

SHA 作成体制の国際比較と日本における政府統計化への示唆

—オーストラリア・韓国・フランスの事例から—

横山真紀、竹沢純子、河村絢也、木村剛

はじめに

医療費の動向や財源構造を正確に把握することは、医療政策の立案、制度改革の評価、財政運営の検討にとって不可欠である。国際的には、OECD、WHO、Eurostat が策定した SHA2011 に基づき、各国が保健医療支出を財源、機能、提供者の観点から体系的に把握し、国際比較可能な形で報告している。SHA は、単に国際機関へ提出するための統計ではなく、各国の医療制度や財政構造を可視化し、国内政策にも活用し得る基盤統計である。

日本では、これまで国民医療費が国内の医療費動向を把握する基礎統計として用いられてきた。一方、SHA については、国際比較に対応するための推計が行われてきたものの、国民医療費とは対象範囲や分類体系が異なり、予防、公衆衛生、長期ケア、医療制度運営費、家計負担、財源構造等を含む広義の医療支出をどのように把握するかが課題となる。近年、医療統計の政府統計化に向けた検討が進められる中で、SHA をどのような体制で作成し、どのように国内統計と接続し、どのように政策活用へつなげていくかが重要な論点となっている。

本稿では、この課題を検討するため、オーストラリア、韓国、フランスの 3 カ国における SHA 作成体制を、各国の SHA 実務担当者へのヒアリングを元に比較する。国内統計との関係、作成主体、データソース、推計方法、ガバナンス、公表・政策活用、国際機関との関係は 3 カ国の間で大きく異なる。

本稿の目的は、これらの比較を通じ、日本における SHA 政府統計化を、単なる作成主体の移管や OECD 提出対応としてではなく、国内統計体系の再整理、専門性の継承、複数データソースの統合、外部検証を含むガバナンス、公表・政策活用、国際的な説明責任を含む制度設計の課題として捉えることである。

1. 海外ヒアリングの概要

本稿では、日本における SHA 政府統計化の検討に資するため、海外における SHA 作成体制について実施したヒアリング調査の結果を整理する。調査対象国は、オーストラリア、韓国、フランスの 3 カ国である。対象国の選定にあたっては、Best Practice in Institutionalising Health Accounts: Learning from Experiences in 13 OECD Countries (OECD, 2025) を参照した。同報告書は、OECD 加盟 13 カ国における医療勘定の制度化の経験をもとに、ガバナンス、技術的な作成プロセス、公表・政策活用のあり方を整理したものであり、医療勘定の制度化に「一つの標準モデル」があるわけではなく、各国の医療

制度、データ基盤、行政文化等に応じて制度設計が異なることを指摘している。

ヒアリングには、同報告書で取り上げられた国の中から、国内統計を基礎として SHA を作成するオーストラリア、SHA 対応統計そのものを政府承認統計として制度化している韓国、国内分析用統計と国際比較用統計を一体的な医療勘定体系として運用しているフランスを選定した。これら 3 カ国は、いずれも SHA2011 に基づく国際報告に対応している一方で、国内統計との関係、作成主体、データソース、推計方法、ガバナンス、政策活用のあり方が大きく異なる。そのため、日本における SHA 政府統計化を検討するうえで、複数の制度設計のあり方を比較する対象として適していると考えた。

ヒアリングにあたっては、OECD（2025）で整理されている論点を踏まえ、主として、①制度的位置づけ・法的枠組み、②作成主体・実施体制、③データソースと推計方法、④品質管理・ガバナンス、⑤公表・政策活用、⑥OECD 等の国際機関との関係、⑦作成体制上の課題を中心に質問項目を設計した。OECD（2025）では、医療勘定の制度化において、作成主体の選定、データ提供者との関係、専門家グループの設置、年次作成プロセスの標準化、方法論の文書化、公表戦略と政策活用が重要な要素として整理されているため、本調査でもこれらの点について、各国の実務担当者からより具体的な情報を得ることを目的とした。

ヒアリングは、各国の SHA 作成実務に関与する専門家を対象として実施した。オーストラリアについては、2026 年 2 月に、オーストラリア保健福祉研究所（AIHW）の Geoff Callaghan 氏および Kien Nguyen 氏に対してヒアリングを行った。オーストラリアは、国内政策用の NHA を作成したうえで、そのデータを SHA2011 に基づく国際報告用データへ変換する体制を採っている。OECD（2025）においても、オーストラリアは国独自の NHA を有し、地域別・疾病別・特定人口集団別の分析を行う国として整理されている。そのため、ヒアリングでは、NHA と SHA の関係、AIHW における作成体制、データソース、NHA から SHA へのマッピング、HEAC を通じたガバナンス、国内政策での NHA の利用状況等を中心に確認した。

韓国については、2024 年 11 月、2025 年 3 月、2025 年 12 月にかけて、延世大学のシン・ジョンウ先生および韓国保健社会研究院（KIHASA）の SHA チームと段階的に情報交換を行った。韓国では、国民保健勘定の実際の算出作業が、延世大学、KIHASA、NHIS、HIRA による共同体制によって行われていることから、ヒアリングでは、多機関連携による役割分担、データソース、推計方法、政府承認統計としての位置づけ等を中心に確認した。

フランスについては、Drees における医療勘定作成体制について 2026 年 10 月にヒアリングを行った。フランスについては、Drees の Clément Delecourt 氏、Bastien Virely 氏を対象に、医療勘定作成体制についてヒアリングを行った。ヒアリングでは、Drees 内の専門チームによる作成体制、SNDS を基盤とするマイクロデータ積み上げ型への移行、医療勘定委員会によるレビュー、国内公表と国際提出のスケジュール、政策評価への活用等を確認した。フランスでは、医療勘定が SHA2011 に準拠した公式統計として位置づけられ、OECD、Eurostat、WHO へのデータ提出に対応するとともに、国内では毎年公表され、医療勘定委

員会に報告される仕組みが整備されている。

各国の詳細レポートについては、本稿の参考資料（資料5-2,5-3,5-4）として国別レポートを作成した。本稿では主に、日本における SHA 政府統計化の参考になりそうなポイントに絞った形での比較を行う。

2. 比較の視点

フランス、韓国、オーストラリアにおける SHA 作成体制を比較し、それぞれの制度的位置づけ、実施体制、データソースと推計方法、ガバナンス、公表・活用、課題を整理する。

3 カ国はいずれも OECD 等に対して SHA 基準に基づく保健医療支出データを提出しているが、SHA の国内制度上の位置づけや作成体制は大きく異なる。その違いは、各国の医療制度、統計制度、行政組織、データ基盤の相違を反映している。したがって、比較にあたっては、単に SHA に関する作業手順を比較するのではなく、各国がどのような国内統計体系の中に SHA を位置づけ、どのような機関が、どのようなデータを用いて、どのように政策利用へつなげているのかを検討する必要がある。

3. 制度的位置づけの比較

（1）オーストラリア：国内 NHA を中核とする国際報告型

オーストラリアでは、保健医療支出統計の中核を担うのは、オーストラリア保健福祉研究所（AIHW）が作成する国民保健勘定（NHA）である。NHA は、1970 年代に始まった保健医療支出推計を基礎としており、30 年以上にわたって年次報告書として公表されてきた。政府、個人、民間医療保険、その他民間財源による保健財・サービスへの支出を包括的に捕捉するものであり、国内の保健医療支出の動向や財源構造を把握する基礎統計として位置づけられている。

