

はじめに

本節では、オーストラリアにおける SHA 作成体制について整理する。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 AIHW が作成する国民保健勘定（NHA）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、AIHW が NHA データを SHA の分類体系にマッピングすることによって国際報告に対応している。

オーストラリアの特徴は、国内政策用の NHA と国際報告用の SHA が明確に区別されている一方で、両者が同一チームによって一体的に管理されている点にある。国内政策では NHA が中心的に用いられ、SHA の利用は主として国際比較に限られている。また、50 以上のデータソースを保健支出データベース（HED）に集約し、財源アプローチに基づいて推計を行う点、HEAC を通じてデータ提供者や州・準州政府との調整を行っている点も重要な特徴である。

本稿では、オーストラリアの NHA/SHA について、制度的位置づけ、実施体制、データソースと推計方法、公表・活用、国際機関との関係、課題を整理し、日本における SHA 政府統計化への示唆を検討する。

1. 制度的位置づけ

（1）SHA の位置づけ及び国内統計との関係

オーストラリアにおける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（Australian Institute of Health and Welfare: AIHW）が作成する国民保健勘定

（National Health Account: NHA）である。NHA は 1970 年代に始まった保健医療支出推計の歴史を持ち、30 年以上にわたって年次報告書として公表されてきた。NHA は、政府（連邦政府及び州・準州政府）、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、50 以上のデータソースから構成されている。

一方、オーストラリアでは、OECD による保健医療支出を推計するためのガイドラインである SHA（System of Health Accounts）への報告データは NHA から作成される。すなわち、AIHW はまず NHA を作成し、そのデータを SHA の分類体系に変換（マッピング）して OECD に報告するという構造をとっている。NHA と SHA はデータ・情報の大部分が共通するが、分類体系の相違に起因して、保健医療支出の構成要素には差異が生じる。

NHA と SHA のスコープの主な相違は以下の二点にある。第一に、研究開発費（R&D）及び資本形成は NHA に含まれるが SHA のコア勘定には含まれない。第二に、介護費用は SHA には含まれるが NHA には含まれない。AIHW によれば、国内の介護費用については生産性委員会（Productivity Commission）が毎年「Report on Government Services」において別途算出しており、国内政策にはそちらが用いられているとのことであった。

このように、オーストラリアでは NHA が国内の政策ニーズを相当程度充足しており、SHA は OECD への国際的義務の履行という位置づけが強い。この構造は、日本における「国民医療費」と「SHA 推計」の関係と類似しており、財源構造の把握に優れた国内統計が政策決定の中心的役割を果たし、SHA は国際比較目的で作成されるという共通のパターンが確認された。

（２）SHA の役割（国際比較及び政策分析における活用）

SHA の国内における利用は限定的であり、主に GDP 比医療費の推移グラフが注目される程度であるとの説明がなされた。政策決定者やメディアは NHA のみを参照しており、SHA データの参照は国際比較の場面に限られる。

国際比較については、AIHW は SHA に準拠した報告を毎年行っている。2023-24 年度におけるオーストラリアの保健医療支出総額は 2,705 億豪ドル（GDP 比 10.1%）であった。なお、国際比較においてオーストラリアで主流となっているのは、コモンウェルス・ファンド（The Commonwealth Fund）による多面的な国際比較であり、アクセシビリティ、費用、医療支出等の指標に基づくランキングが作成されている。2024 年版では 10 か国中総合 1 位にランクインしたとのことであった。また、疾病グループ（Disease Group）別の医療費集計にも今後取り組みたいとの意向が示され、OECD の疾病別医療費算出ワーキンググループにも参加しているとのことであった。

2. 実施体制

（１）担当機関

オーストラリアにおける NHA 及び SHA の作成は、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、保健及び福祉に関する統計・情報の開発・提供を広範に所管する。AIHW は SHA 以外にも多数の統計・研究プログラムを実施しており、政府のみならず外部からの資金も受け入れられる組織構造となっている。

