また、高齢化の進展に伴い、認知症やフレイルなどの疾患への対応が課題となる中、疾病別の医療費動向を把握することの重要性は高まっている。

5-2-3 日本の対応

日本においても、疾病別医療費への対応が課題として認識された。国民医療費には傷病分類別の統計があり、これを活用することで一定程度の対応が可能と考えられた。ただし、国民医療費の傷病分類と SHA2011 の機能分類（HC）との対応関係の整理や、Long Term Care（HC.3）における疾病別分類の方法など、技術的な課題も残されていた。

5-3 FP 分類への対応

5-3-1 HP×FP 別分類データの要請

SHA2011 以降、FP（Factors of Provision：医療提供に係る要素）分類が導入された。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。これにより、医療機関種類別の費用構造（人件費、材料費、減価償却費等の構成）を国際比較することが可能となる。

5-3-2 データソースの課題

日本において HP×FP 別分類データを作成するためには、医療経済実態調査のデータが有用である。医療経済実態調査では、医療機関の収支状況が詳細に把握されており、費用の内訳（給与費、医薬品費、材料費、経費等）も含まれている。

しかし、医療経済実態調査は標本調査であり、全ての医療機関をカバーしているわけではない。また、調査項目と FP 分類の対応関係を整理する必要もあった。

5-3-3 対応の方向性

FP 分類への対応は、段階的に進められている。まず、主要な供給主体（病院、診療所等）について、医療経済実態調査のデータを用いた推計方法の開発が検討された。将来的には、より詳細な HP×FP 別分類データの提出を目指す、データソースの制約もあり、継続的な検討が必要である。

5-4 データの速報化への取り組み

5-4-1 速報化の背景

OECD では、各国に対してより速報性の高いデータ提出を求めている。多くの国が t-2（最新年から 2 年前）や t-1（1 年前）のデータを提出する中、日本は t-3（3 年前）のデータ提出にとどまっていた時期があった。速報性の高いデータは、政策立案やタイムリーな国際比較において重要である。特に、経済危機や感染症流行など、医療費に急激な変動が生じる可能性がある状況では、速報値の意義は大きい。

5-4-2 日本の取り組み

日本では、速報化に向けた取り組みが進められてきた。第 16 回専門家会合（2014 年 10 月）では、日本として t-1 の速報値データを提出する方向で検討を進めていることが報告された。速報値の算出には、推計に必要な統計資料が全て揃う前に、利用可能なデータを用いて暫定的な推計を行う必要がある。このため、推計方法の工夫や、後からのデータ修正（revision）のルール整備が必要となった。

5-4-3 会計年度の課題

日本の速報化には、会計年度の違いによる構造的な課題がある。日本の会計年度は 4 月から翌年 3 月であり、暦年（1 月～12 月）を基準とする多くの国とは異なる。例えば、2023 年のデータを求められた場合、日本では 2023 年度（2023 年 4 月～2024 年 3 月）のデータを用いることになるが、2024 年 3 月のデータが確定するのは 2024 年度に入ってからである。このため、暦年ベースの国と比較して、構造的に速報化が困難な面があった。

5-5 自己負担額の国際比較

5-5-1 自己負担の重要性

保健医療支出のうち、家計による自己負担（Out-of-pocket payments）は、医療へのアクセスや家計の経済負担を考える上で重要な指標である。SHA2011 では、自己負担は HF.3 として 1 桁目に格上げされ、その重要性が認識されている。

5-5-2 国際比較上の課題

自己負担額の国際比較には、いくつかの課題がある。第一に、各国の医療保険制度の違いにより、自己負担の定義や範囲が異なる場合がある。例えば、保険適用外の医療サービス（自由診療）の取扱いが国によって異なる。第二に、高額療養費制度のような自己負担の上限を設ける仕組みがある国とない国では、単純な比較が困難な場合がある。第三に、介護サービスにおける自己負担の取扱いも国によって異なり、Long Term Care の定義変更と相まって、比較が複雑になっている。

5-5-3 日本の状況

日本の自己負担額は、国民医療費における患者負担や、介護保険における利用者負担などから推計される。医療保険制度における自己負担割合（1～3割）や、高額療養費制度による上限設定などが、日本の特徴となっている。

5-6 COVID-19 パンデミックの発生と医療提供体制への影響

5-6-1 パンデミックの概要

2019 年末に中国で確認された新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、2020 年初頭から世界的に拡大し、WHO は 2020 年 3 月にパンデミックを宣言した。日本においても、2020 年 4 月に最初の緊急事態宣言が発出され、社会経済活動に大きな影響を与えた。医療分野においては、感染者の治療、検査体制の整備、ワクチン接種事業など、未曾有の対応が求められた。これらの支出は、保健医療支出に大きな影響を与えることとなった。