OECD に提出される SHA データは、この NHA を基礎として作成される。AIHW はまず国内政策用の NHA を作成し、そのデータを SHA の分類体系に変換したうえで、OECD へ報告する。ただし、SHA も NHA と同様に医療関係支出を包括的に把握しているが、NHA と SHA の対象範囲は完全に一致するわけではない。たとえば、研究開発費および資本形成は NHA に含まれるが SHA のコア勘定には含まれない。一方、介護費用は SHA には含まれるが NHA には含まれない。このため、NHA から SHA を作成する際には、単なる分類変換だけでなく、対象範囲の差異を調整する作業が必要となる。

この点で、オーストラリアにおける SHA は、NHA を基礎として対象範囲と分類を調整したうえで作成される国際報告用統計としての性格が強い。実際に、国内政策決定者やメディアは主に NHA を参照しており、SHA の国内利用は医療費の対 GDP 比の国際比較等に限られている。

（2）韓国：政府承認統計としての国民保健勘定

韓国では、SHA に対応する統計が「国民保健勘定」として作成されている。同統計は、統計法第 18 条に承認統計として位置づけられている。国民保健勘定は、SHA2011 に基づき、最終消費段階で支払われた医療費総額を、機能別、供給者別、財源別に分類して把握する統計である。

今回ヒアリングを行った 3 カ国の中で、韓国は、医療費全体を総合的に把握する他の国内統計を持たない点に特徴がある。そのため、国民保健勘定は、国際報告のための統計であるだけでなく、国内の医療費全体を包括的に把握する中核的な統計として位置づけられている。その作成目的は、韓国の保健医療政策の立案・評価に必要な基礎資料を提供するとともに、OECD 加盟国との国際比較を可能にすることにある。

(3) フランス：国内分析用統計と国際比較用統計の二層構造

フランスでは、医療支出に関する統計として、国内分析に用いられる CSBM と、国際比較に対応した DCSi が併存している。作成はフランス保健・連帯省の統計部門である Drees が担っている。CSBM は、疾病の治療に関わる医療サービスおよび医療財への支出を対象とし、入院医療、外来医療、医薬品、医療機器等に係る支出を把握する国内政策上の基礎指標である。これに対して DCSi は、CSBM を基礎としつつ、予防、長期ケア、医療制度の運営費等を含む、より広い範囲の医療支出を対象とし、SHA2011 に適合する形で整理されている。

国内統計を基礎として国際比較用統計を作成するという点ではオーストラリアと共通しているが、両国では国内統計の射程が異なる。オーストラリアの NHA が保健財・サービスへの支出を比較的広く捉える国内統計であるのに対し、フランスの CSBM は、主として疾病の治療に関わる医療サービスおよび医療財への支出を対象とする。フランスでは、CSBM に予防、長期ケア、医療制度の運営費等を加えることで、国際比較に対応する DCSi が構築されている。

このように、フランスでは、国内の医療サービス・医療財に係る支出動向を把握し、医療費の年次の変化や財源構成を国内政策上の観点から分析するための CSBM と、予防、長期ケア、医療制度の運営費等を含む広い範囲の医療支出を把握し、国際比較やマクロな医療財政分析に対応するための DCSi という 2 つの指標が整備されている。両者は分断された統計ではなく、Drees による医療勘定報告書においても、CSBM の動向、財源構成、DCSi、制度改革に関する分析等が一体的に提示されている。したがって、フランスの医療勘定は、CSBM と DCSi がそれぞれ異なる対象範囲と利用目的を持ちながらも、一つの医療勘定体系の中で分析・公表され、医療勘定委員会においても一体的に議論される点に特徴がある。

(4) 3 カ国比較と日本への示唆

① SHA の位置づけに関する 3 カ国比較

SHA は国際比較のための共通枠組みであるが、各国においてどのような国内統計を基礎

とし、どのような政策目的に用いられるかは一様ではない。表 1 は、オーストラリア、韓国、フランスについて、制度的位置づけ、国内統計との対象範囲の違い、SHA の役割を整理したものである。

オーストラリアでは、国内政策用の NHA が保健医療支出統計の中核を担っており、SHA は NHA を基礎として作成される国際報告用統計として位置づけられている。NHA と SHA の対象範囲は大きく重なるものの、研究開発費・資本形成や介護費用の扱いなどに違いがある。

韓国では、SHA に対応する国民保健勘定そのものが統計法上の承認統計として位置づけられている。医療費全体を総合的に把握する他の国内統計を持たないため、国民保健勘定は国際報告に対応する統計であると同時に、国内の医療費全体を包括的に把握する中核的な統計として機能している。

フランスでは、国内分析用の CSBM と国際比較用の DCSi が併存している。CSBM は疾病の治療に関わる医療サービス・医療財への支出を対象とするのに対し、DCSi は CSBM を基礎に、予防、長期ケア、医療制度運営費等を加えた、より広い範囲の医療支出を対象とする。両者は対象範囲や利用目的を異にしながらも、Drees の医療勘定報告書や医療勘定委員会において一体的に扱われている点に特徴がある。

表 1 オーストラリア・韓国・フランスにおける SHA の制度的位置づけと役割

比較軸	オーストラリア	韓国	フランス
制度的位置づけ	国内政策用のNHAを中核とし、SHAはNHAから作成される国際報告用統計として位置づけられる。	SHAに対応する国民保健勘定が統計法上の承認統計として位置づけられ、国内政策と国際比較の双方を担う。	国内分析用のCSBMと国際比較用のDCSiが併存し、CSBMを基礎としてDCSiが構築される。
国内統計との対象範囲の違い	・ NHAとSHAはいずれも保健医療支出を包括的に把握する統計であり、対象範囲は大きく重なるが、完全には一致しない。 ・ 主な違いとして、研究開発費・資本形成はNHAに含まれるがSHAのコア勘定には含まれない一方、介護費用はSHAには含まれるがNHAには含まれない。		・ CSBMは疾病の治療に関わる医療サービス・医療財への支出を対象とする。 ・ DCSiはCSBMに予防、長期ケア、医療制度運営費等を加えた、より広い範囲の医療支出を対象とする。
SHAの役割	OECD等への国際報告に対応する役割が中心。国内利用は医療費の対GDP比の国際比較等に限定的。	国際報告に対応するだけでなく、国内の医療費全体を機能別・供給者別・財源別に把握し、保健医療政策の立案・評価に資する役割を持つ。	OECD・Eurostat等への国際報告に対応するとともに、CSBMより広い範囲の医療支出を把握し、国際比較やマクロな医療財政分析に資する役割を持つ。

以上の比較から、SHA の制度的位置づけには、①国内統計を中核に置き、SHA は国際報告用に利用しているオーストラリア型、②SHA 対応統計そのものを国内の中核統計として制度化する韓国型、③国内分析用統計と国際比較用統計を役割分担させつつ、一体的な医療勘定体系として運用するフランス型、という複数のあり方があることがわかる。日本における SHA の政府統計化を検討する際にも、まず既存の国内統計との関係をどのように整理し、SHA にどのような役割を持たせるのかを明確にすることが重要である。

② 日本への示唆

日本では、医療費に関する国内統計として「国民医療費」が作成されている。国民医療費は、傷病の治療に要する費用を把握する統計であり、国内の医療費動向を把握する基礎指標として長く用いられてきた。この点で、国内の疾病にかかる支出を把握する基礎指標を持ち、

それとは別に国際比較に対応する統計を作成するという構造は、フランスにおける CSBM と DCSi の関係に比較的近いと言えるだろう。

もっとも、日本において、国民医療費と SHA を直ちにフランスのような一体的な医療勘定体系として運用することは容易ではない。これまで IHEP が作成してきた日本の SHA 推計においても、入院医療や外来医療等の推計は国民医療費をベースとして作成されてきた。しかし、国民医療費と SHA が、共通の公表体系や検討体制の下で一体的に作成・分析・運用されてきたわけではない。両者は対象範囲や分類体系が異なり、SHA では国民医療費に含まれない支出領域も把握する必要がある。そのため、政府統計化の初期段階では、国民医療費と SHA を直ちに統合的に運用するよりも、まずは両者の対象範囲、分類体系、推計方法の対応関係を明確化し、それぞれの役割を整理することが現実的である。

当面はオーストラリアのように、国内政策用の統計と国際報告用の SHA を別々に運用しつつ、対象範囲や分類の差異を明示しながら、将来的には、SHA を単なる国際報告用統計にとどめるのではなく、国内政策にも活用可能な広義の医療支出統計として位置づけることが望ましい。

日本の国民医療費は、フランスの CSBM と同様に主として疾病の治療に要する費用を対象としており、予防、公衆衛生、介護、医療制度の運営費等を含む広い範囲の医療支出を把握する統計ではない。そのため、オーストラリアの NHA のように広範な保健医療支出を把握する国内統計が存在しない日本においては、SHA の政府統計化を契機として、国民医療費では捉えきれない広義の医療支出を体系的に把握する仕組みを整備する意義は大きい。

日本への示唆は、短期的には、国民医療費と SHA の役割を区分し、両者の対象範囲や分類体系の違いを明確化したうえで、国際報告に対応できる安定的な SHA 作成体制を整えることである。長期的には、フランスのように、国内医療費統計と国際比較用統計を分断せず、両者を一つの医療支出把握体系の中で関連づけることが求められる。これにより、SHA は OECD 提出のための統計にとどまらず、予防、公衆衛生、長期ケア、家計負担、財源構造を含む医療財政全体を把握し、国内政策分析に資する統計として活用されることが期待される。

4. 作成主体・実施体制の比較

(1) オーストラリア：AIHW による一元的制作体制

オーストラリアでは、NHA および SHA の作成は、オーストラリア保健福祉研究所(AIHW)が一元的に担当している。AIHW は、Australian Institute of Health and Welfare Act 1987 に基づき設立されたオーストラリア政府の法定機関であり、保健および福祉に関する統計・情報の開発・提供を広範に所管している。

NHA/SHA の作成は、チームリーダー1名、分析担当1名、取りまとめ担当1名の3名体制を基本として行われており、その上位にマネージャーとして全体を統括する者が1名置かれている。同一チームが、国内向けの NHA と国際向けの SHA の双方を担当している。

予算は主として NHA の作成に充てられており、まず NHA データを収集・整理したうえで、そのデータを SHA フォーマットへマッピングする作業に多くの時間を費やしている。

オーストラリアの特徴は、独立の法定機関である AIHW が、国内統計である NHA と国際報告用の SHA を一体的に管理している点にあり、AIHW の広範な統計・情報提供機能の一環として、NHA/SHA の作成が安定的に継続されている。

（２）韓国：政府を中心とした多機関連携型

韓国における国民保健勘定の公式な統計作成主体は、保健福祉部企画調整室情報統計担当官である。ただし、実際の算出作業は保健福祉部によって行われているわけではない。2019 年以降、延世大学医療・福祉研究所を総括責任主体としつつ、韓国保健社会研究院（KIHASA）、国民健康保険公団（NHIS）、健康保険審査評価院（HIRA）が機関別責任者として参加する 4 機関共同体制が形成されている。

機関ごとの役割分担も明確である。延世大学は、資料収集・加工・マッピング、保健所支出内訳調査、COVID-19 関連医療費の算出、HF×FS テーブルの作成などを含む全体の取りまとめ機能を担っている。KIHASA は、政府財源・地方政府財源の分析、分類基準の改善、拡張勘定のための基礎資料収集を担当している。NHIS は、健康保険患者診療費実態調査等を用いた非給付推計や COVID 関連請求資料の分析を担い、HIRA は、請求資料に基づく機能別支出構成や医薬品支出情報の整備を支援している。

このように、韓国では、保健福祉部が公式な統計作成機関として国民保健勘定の作成・公表に責任を持つ一方で、実際の算出作業は、大学、研究機関、保険者、審査機関が分担する多機関連携型の体制によって行われている。

（３）フランス：Drees による省内統計部門型

フランスにおいて、CSBM および DCSi の作成を担っているのは、保健・連帯省の統計部門である Drees である。フランスの公的統計サービスは、国立統計機関である Insee を中核としつつ、各省庁に設置された統計部門によって構成される分散型の体制を採っており、Drees は保健・社会保障分野を所管する省内統計部門として位置づけられている。

Drees には、医療勘定分析を担当する部署が置かれており、CSBM および DCSi の作成・公表に加え、医療支出の構造や動向に関する分析を担っている。医療勘定の作成には 7～8 名が関与しており、フルタイム換算では約 5 名程度の人員で運用されている。チームには、統計の専門家に加え、医療経済や制度に関する知見を有する人材が含まれている。

フランスの特徴は、作成主体が省内の専門統計部門に明確に位置づけられている点にある。対象範囲や利用目的が異なる CSBM と DCSi についても、統計作成、分析、公表、報告書作成を同一組織が一体的に担っている。

（４）3 カ国比較と日本への示唆

① 作成主体・実施体制に関する3カ国比較

作成主体・実施体制を比較すると（表2）、国内統計とSHAが併存する国では、両者を同一機関が担当している点が注目される。オーストラリアではAIHWがNHAとSHAを、フランスではDreesがCSBMとDCSiをそれぞれ作成しており、国内統計と国際比較用統計を別機関に分けるのではなく、同一機関内で作成している。

オーストラリアでは、独立の法定機関であるAIHWが、国内統計であるNHAと国際報告用のSHAを一元的に担当している。NHA/SOAの作成は比較的小規模なチームによって行われているが、AIHWが保健・福祉に関する統計・情報提供を広範に所管する機関であるため、その組織的基盤の中で安定的な作成が継続されている。オーストラリアの体制は、国内統計と国際報告を同一組織内で管理する「独立法定機関による一元型」と整理できる。

韓国では、保健福祉部が国民保健勘定の公式な統計作成機関として位置づけられている一方で、実際の算出作業は保健福祉部ではなく、延世大学、KIHASA、NHIS、HIRAによる4機関共同体制によって行われている。国民保健勘定は、行政機関、研究機関、保険者、審査機関の各々の専門性を組み合わせて作成されている。韓国の体制は、政府が作成・公表責任を持ちながら、実務は複数機関が分担する「政府所管・多機関連携型」といえる。

フランスでは、保健・連帯省の統計部門であるDreesが、CSBMおよびDCSiの作成を担っている。Dreesは、フランスの公的統計サービスを構成する省内統計部門であり、その内部に医療勘定分析を担当する部署が置かれている。医療勘定の作成には統計、医療経済、制度、データ収集・分析に関する知見を有する専門人材が関与しており、統計作成、分析、公表、報告書作成が同一組織内で一体的に行われている。フランスの体制は、行政内部の専門統計部門が医療勘定を担う「省内統計部門型」と整理できる。