5-6-2 医療提供体制への影響

パンデミックは、医療提供体制に大きな影響を与えた。感染症病床の確保、重症者への集中治療、医療従事者の確保など、医療機関は通常診療とコロナ対応の両立を求められた。一方で、感染リスクを懸念した患者の受診控えにより、通常診療は大幅に減少した。特に、外来診療や健診・検診において、その影響は顕著であった。

5-7 医療費への影響

5-7-1 二つの相反する力

COVID-19 パンデミックは、医療費に対して二つの動きがあった。

第一に、受診控えによる医療費の減少である。感染リスクを懸念して医療機関への受診を控える動きが広がり、外来患者数は大幅に減少した。これにより、通常の医療費は減少傾向を示した。

第二に、コロナ関連支出の増加である。感染者の治療費、PCR 検査等の検査費用、ワクチン接種費用、医療提供体制の確保のための支援金など、新たな支出が大規模に発生した。

5-7-2 COVID-19 関連費用の規模

表 5-1 に、COVID-19 関連費用の推移を示す。2020 年度から 2022 年度にかけて、関連費用は大幅に増加した。

表 5-1 COVID-19 関連費用の推移

項目	2020 年度	2021 年度	2022 年度
治療費用	1,220 億円	4,500 億円	8,600 億円
検査費用	1,276 億円	3,024 億円	1,967 億円
ワクチン接種費用	472 億円	22,703 億円	17,280 億円
材料費用	57 億円	24 億円	8 億円
その他関連費用	22,598 億円	24,359 億円	23,028 億円
合計	25,632 億円	54,470 億円	53,725 億円

2020 年度は約 2.6 兆円であった COVID-19 関連費用は、2021 年度には約 5.4 兆円に倍増した。ワクチン接種事業の本格化により、ワクチン接種費用が 472 億円から 2 兆 2,703 億円へと大幅に増加したことが主因である。「その他関連費用」には、医療提供体制の確保のための補助金・支援金が含まれており、3 年間を通じて 2 兆円を超える規模で推移した。

5-8 公衆衛生支出の増加

5-8-1 予防（HC.6）への影響

SHA2011 における予防（HC.6）の支出は、パンデミックにより大幅に増加した。ワクチン接種事業は HC.6（予防）に分類され、これまでにない規模の支出が計上されることとなった。また、検査体制の整備、保健所機能の強化、感染予防対策なども、公衆衛生支出の増加要因となった。

5-8-2 地方単独事業の計上

COVID-19 対応に関連して、地方単独事業の把握も進められた。従来、国の補助事業のみが計上されていた項目についても、地方単独事業を含めた推計が行われるようになった。

具体的には、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）などが新たに計上された。これにより、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。

5-9 日本の保健医療支出への影響

5-9-1 総額の推移

表 5-2 に、COVID-19 パンデミック前後の日本の保健医療支出の推移を示す。

表 5-2 日本の保健医療支出の推移（2019～2022 年度）

年度	保健医療支出対 GDP 比備考
2019 年度約 54.5 兆円 9.9%	パンデミック前
2020 年度約 55.2 兆円 10.3%	受診控え＋コロナ対応
2021 年度約 58.7 兆円 10.7%	ワクチン接種本格化
2022 年度約 59.8 兆円 10.7%	コロナ対応継続

（注）概算値。

2019 年度に約 54.5 兆円であった保健医療支出は、2022 年度には約 59.8 兆円に増加した。3 年間で約 5.3 兆円の増加であり、対 GDP 比も 9.9%から 10.7%へと上昇した。ただし、この増加の多くは COVID-19 関連支出によるものであり、通常医療の増加は限定的であった。受診控えによる減少がコロナ関連支出の増加で相殺され、全体としては増加傾向を示した。

5-9-2 対 GDP 比の上昇

対 GDP 比の上昇は、医療費の増加に加えて、パンデミックによる GDP の減少も影響している。特に 2020 年度は、経済活動の停滞により GDP が減少したため、対 GDP 比が大きく上昇した。

5-10 国際比較への影響

5-10-1 各国のコロナ対応の違い

COVID-19 パンデミックへの対応は、各国で大きく異なった。感染抑制策、検査体制、ワクチン接種の進展、医療提供体制への支援など、政策の重点は国によって異なり、それが医療費データにも反映された。日本は、感染者数を相対的に抑えつつ、予防・体制整備に