表2 オーストラリア・韓国・フランスにおけるSHAの作成主体・実施体制

比較軸	オーストラリア	韓国	フランス
公式な作成主体	オーストラリア保健福祉研究所（AIHW）	保健福祉部企画調整室情報統計担当官	保健・連帯省の統計部門であるDrees
組織上の位置づけ	保健・福祉統計を広範に所管する独立の法定機関	保健福祉部が公式な作成機関として所管	フランス公的統計サービスを構成する省内統計部門
実施体制	AIHW内の同一チームがNHAとSHAを担当	延世大学、KIHASA、NHIS、HIRAによる4機関共同体制	Drees内の医療勘定分析担当部署がCSBMとDCSiを担当
人員体制	チームリーダー、分析担当、取りまとめ担当の3名体制を基本とし、上位に統括マネージャー1名	機関別に役割を分担。延世大学が総括、KIHASAが政府・地方政府財源分析等、NHISが非給付推計等、HIRAが請求資料分析等を担当	7～8名が関与し、フルタイム換算では約5名程度
類型	独立法定機関による一元型	政府所管・多機関連携型	省内統計部門型

以上の比較から、SHA作成体制には、①独立した統計・情報機関が国内統計と国際報告を一元的に担う方式、②政府が公式な作成・公表責任を持ちつつ、複数の専門機関が実務を分担する方式、③省内の専門統計部門が統計作成から分析・公表までを一体的に担う方式があることが確認できる。いずれの方式においても、SHA作成には統計技術だけでなく、医療制度、財源構造、行政データ、国際分類に関する専門性が必要であり、作成主体の位置づ

けとともに、専門性をどのように確保・継承するかが重要な論点となると考えられる。

② 日本への示唆

作成主体・実施体制の観点からみると、日本にとってまず重要なのは、国内統計と SHA をどの機関がどのように担うかという点である。オーストラリアでは AIHW が NHA と SHA を、フランスでは Drees が CSBM と DCSi を、それぞれ同一機関内で作成している。両国では、国内統計と国際比較用統計の対象範囲や利用目的は異なるものの、作成主体を分離するのではなく、同一機関が両者を担うことで、国内統計と国際報告用統計の接続が図られている。このことは、日本においても、国民医療費と SHA の作成主体を切り離したまま運用するのではなく、少なくとも両者の対応関係を継続的に管理できる安定した体制が必要であることを示唆している。

作成主体を国の機関へ移すことは、必ずしも推計能力の安定化を自動的に意味するものではない。SHA 作成には、国際分類の理解、医療制度・介護制度・公衆衛生制度に関する知識、行政データや既存統計の読み替え、財源・機能・提供者別のマッピング、二重計上の調整など、専門的な知見が求められる。日本の SHA は、入院医療や外来医療など多くの部分を国民医療費を基礎として作成することになるため、国民医療費との整合性を確保することがとりわけ重要である。そのため、両統計を同一機関で作成する場合はもちろん、作成機関が異なる場合であっても、両者が密接に連携し、対象範囲、分類体系、推計方法の対応関係を継続的に確認しながら SHA を作成する体制を整える必要がある。これは、安定的で信頼性の高い統計を作成するうえで不可欠である。

また、これまで IHEP に蓄積されてきた推計ノウハウをどのように継承し、国の機関内に定着させるかも重要な課題である。政府統計化にあたっては、作成主体の移管だけでなく、既存の推計経験や方法論を引き継ぎ、継続的に改善できる体制をあわせて整備することが求められる。この点で、韓国の多機関連携型の体制は参考になる。韓国では、実際の算出作業は、大学、研究機関、保険者、審査機関が分担している。日本においても、国の機関が作成主体となる場合であっても、すべての作業を単独機関で内製化するのではなく、既存の推計経験を持つ研究機関、医療保険・介護保険等のデータ保有機関、統計・医療経済の専門家が継続的に関与する体制を設けることが望ましい。

5. データソース・推計方法の比較

(1) オーストラリア：NHA から SHA への財源アプローチ型

オーストラリアの NHA/SHA 推計には、50 以上のデータソースが用いられている。データソースには、連邦政府、州・準州政府、民間医療保険者、個人支出、その他民間セクターから提供されるデータが含まれ、その多くは Excel 形式で受領されている。これらのデータは、保健支出データベース（HED）に集約され、財源別および支出分野別のマトリックス構造で管理されている。

推計方法の基本は「財源アプローチ」であり、資金の流れに沿って支出を資金の出所に帰属させる方式を採用している。この際、二重計上を回避するためのオフセット処理が重要な役割を果たす。たとえば、連邦政府から州・準州政府への補助金は連邦政府の支出として計上され、州・準州政府の総支出からは控除される。

NHA から SHA への変換にあたっては、SHA の主要分類軸である機能分類、提供者分類、財源分類に沿ったマッピングが行われる。NHA と SHA はデータ・情報の大部分を共有しているものの、対象範囲や分類体系が異なるため、保健医療支出の構成要素には差異が生じる。このため、SHA 作成にあたっては、NHA データをそのまま転用するのではなく、国際基準に沿って分類を読み替え、必要な調整を行う必要がある。例えば物価調整については、AIHW が独自の Total Health Price Index を用いた実質価格を報告書の基本としている。

（２）韓国：多元的データ統合型

韓国の国民保健勘定は、単一の基幹データベースに依存するのではなく、公表統計、行政資料、関係機関からの提供資料、独自調査などを組み合わせて構築されている。主要資料源としては、健康保険統計年報、医療給付統計年報、長期療養保険統計年報、労災保険事業年報、健康診断統計年報、健康保険患者診療費実態調査、家計動向調査、韓国医療パネル、国民健康栄養調査、自動車保険診療費、実損型民間保険資料、保健福祉部決算資料、国民健康増進基金決算資料、応急医療基金決算資料などが用いられている。

韓国の特徴は、多様な既存資料を組み合わせるだけでなく、既存の公表統計だけでは把握しきれない部分を独自調査によって補完している点にある。とくに保健所支出については、延世大学が「保健所支出内訳調査」を実施し、全国の保健所・保健医療院を対象に毎年データを収集している。

推計方法としては、各種データソースから総括シートを作成し、そこから HC×HF、HC×HP、HP×HF、HF×FS 等の提出シートへ加工する。ここで重要なのは、最初から SHA 分類に対応した単一の原データを集計しているのではなく、性質の異なる複数の資料を、必要に応じて推計を加えながら、財源別、機能別、供給者別の分類体系に沿って組み替えている点である。

韓国の推計方法は、既存統計や行政資料をそのまま足し上げるものではなく、各資料の特性を踏まえながら、どの支出をどの財源、どの機能、どの供給者に配分するかを判断し、SHA 分類に対応する交差表へ再構成する多元的データ統合型の推計体系として整理できる。

（３）フランス：SNDS を基盤とするマイクロデータ積み上げ型

フランスの医療勘定は、2023 年医療勘定を境に推計手法を大きく転換している。それ以前は、各種マクロ統計や行政データなどの公表データを組み合わせた集計・推計が行われていたが、2023 年医療勘定からは、国家医療データベースである SNDS の個票データを基礎とするマイクロ積み上げ型の集計・推計手法へ移行した。

SNDS は、社会保障制度に基づき全国民をほぼ網羅して収集される医療費データを統合したデータベースであり、外来診療、入院、薬剤、検査などに関する支出情報が個票レベルで蓄積されている。社会保障による償還額に加え、自己負担額や超過診療費なども含まれており、保険適用される医療支出を詳細に把握することが可能である。

ただし、SNDS で把握されるのは、主として医療保険によって認定された市場医療部門であり、医療勘定全体の約 48%に相当するとされる。公立病院に代表される非市場医療部門、保険適用外の医療、介護、予防、保健行政等については、他の統計資料を用いた補完的な推計が必要となる。