注力した特徴がある。治療費用・検査費用は国際的に見て下位である一方、ワクチン接種費用・医療提供体制支援は上位に位置した。

5-10-2 医療費データの比較可能性

パンデミック期間中の医療費データの国際比較には、注意が必要である。コロナ関連支出の計上方法が国によって異なる可能性があり、単純な比較が困難な場合がある。OECDでは、COVID-19 関連支出の把握方法についてガイダンスを示し、各国の対応を調整する取り組みが行われた。

5-11 SHA 推計上の課題

5-11-1 コロナ関連支出の分類

COVID-19 関連支出を SHA2011 の分類体系にどのように位置づけるかは、技術的な課題であった。治療費用は診療サービス（HC.1）に、検査費用は検査サービス（HC.4）に、ワクチン接種費用は予防（HC.6）に分類される。しかし、医療提供体制確保のための補助金・支援金の取扱いについては、各国で解釈が分かれる面もあった。

5-11-2 一時的変動と恒常的変化の区別

パンデミックによる医療費の変動が一時的なものか、恒常的な変化につながるものかを見極めることも課題である。受診控えによる減少は、感染収束とともに回復が見込まれる。一方で、オンライン診療の普及や予防意識の向上など、パンデミックを契機とした構造的変化も生じている。

5-11-3 推計の速報化

パンデミック期間中、医療費動向への関心は高まり、速報性のあるデータ提供の重要性が再認識された。日本においても、より迅速なデータ提供に向けた取り組みが進められた。

ewpage

6 30 年の総括と今後の展望

6-1 4 つの時期の総括

表 6-1 に、日本の SHA 推計の歴史を 4 つの時期に分けて整理する。

表 6-1 日本の SHA 推計の歴史（4 つの時期）

時期	期間	主な出来事・成果
第1期	1993～2000年	TDHE 概念の構築、推計方法の開発、日米独国際比較、田中滋委員会
第2期	2000～2011年	SHA1.0 への対応、OECD への年次報告開始、推計体制の定着、介護保険制度導入への対応
第3期	2011～2016年	SHA2011 への移行、LTC 定義変更への対応、パイロット調査参加、約20年分の再推計
第4期	2016年～現在	SHA2011 準拠の安定運用、疾病別医療費・FP 分類への対応、COVID-19 対応

6-1-1 第1期（1993～2000年）：TDHE 研究の構築

第1期は、日本における保健医療支出の推計研究が始まった時期である。1993年に医療経済研究機構が設立され、1995年度より、研究委員会が発足し、老人保健健康増進等事業として研究が開始された。

当初「国民総医療支出（THE: Total Health Expenditure）」と呼ばれた概念は、1997年3月の2年目報告書で「国内総医療支出（TDHE: Total Domestic Health Expenditure）」へと名称が変更された。これは、国民概念から国内概念への移行を意味し、より精緻な推計を目指すものであった。

この時期の成果として、推計方法の基盤確立、日米独3カ国の国際比較の実施が挙げられる。推計方法では、再現性・継続性・効率性の3原則が確立され、86項目・32種の統計資料に基づく体系的な推計システムが構築された。1994年度の日本のTDHEは約30.5兆円と推計され、対GDP比は6.4%であった。

6-1-2 第2期（2000～2011年）：SHA1.0 への対応

第2期は、OECDが2000年に公表したSHA1.0（A System of Health Accounts）への対応を進めた時期である。SHA1.0は、機能分類（HC）、供給主体分類（HP）、財源分類（HF）の3次元分類を特徴とする国際標準であった。日本は、TDHE研究で培った推計方法をSHA1.0に適合させ、2001年からOECDへの年次報告を開始した。この時期、推計体制が確立され、医療経済研究機構と厚生労働省の連携のもと、継続的な推計が行われるようになった。

なお、本研究の過程で、David Morgan氏（OECD）への直接照会を通じて、日本がSHA1.0の策定プロセスに1995年時点から関与していたことが、当時の議事録（Restricted指定文書）から確認された。日本側資料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。

2000年の介護保険制度創設は、Long Term Care（HC.3）の推計に影響を与えた。日本は、時系列比較可能性を維持するため、介護保険導入前後で推計範囲を限定的に設定した。