推計過程では、SNDS のマイクロデータや他のデータソースをもとに、「ハイパーキューブ」と呼ばれる作業用データベースが構築される。ハイパーキューブは、年度、医療の種類、提供者、資金調達主体などの複数の分析軸に基づいて医療支出を整理した表形式データであり、公表される医療勘定の統計表は、ここから再集計される。

さらに、発生主義に基づく時間的調整、名目値から実質値への価格調整、SNA との整合性を確保するための補正が行われている。フランスの推計方法は、SNDS に基づくマイクロデータを中核としつつ、それだけでは把握できない領域を他資料で補完し、最終的にマクロ会計との整合性を確保する複合的な推計体系である。

(4) 3 カ国比較と日本への示唆

① データソース・推計方法に関する 3 カ国比較

3 カ国はいずれも単一の統計資料だけで SHA を作成しているわけではなく、複数のデータソースを組み合わせ、必要に応じて分類の組み替え、補完推計、調整を行っている。表 3 は、各国における基本的な推計類型、主なデータソース、データ管理・集約方法、推計・加工方法、補完推計・調整の特徴を整理したものである。

3 カ国に共通するのは、原資料をそのまま SHA 提出表に転記しているのではなく、各国の実務に応じた中間的な集約基盤を作成したうえで、SHA に必要な分類・対象範囲に対応する加工を行っている点である。オーストラリアでは、保健支出データベース (HED) に集約し、NHA を作成したうえで SHA へマッピングしている。韓国では、各種データソースから総括シートを作成し、そこから HC×HF、HC×HP、HP×HF、HF×FS 等の SHA 提出シートへ加工している。フランスでは、SNDS 等をもとにハイパーキューブを構築し、そこから医療勘定の統計表を再集計している。

いずれの方式においても、SHA 推計が単一データソースから機械的に作成されるものではない点は共通している。SHA 作成は、複数のデータソースの接続、分類マッピング、補完推計、二重計上回避、時系列調整を伴う複雑な作業であり、複数の原資料を中間的な集約基盤に整理したうえで、国際基準に沿って再構成する作業として理解する必要がある。

表3 オーストラリア・韓国・フランスにおけるデータソース・推計方法の比較

比較軸	オーストラリア	韓国	フランス
基本的な推計類型	NHAを基礎とする財源アプローチ型	多元的データ統合型	SNDSを基盤とするマイクロデータ積み上げ型
主なデータソース	連邦政府、州・準州政府、民間医療保険者、個人支出、その他民間セクターなど、50以上のデータソース	健康保険統計年報、医療給付統計年報、長期療養保険統計年報、家計動向調査、韓国医療パネル、民間保険資料、各種決算資料等	国家医療データベースSNDSの個票データ、SNDSで把握できない非市場医療部門、保険適用外医療、長期ケア、予防、保健行政等他資料で補完。
データ管理・集約	データを保健支出データベース（HED）に集約し、財源別・支出分野別のマトリックス構造で管理	各種データソースから総括シートを作成し、そこからSHA提出シートへ加工	SNDS等をもとに、複数の分析軸を持つ作業用データベース「ハイパーキューブ」を構築
推計・加工方法	資金の流れに沿って支出を資金の出所に帰属させる財源アプローチを採用。二重計上を避けるためオフセット処理を行う	性質の異なる複数資料を、必要に応じて推計を加えながら、財源別・機能別・供給者別の分類体系に沿って再構成	SNDSの個票データを基礎に医療支出を積み上げ、ハイパーキューブから医療勘定の統計表を再集計
補完推計・調整	NHAとSHAの対象範囲・分類体系の違いを調整。物価調整にはTotal Health Price Indexを使用	公表統計で把握できない部分を独自調査で補完。例：保健所支出内訳調査	発生主義調整、価格調整、SNAとの整合性確保のための補正を実施

② 日本への示唆

3 カ国の事例が示すように、SHA 作成には複雑な作業が必要となる。日本においても、国民医療費だけで SHA 全体を把握できるわけではないため、介護、予防、公衆衛生、保健行政、民間保険、家計負担、地方自治体支出等を含む複数のデータソースを接続する必要がある。この点を踏まえると、データソース及び集計・推計方法に関する日本への示唆は、以下の3点に整理できる。

第一に、既存統計・行政資料を SHA 分類に対応づけるための中間的な作業基盤を整備することが必要である。オーストラリアにおける保健支出データベース（HED）、韓国における総括シート、フランスにおけるハイパーキューブのいずれも、原資料をそのまま SHA 提出表に転記しているのではなく、各国の実務に応じた集約基盤を作成したうえで、SHA 分類に対応するための加工を行っている。日本においても、複数のデータソースを統合し、毎年継続的に更新できる作業基盤を整えることが求められる。

第二に、政府統計化の初期段階では、オーストラリアや韓国のように、既存の公表統計を組み合わせる SHA を構築する多元的データ統合型のアプローチを出発点とすることが現実的である。データ基盤の高度化という観点では、SNDS の個票データを中核に医療勘定を再構成しているフランスが、3 カ国の中でも最も精緻な推計体系を構築しているといえる。日本にも NDB という大規模なレセプト情報が存在しており、将来的にはこうしたマイクロデータを活用して、医療支出をより詳細に把握する方向が考えられる。

しかし、政府統計化の初期段階から、フランスのように NDB 等を中核とするマイクロデータ積み上げ型へ移行することは現実的ではない。NDB を SHA 推計に本格的に用いるためには、SHA の機能分類、提供者分類、財源分類への対応づけ、膨大な個票データを処理する体制、継続的な品質管理、さらに NDB では把握できない公衆衛生、予防、保健行政、介護、民間保険、家計負担等を補完する仕組みが必要となる。NDB が存在すること自体は重要な基盤であるが、それだけで直ちに SHA 全体を作成できるわけではない。

このため、政府統計化の初期段階では、国民医療費を重要な基礎資料としつつ、複数のデ

ータソースを統合し、SHA 提出表へ変換するための作業基盤を整備することが求められる。そのうえで、中長期的には、NDB 等のマイクロデータを補完的・検証的に活用し、推計精度の向上や分類の精緻化に役立てることが考えられる。最終的には、多元的データ統合型の推計を安定化させたいと、マイクロデータ活用を段階的に拡大し、より精緻な SHA 推計体系へ発展させることが望ましいと考える。

第三に、分類マッピング、補完推計、調整方法を明文化し、推計作業の再現性と継続性を確保することが重要である。3 カ国の事例からも、SHA 推計では、既存データを国際分類に対応づけるマッピング、把握できない領域の補完、データ間の重複や時点・価格の違いを調整する作業が不可欠であることが確認できる。日本でも、どの原資料をどの HC、HP、HF 分類に対応させるのか、1 つの支出項目を複数分類にどう配分するのか、重複する支出をどう控除するのか、把握できない支出をどのように補完するのかを、方法論として文書化する必要がある。

SHA は毎年継続して作成され、時系列比較や国際比較に用いられる統計である。そのため、使用するデータソース、加工手順、マッピング表、補完推計の方法、過去系列の改定ルールを体系的に管理することが求められる。担当者の交代があっても推計が継続できるよう、作業手順の標準化、データ処理の自動化、推計プログラムや作業記録の管理を進めることが重要である。

6. ガバナンス・品質管理の比較

(1) オーストラリア：HEAC による方法論的助言と関係機関間調整

オーストラリアでは、NHA/SHA の推計手法は、保健支出諮問委員会 (Health Expenditure Advisory Committee: HEAC) の監督下に置かれている。HEAC は、連邦政府、全州・準州政府の代表者、民間セクターの専門家で構成されており、推計の網羅性・正確性の確保および二重計上リスクの最小化のための方法論的助言を行っている。