6-1-3 第3期（2011～2016年）：SHA2011への移行

第3期は、SHA2011への移行を進めた時期である。OECD、EUROSTAT、WHOの3機関が共同で策定したSHA2011は、Long Term Careの定義変更を含む大幅な改訂であった。日本は、第12回専門家会合（2010年11月）において、Long Term Careの定義についてMedical or nursing careのみを含むべきと主張したが、投票の結果（賛成23、反対8）、ADL関連サービス（Personal care services）も含める案が採用された。この定義変更により、日本の保健医療支出は大幅に増加した。2011年度でみると、SHA1.0準拠の約47.6兆円からSHA2011準拠の約53.2兆円へと増加し、対GDP比も10.0%から11.4%へと上昇した。移行にあたっては、1995年度からの約20年分のデータを再推計する膨大な作業が必要であった。

6-1-4 第4期（2016年～現在）：SHA2011時代

第4期は、SHA2011準拠の推計が安定的に継続されている時期である。2016年6月のOECD.Stat統一以降、各国の医療費データはSHA2011に基づいて国際比較が行われている。この時期には、疾病別医療費プロジェクト、FP分類への対応、データの速報化など、新たな課題への取り組みが進められている。また、2020年からのCOVID-19パンデミックへの対応も重要な課題となった。

6-2 日本の保健医療支出の推移

表6-2に、日本の保健医療支出の推移を示す。30年間で、推計値は約30兆円から60兆円近くへと拡大した。

表6-2 日本の保健医療支出の推移

年度	推計値	対GDP比備考
1994年度	約30.5兆円	6.4% TDHE研究
1998年度	約34.5兆円	6.8% TDHE研究
2008年度	約42.9兆円	8.5% SHA1.0準拠
2008年度	約49.3兆円	9.3% SHA2011準拠
2011年度	約47.6兆円	10.0% SHA1.0準拠
2011年度	約53.2兆円	11.4% SHA2011準拠
2022年度	約59.8兆円	10.7% SHA2011準拠

日本の対 GDP 比は、2012 年に初めて OECD 加盟国平均を超え、先進国の中でも上位に位置するようになった。高齢化の進展に伴い、医療費の増加傾向が続いており、国際比較可能なデータの整備はますます重要となっている。

6-3 日本の国際的貢献

6-3-1 OECD ヘルスアカウント専門家会合への参加

日本は、OECD ヘルスアカウント専門家会合に継続的に参加し、国際的な議論に貢献してきた。第 10 回会合（2008 年）から第 16 回会合（2014 年）まで、日本代表として継続的に参加し、SHA 改訂に関する議論に加わった。

特に、SHA2011 策定過程においては、Long Term Care の定義について日本の立場を主張し、介護保険制度を持つ国としての知見を国際社会に発信した。最終的に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。

6-3-2 パイロット調査への協力

SHA2011 への移行にあたり、日本はオーストラリア、韓国、カナダとともにパイロット調査に参加した。4 カ国全てが SHA2011 への対応可能と報告し、円滑な移行に貢献した。この経験は、アジア太平洋地域における SHA 推計の先進事例としても意義があった。

6-3-3 介護保険制度を持つ国としての知見

2000 年に導入された日本の介護保険制度は、Long Term Care の財源・給付を明確に把握できる仕組みとして、国際的にも注目されている。SHA 推計においても、介護保険データを活用することで、Long Term Care の詳細な分析が可能となっている。この知見は、介護制度を検討する他国への参考情報として価値がある。

6-4 医療経済研究機構

医療経済研究機構は、1995 年度の研究開始以来、30 年以上にわたり SHA 推計の中核的役割を担ってきた。この継続性は、日本の SHA 推計の信頼性を支える重要な基盤となっている。推計活動は、厚生労働省との連携のもと、研究委員会方式で運営されてきた。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。

30年間の推計活動を通じて、SHA 推計に関する知見が蓄積された。

推計結果は、「厚生指標」への連載報告、学術論文、OECD への報告など、様々な形で発信されてきた。これにより、日本の医療費に関する国際比較可能なデータが広く活用されるようになった。

6-5 成果

30年間の SHA 推計活動を通じて、以下の成果が得られた。

第一に、国際比較可能な医療費データの整備である。日本の保健医療支出は、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である。TDHE 研究で確立された推計方法は、SHA1.0、SHA2011 と国際標準の変遷に対応しながら、継続的に改善されてきた。

第三に、国際的議論への貢献である。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貢献してきた。

第四に、推計体制の確立である。医療経済研究機構と厚生労働省の連携による推計体制は、30年間にわたり安定的に機能してきた。

6-6 推計方法の課題

6-6-1 データソースの拡充

SHA 推計の精度向上には、データソースの拡充が不可欠である。現在の推計は、国民医療費、介護保険事業状況報告、医療経済実態調査など、既存の統計資料を活用している。今後は、レセプトデータ（NDB: National Database of Health Insurance Claims）や介護データベース（介護 DB）など、新たなデータソースの活用可能性を検討する必要がある。これらのデータは、より詳細な分析を可能にするとともに、推計精度の向上にも寄与する可能性がある。

6-6-2 推計精度の向上

推計精度の向上は、継続的な課題である。特に、以下の領域については更なる検討が必要である。

第一に、Long Term Care（HC.3）の推計である。介護保険サービスと医療サービスの境界領域の取扱いについては、引き続き精緻化が求められる。

第二に、予防・公衆衛生（HC.6）の推計である。COVID-19 対応を契機に地方単独事業の計上が進んだが、更なる網羅性の向上が課題である。

第三に、自己負担（HF.3）の推計である。保険外診療や介護サービスの自己負担など、把握が困難な領域の推計方法の改善が必要である。

6-6-3 速報性の改善

データの速報化は、引き続き重要な課題である。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、速報値の提出体制を整備し、タイムリーな国際比較に貢献することが求められる。COVID-19 パンデミックの経験は、速報性の高いデータの重要性を改めて認識させた。今後、推計プロセスの効率化や、速報推計手法の開発を進める必要がある。

6-7 新たな分析課題への対応

6-7-1 疾病別医療費

疾病別医療費の把握は、OECD が推進する新たな分析課題である。保健医療支出を疾病コード（ICD）別に分類することで、政策立案に有用な情報を提供できる。日本においては、国民医療費の傷病分類別統計やレセプトデータを活用することで、一定程度の対応が可能である。今後、国際基準との整合性を確保しながら、疾病別医療費の推計方法を確立する必要がある。

6-7-2 FP 分類（Factors of Provision）

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る。HP×FP 別分類データの提出が OECD から要請されており、対応が求められている。日本においては、医療経済実態調査のデータを活用することで対応が可能と考えられるが、標本調査であるため全数把握には限界がある。今後、データソースの拡充と推計方法の開発を進める必要がある。

6-7-3 年齢別医療費

高齢化が進展する日本において、年齢別医療費の把握は重要な課題である。年齢構成の違いを調整した国際比較や、将来推計への活用が期待される。国民医療費には年齢階級別の統計があり、これを活用した分析が可能である。SHA 準拠の年齢別医療費データの整備を進める必要がある。

6-8 国際比較の深化

6-8-1 アジア諸国との比較

これまでの国際比較は、主に OECD 加盟国を対象としてきた。しかし、日本と社会経済的背景が類似するアジア諸国との比較も重要である。韓国、台湾、シンガポールなど、急速に高齢化が進むアジア諸国との比較分析は、日本の医療政策にとっても有益な示唆を与える可能性がある。

6-8-2 制度比較研究との連携

医療費データの国際比較は、医療制度の比較研究と連携することで、より深い分析が可能となる。各国の医療制度の特徴（公的保険の範囲、自己負担の仕組み、医療提供体制等）を踏まえた比較分析が求められる。日本の国民皆保険制度や介護保険制度の特徴を踏まえた比較研究は、国際的にも貢献できる分野である。

6-9 おわりに

日本は、世界で最も高齢化が進んだ国の一つである。2025年には団塊の世代が全て75歳以上となり、医療・介護需要の更なる増大が見込まれる。このような状況において、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。医療費の動向を正確に把握し、国際比較を通じて日本の位置づけを明らかにすることは、医療政策の議論に不可欠である。

OECDは、OECD.statやOECD Data Explorerを構築・公開しており、かつてCD-ROMで販売されていたデータが、現在ではインターネット上で無料公開されている。この優れた基盤の上に、各国の推計ロジックやスクリプトを共有・検証できる機能を搭載することで、国際比較の質は飛躍的に向上するであろう。

6-10 結語

1993年から現在に至る日本の保健医療支出（SHA）推計の30年の歴史は、第1期のTDHE研究から始まり、SHA1.0、SHA2011と国際標準の変遷に対応しながら、日本が継続的に推計活動を行ってきた歩みであった。この間、推計方法は精緻化され、国際比較可能性は向上し、日本の医療費データは広く活用されるようになった。

高齢化が進展し、医療・介護費用の増大が見込まれる中、国際比較可能な医療費データの重要性はますます高まっている。今後も日本のSHA推計が継続され、医療政策の議論に貢献していくことが期待される。