HEAC の下には、制度変更等に関する助言を行う法・政策グループと、データソースに関する議題を扱うデータグループが設置されている。さらに、技術諮問グループが設けられ、年間レビューや推計手法の自動化レビュー等を行っている。

オーストラリアでは、州・準州が病院支出に強い関心を持っており、病院支出は政治的にもセンシティブなテーマである。そのため、HEAC は単なる技術的助言機関にとどまらず、データ提供者や連邦政府・州政府間の調整の場としても機能している。

(2) 韓国：専門家諮問団と利用者対応

韓国では、保健医療関連専門家を対象とする諮問団が構成され、算出された国民保健勘定報告書について検討会議が実施されている。また、利用者意見収集のための会議、基準変更や統計資料に関する勉強会、利用促進に向けた広報戦略を議論する専門家会議も位置づけられている。

韓国の SHA は、作成・提出・公表という事務工程だけでなく、専門家による検討と利用者対応を含む統計ガバナンスの仕組みを備えている。特に、多機関連携型の作成体制を採っているため、関係機関間の役割分担、推計方法の確認、算出結果の検討、利用者ニーズの把握を行う仕組みが広範に整備されている。

(3) フランス：医療勘定委員会による検証・共有

フランスでは、医療勘定のガバナンス機構として、医療勘定委員会が設置されている。同委員会は、研究者、経済学者、公衆衛生専門家、医療関係者、社会保障機関の関係者、政府関係者等を含む数十名によって構成されており、Drees が作成する医療支出統計について、関係者間で検証および共有を行う役割を担っている。

委員会は年 1 回程度開催され、医療勘定の結果報告に加え、推計方法、データの解釈、分析結果に関する議論が行われる。委員会は Drees に対する諮問的性格を有しており、推計方法の透明性確保や結果の妥当性の検証に資する場となっている。

(4) 3 カ国比較と日本への示唆

① ガバナンス・品質管理に関する 3 カ国比較

3 カ国はいずれも、SHA または保健医療支出統計の作成を担当機関内部の作業だけで完結させていない。表 4 に示したように、各国では、推計方法の確認、算出結果の検討、関係者間の情報共有、データ提供者との調整、利用者対応等を行うための外部的な検討・助言の仕組みが設けられている。

オーストラリアでは、HEAC が NHA/SHA の推計方法に関する助言を行うとともに、病院支出など政治的にセンシティブな領域について、連邦政府・州政府間やデータ提供者との調整の場としても機能している。韓国では、専門家諮問団による算出結果や報告書の検討に加え、利用者意見の収集や利用促進に向けた会議が設けられている。フランスでは、医療勘定委員会が、Drees の作成する医療支出統計について、推計方法、データの解釈、分析結果を検証・共有・議論する場となっている。

品質管理の観点からは、作成機関内部の技術的作業に加えて、推計方法の透明性を確保し、

表 4 オーストラリア・韓国・フランスにおけるガバナンス・品質管理の比較

比較軸	オーストラリア	韓国	フランス
主なガバナンス機構	保健支出諮問委員会 (HEAC)	専門家による諮問団	医療勘定委員会
構成主体	連邦政府、全州・準州政府の代表者、民間セクターの専門家	保健医療関連専門家	研究者、経済学者、公衆衛生専門家、医療関係者、社会保障機関、政府関係者等
主な役割	推計の網羅性・正確性の確保、二重計上リスクの最小化に関する方法論的助言	算出結果や国民保健勘定報告書の検討	Drees が作成する医療支出統計の結果・方法・解釈について、関係者間で検証・共有
下部組織・関連会議	法・政策グループ、データグループ、技術諮問グループ	報告書検討会議、利用者意見収集会議、基準変更・統計資料に関する勉強会、広報戦略を議論する専門家会議等	医療勘定委員会が年 1 回程度開催される。医療勘定委員会の下部組織は確認されていない
品質管理上の特徴	技術的助言に加え、病院支出など政治的にセンシティブな領域について、データ提供者や連邦政府・州政府間の調整の場としても機能	専門家による算出結果の検討に加え、利用者意見の収集や利用促進に関する議論を行う仕組みを備える	推計方法の透明性確保、結果の妥当性検証、医療勘定結果の関係者間共有を担う。委員会では、推計方法、データの解釈、分析結果に関する議論が行われる

結果の妥当性を確認し、データ提供者や利用者との関係を調整するガバナンスの仕組みが不可欠である。

② 日本への示唆

3カ国では形態は異なるものの、推計方法の確認、算出結果の検討、関係者間の情報共有、データ提供者との調整、利用者対応等を行う仕組みが設けられていた。これらの仕組みは一律に設けられているわけではなく、各国において、どのような機関が統計作成を担っているか、またその統計が国内政策、国際報告、制度改革の評価、利用者への情報提供等にどの程度用いられているかに応じて整えられている。すなわち、ガバナンスのあり方は、各国における SHA の制度的位置づけ、作成主体の性格、政策利用の範囲を反映したものとして理解できる。

日本における SHA の第一義的な役割は、医療関係費の全体像を把握し、国際比較可能な形で整理することにあると考え、現時点では、直接的に制度改正や利害調整に影響を及ぼす統計とは性格が異なる。この点を踏まえると、フランスの医療勘定委員会やオーストラリアの HEAC のような常設的な委員会を直ちに日本に導入すべきだとは考えず、日本の SHA の利用目的や政策上の位置づけに即して、適切な検討・確認の仕組みを設計していくことが現実的である。

もっとも、SHA 推計には、データソースの選定、分類対応、補完推計、過去系列の改定、国民医療費との接続など、一定の専門的判断を伴う作業が含まれる。そのため、作成機関内部での品質管理に加え、必要に応じて外部の専門家や関係機関から助言を得られる仕組みを設けることは有用である。これまで IHEP による SHA 推計においても、SHA 基準の改定時など、推計方法に重要な変更が生じる場合には、有識者による検討会が実施されてきたようである。政府統計化後においても、こうした既存の検討・助言の仕組みをどのように引き継ぎ、どのような形態で継続・発展させるかを検討する必要がある。

また、韓国のように利用者意見を収集する仕組みや、フランスのように報告書、プレスリリース、インフォグラフィック等を通じて統計の内容を分かりやすく伝える取組も参考になる。SHA を政府統計として定着させていくためには、推計方法の透明性を高めるだけでなく、政策担当者、研究者、医療保険者、一般利用者などが、それぞれの関心に応じて利用しやすい形で情報を提供していくことも重要である。

6. 公表・政策活用および国際機関との関係の比較

(1) オーストラリア：NHA 中心の国内活用と国際比較における位置づけ

オーストラリアでは、NHA の推計結果が「Health expenditure Australia」報告書シリーズとして毎年公表されている。同報告書は AIHW のウェブサイトにおいて、詳細なデータテーブルを含む形で公開されている。

NHA は、国内の保健医療支出に関する最も包括的な統計として、予算配分の検討や保健医療支出の中長期的なトレンド分析に活用されている。特に、病院支出と財源構造の把握が重視されており、連邦政府と州・準州政府間の財政負担の配分を議論する際の基礎資料として位置づけられている。一方、SHA は国内政策には直接的には活用されていない。政策決定者やメディアの関心は NHA に集中しており、SHA データの参照は主に国際比較の場面に限られる。

国際機関との関係では、オーストラリアは EU 加盟国ではないものの、OECD 事務局と緊密に連携して SHA を作成しているとともに、AIHW 職員が OECD 事務局に出向するなど、人的交流を通じた関係も構築している。また、オーストラリアは国際的な医療制度比較において高い評価を受けており、Commonwealth Fund による比較でも上位に位置づけられている。既に医療システムの国際評価が高い状況を踏まえると、オーストラリアでは、SHA を国内政策上の主要指標として活用する必要性は相対的に小さいのかもしれない。

（２）韓国：公表基盤の拡充と政策計画での利用

韓国の SHA は、保健福祉部ホームページ、国家統計ポータル（KOSIS）、OECD Data Explorer を通じて公表される。国内報告書による公表、KOSIS を通じた長期時系列データの公開、OECD 統計への国際提出という三層構造で運用されている。

近年は、従来の報告書と KOSIS だけでは利用者のアクセスに限界があるという問題意識のもと、国民保健勘定専用ホームページの構築も進められている。同ホームページでは、算出方法、分類体系、統計の説明、参加型空間を整備し、統計利用者と提供者のコミュニケーション強化を図ることが目指されている。

政策活用の面では、保健医療分野の法定計画に医療費統計が利用されている。具体的には、対 GDP 比経常医療費、家計負担率、公的財源比率などが政策計画の指標として用いられている。ただし、韓国ではデータ利用と普及についてはなお改善余地があると評価されている。国民保健勘定は政府承認統計として制度化されている一方で、国内政策過程における活用は拡大途上にあるといえる。

国際機関との関係では、韓国が OECD を積極的に活用している点も特徴的である。2025 年のワークショップでは、OECD の分析結果やレポートを自国の政策分析に利用していること、また、OECD 側が参加を求める調査やワーキンググループにも積極的に参加していることが確認された。韓国は EU 加盟国ではなく、また Commonwealth of Nations の一員でもないという点では、日本に比較的近い立場にある。そのような中で、OECD との関係を受動的なデータ提出の関係にとどめず、国際的な知見や比較枠組みを国内統計の改善や政策分析に活用している点は、日本にとっても示唆的である。

（３）フランス：医療勘定報告書による一体的公表と政策評価への活用

フランスでは、医療勘定は年次報告書として公表されており、支出の内訳、推計方法、長

期的な動向等について詳細な分析が提示されている。あわせて、プレスリリースやインフォグラフィック等も作成され、一般向けの情報提供も行われている。

政策活用の面では、医療費の構造および動向の把握に加え、制度改革の評価にも用いられている。代表例として、眼鏡、歯科補綴、補聴器を対象に自己負担をゼロにする「Réforme du 100 % santé」に関する分析が挙げられる。医療勘定は、この政策の導入に伴う家計負担の変化や支出構造の変化を把握するための基礎データとして活用されている。

また、フランスでは、国内分析用の CSBM と国際比較用の DCSi が別々に切り離されて公表されているわけではなく、Drees の医療勘定報告書の中で一体的に提示されている。CSBM は、国内の医療サービス・医療財に係る支出動向や財源構成を把握する基礎指標として用いられ、DCSi は、予防、長期ケア、医療制度運営費等を含む広い範囲の医療支出を把握し、対 GDP 比、家計の自己負担割合、国際比較、マクロな医療財政分析に活用されている。したがって、フランスでは、医療勘定が国際報告にとどまらず、国内の制度改革、家計負担分析、財源構造分析に活用されている。

国際機関との関係では、フランスは OECD 本部が所在するパリに位置していることもあり、OECD 事務局との関係が緊密である。医療勘定委員会の構成員には OECD 医事課の職員も含まれており、医療勘定の推計方法やデータ解釈について、国際機関との接点を持ちながら議論できる環境にある。また、フランスは EU 加盟国であるため、Eurostat を通じた欧州統計制度の枠組みにも組み込まれている。推計方法や分類上の判断に迷う場合にも、OECD や EU 加盟国との情報交換がしやすい環境にある点は、フランスの大きな特徴であると言える。

（４） ３カ国比較と日本への示唆

① 公表・政策活用および国際機関との関係についての３カ国比較

３カ国では、保健医療支出統計の国内利用と国際比較への対応のバランスに違いがみられる。表５は、各国における公表形態、政策活用、利用促進、国際機関との関係を整理したものである。

オーストラリアでは、国内政策では NHA が中心的に利用されており、SHA は主として国際報告・国際比較のための統計として位置づけられている。韓国では、国民保健勘定が国内政策と国際比較の双方を担う統計として制度化されており、公表基盤や政策活用の拡充が進められている。フランスでは、CSBM と DCSi が医療勘定報告書の中で一体的に公表され、国内政策分析、制度改革評価、国際比較に活用されている。

国際機関との関係にも違いがある。オーストラリアは、OECD との緊密な連携に加え、AIHW 職員の OECD 事務局への出向など人的交流を通じた関係を持つ。韓国は、OECD の分析・調査・ワーキンググループ等を積極的に活用し、国際的な知見を国内統計の改善に結びつけている。フランスは、OECD 本部との地理的近接性や EU 加盟国としての制度的枠組みを背景に、OECD や Eurostat、EU 諸国との連携がしやすい環境にある。

SHA の意義は単なる国際報告にとどまらず、国内政策にどの程度活用するか、利用者にどのように分かりやすく公表するか、国際機関との関係をどのように国内の統計改善や国際発信に結びつけるかが、各国の制度設計によって異なっている。SHA を政府統計として位置づける場合には、OECD へのデータ提出対応だけでなく、国内政策への活用、利用者

表5 オーストラリア・韓国・フランスにおける公表・政策活用および国際機関との関係の比較

比較軸	オーストラリア	韓国	フランス
主な公表形態	AIHWが「Health expenditure Australia」報告書シリーズを毎年公表。詳細なデータテーブルもウェブサイトで公開。	保健福祉部ホームページ、国家統計ポータル(KOSIS)、OECD Data Explorerを通じて公表。国内報告書、KOSIS、OECD提出の三層構造。	Dreesが医療勘定を年次報告書として公表。支出内訳、推計方法、長期動向等を分析し、プレスリリースやインフォグラフィックも作成。
国内政策で主に使われる統計	NHA	国民保健勘定	CSBMおよびDCSiを含む医療勘定
国内政策での活用	NHAが保健医療支出の動向、財源構造、病院支出、連邦政府・州政府間の財政負担配分の議論に活用される。SHAの直接的な国内利用は限定的。	GDP比経常医療費、家計直接負担率、公共財源比率などが、保健医療分野の法定計画の指標として用いられている。	医療費の構造・動向把握、制度改革評価、家計負担分析、財源構造分析に活用。Réforme du 100 % santéの家計負担・支出構造分析にも利用。
利用促進・情報提供	詳細データテーブルを公開。国内利用はNHA中心。	国民保健勘定専用ホームページの構築を進め、算出方法、分類体系、説明空間、通知空間、参加空間を整備し、利用者とのコミュニケーション強化を図る。	年次報告書に加え、プレスリリース、インフォグラフィック等により一般向けにも情報提供。
国際機関との関係	AIHW職員がOECD事務局に出向するなど人的交流あり。Commonwealth Fundによる国際比較でも高評価。	OECDを積極的に活用。OECDへの分析・レポート作成依頼、OECD調査やワーキンググループへの積極的参加を通じて関係を構築。	OECD本部との地理的近接性があり、OECD事務局との関係が緊密。医療勘定委員会にはOECD医事課職員も参加。EU加盟国としてEurostatやEU諸国との連携もある。

への説明、国際的な説明責任を含めた公表・活用戦略をあわせて検討する必要がある。

② 日本への示唆

公表・政策活用および国際機関との関係の比較から、日本にとって重要なのは、SHA 政府統計化を単なる OECD 提出対応にとどめず、国内政策への活用と国際的な説明責任の双方を意識して設計することである。

まず、SHA を国内政策にどのように活用するかを明確にする必要がある。オーストラリアでは国内政策には NHA が中心的に用いられ、SHA は主に国際比較用として位置づけられている。一方、フランスでは CSBM と DCSI が医療勘定報告書の中で一体的に公表され、医療費の動向把握だけでなく、制度改革、家計負担、財源構造の分析にも活用されている。韓国でも、国民保健勘定は政府承認統計として制度化され、GDP 比経常医療費や家計直接負担率、公共財源比率などが政策計画の指標として用いられている。日本でも、SHA を OECD 報告用の統計に限定するのではなく、医療、介護、予防、公衆衛生、家計負担、財源構造を横断的に把握する統計として、国内政策分析に活用する方向を検討する必要がある。

そして、国際機関との関係をより戦略的に活用することが考えられる。フランスは OECD 本部との地理的近接性や EU 加盟国としての制度的枠組みを背景に、OECD や Eurostat、EU 諸国との情報交換がしやすい環境にある。オーストラリアも、AIHW 職員の OECD 事務局への出向など、人的交流を通じた関係を構築している。韓国は、OECD への分析依頼

やワーキンググループへの参加を通じて、OECD との関係を積極的に活用している。日本も、OECD への提出を受動的な報告業務として捉えるのではなく、OECD との対話を通じて推計方法の改善、国際比較上の論点整理、国内統計の説明力向上につなげることが重要である。

最後に、日本の経験を国際的に発信する視点も必要である。日本は世界でも先行して高齢化が進む国であり、医療・介護・公衆衛生支出の動向は、他国にとっても重要な参照事例となり得る。とりわけ、介護、医療と介護の接続、家計負担、公的財源と私的財源の関係などは、今後多くの国が直面する課題である。SHA 推計の透明性を高め、方法論やデータの解釈について国際的に説明できる体制を整えることは、日本の統計の信頼性向上だけでなく、国際的なプレゼンスの向上にもつながる。

7. まとめ

本稿では、オーストラリア、韓国、フランスの SHA 作成体制を比較し、日本における SHA 政府統計化への示唆を検討した。比較にあたっては、各国の状況を個別に紹介するだけでなく、SHA が国内統計体系の中でどのように位置づけられているか、どの機関がどのような体制で作成しているか、どのようなデータソースを用いて SHA 分類へ再構成しているか、集計・推計方法の妥当性をどのように検証しているか、そして公表・政策活用・国際機関との関係をどのように設計しているかという観点から整理した。

3 カ国の事例から明らかなのは、SHA 作成体制には単一の標準モデルが存在するわけではないということである。これは OECD (2025) でも指摘されていたことではあるが、各国は共通の SHA 基準に対応しながらも、自国の国内統計、行政組織、データ基盤、政策利用の実態に応じて異なる制度設計を行っている。

この比較を踏まえると、日本における SHA 政府統計化も、既存の SHA 推計を国の機関へ移すだけの作業として捉えるべきではない。国民医療費をはじめとする既存の国内統計と SHA をどのように関係づけ、どの機関がどのような専門性を持って作成し、どのデータをどのように統合し、どのようなガバナンスの下で品質を確保し、最終的にどう活用するかを一体的に設計する課題として捉える必要がある。以下に、日本における SHA の政府統計化において重要となると考えられるポイントを整理した。

(1) 国民医療費と SHA の関係整理

日本では、国民医療費が傷病の治療に要する費用を把握する国内基礎統計として長く用いられてきた。一方、SHA は、予防、公衆衛生、長期ケア、医療制度運営費、家計負担、財源構造等を含む、より広い医療支出を把握する枠組みである。政府統計化の初期段階では、国民医療費と SHA の対象範囲、分類体系、推計方法の違いを明確化し、安定的に接続することが現実的である。そのうえで、中長期的には、フランスのように国内医療費統計と国際比較用統計を分断せず、狭義・広義の医療支出を一体的に把握する統計体系へ発展させるこ

とが望ましい。

(2) 作成主体の移管と専門性の継承

SHA 作成には、国際分類、医療・介護制度、財源構造、行政データ、既存統計の読み替え、補完推計、二重計上回避等に関する専門的知見が不可欠であり、作成主体を国の機関に移すだけでは専門性の確保は十分ではない。これまで IHEP 等に蓄積されてきた推計ノウハウを継承し、医療保険・介護保険等のデータ保有機関、研究機関、統計・医療経済の専門家が関与する体制を整えることが求められる。

(3) 多元的データ統合から段階的なマイクロデータ活用へ

日本には NDB という大規模なレセプト情報が存在するが、政府統計化の初期段階からフランスのようなマイクロデータ積み上げ型へ移行することは現実的ではない。まずは、国民医療費を重要な基礎資料としつつ、介護、予防、公衆衛生、保健行政、地方自治体支出、民間保険、家計負担等に関する既存統計・行政資料を統合し、SHA 提出表へ変換する作業基盤を整備することが先決である。そのうえで、中長期的には、NDB 等のマイクロデータを補完的・検証的に活用し、推計精度の向上や分類の精緻化を図る段階的な発展が考えられる。

(4) 外部検証を含むガバナンス体制

SHA 推計には一定の専門的判断を伴う作業が含まれるため、政府統計として SHA を安定的に作成していくためには、推計方法の透明性を確保するための仕組みを検討する必要がある。作成機関内部での品質管理を基本としつつも、必要に応じて外部の専門家等から助言や意見を得られる体制をどのように整えるかが重要な論点となる。その具体的な形態については、諸外国の委員会組織をそのまま導入するというよりも、日本における SHA の役割や政策利用の範囲に応じて設計していく必要がある。

(5) 国内政策への活用と国際的な説明責任

SHA 政府統計化は、OECD 提出への対応だけでなく、国内政策への活用と国際的な説明責任を視野に入れて進める必要がある。日本は世界でも先行して高齢化が進む国であり、医療・介護・公衆衛生支出の動向は、他国にとっても重要な参照事例となり得る。SHA 推計の透明性を高め、方法論やデータの解釈を国際的に説明できる体制を整えることは、国内統計の信頼性向上に加え、日本の経験を国際的に発信する基盤にもなる。

以上を総合すると、日本における SHA 政府統計化は、短期的には、国民医療費と SHA の役割分担を明確にし、既存統計・行政資料を用いた安定的な作成体制を整備することから始めることになる。その際、計上のルール、推計方法、分類方法等のルールを明文化し、担当者が交代しても再現可能な作業手順を確立する必要がある。

中長期的には、国民医療費では捉えきれない広義の医療支出を体系的に把握し、NDB 等のマイクロデータ活用を段階的に拡大しながら、医療・介護・予防・公衆衛生・家計負担・財源構造を横断的に分析できる統計体系へ発展させることが望ましい。このような方向で政府統計化を進めることにより、SHA は単なる国際報告用統計ではなく、日本の医療財政を包括的に把握し、政策形成、制度改革、国際比較に資する基盤統計として機能することが期待される。

【参考文献】

OECD (2025), *Best Practice in Institutionalising Health Accounts: Learning from Experiences in 13 OECD Countries*, OECD Publishing, Paris