NHA/SOA の作成は実質 3 名体制で行われている。チームリーダー 1 名、分析担当 1 名、取りまとめ担当 1 名という構成であり、NHA（国内向け）と SHA（国際向け）の両方を同一チームが担当している。その上にマネージャーが 1 名おり、全体を統括している。予算は NHA の作成に対して充てられており、NHA データを収集した上で SHA フォーマットへのマッピングに多くの時間を費やしているとのことであった。

（２）法的根拠の有無

AIHW は Australian Institute of Health and Welfare Act 1987 を設立根拠とする法定機関であるが、保健勘定（NHA/SOA）の作成それ自体に特化した法的権限・義務は存在しない。AIHW の広範な統計・情報提供機能の一環として実施されている。法的義務がない中で民間データの提供について、通常はデータ提供に問題が生じることはないとのことであ

った。過去に一度だけ、病院の支出区分をめぐって意見が対立しデータ提供が危ぶまれたことがあったが、交渉により解決したとの説明があった。

（３）保健委員会等の有識者との関係

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、民間セクターからの専門家で構成されており、推計の網羅性・正確性の確保及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 の下には以下の２つのグループが設置されている。第一に、法・政策グループ（Legal/Policy Group）であり、制度変更等に関する助言を行う。第二に、データグループ（Data Group）であり、データソースに関する議題を扱い、情報の表記方法やインフレーション調整等がテーマとなる。データグループの議題の一例として、実質価格（constant price）と名目価格（current price）のいずれを採用するかという議論が挙げられた。AIHW は実質価格を、州・準州は名目価格を採用しており、この違いは政治的な背景から生じたものであるとの説明があった。

さらに、技術諮問グループ（Technical Advisory Group）が HEAC の下部組織として設置されており、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。AIHW の内部レビューは AIHW 内部で別途実施されている。

HEAC における議論は NHA 関連がほとんどであるとのことであった。委員会メンバーには守秘義務が課されている。州・準州が最も強い関心を持つのは病院支出であり、これは厳格なプロセスの下で審議される政治的にセンシティブなテーマでもある。病院の財源負担割合は、連邦政府が約 40%、州・準州が約 50%程度とのことであり、この負担配分のあり方が政治的に難しい議題となっているとの説明がなされた。

（４）データ提供体制

AIHW は 50 以上のデータソースから保健医療支出データを収集している。データのほとんどは Excel 形式で受領している。連邦政府、州・準州政府、民間医療保険者、個人の支出、その他民間セクターからのデータが含まれる。

州・準州政府からのデータ提供については、HEAC の枠組みの中で調整が行われている。州・準州政府は Government Health Expenditure National Minimum Data Set（GHE NMDS）として毎年データを提出しており、AIHW は、州・準州との個別協議及び HEAC を通じて、時系列的な整合性と管轄区域間の整合性に関する見直しを行っている。民間セクターのデータについては、市販薬（OTC）の個人支出推計に IQVIA Consumer Health のデータを購入して使用している。2021-22 年度までは IRI（Information Resources Incorporated）から取得していたが、2022-23 年度以降は IQVIA に切り替えられた。

3. データソース及び推計方法

(1) 主なデータソース

NHA/SHA の推計に用いられる主なデータソースは以下のとおりである。連邦政府関連では、退役軍人省（DVA）、保健高齢者ケア省（Department of Health and Aged Care）及びその他連邦政府機関（国防省等）の支出データが使用される。また、メディケア給付制度（MBS）及び医薬品給付制度（PBS）の支出データが活用される。州・準州政府については、GHE NMDS として提出される監査済み財務諸表及び一般元帳データが中心となる。民間セクターでは、民間医療保険者からのデータ、労災保険者及び強制対人賠償自動車保険（CTPI）からのデータ、民間病院の財務データが使用される。個人の自己負担については、上記の公的制度データから給付額を控除して算出される部分と、IQVIA Consumer Health データに基づく OTC 医薬品支出の推計が含まれる。

AIHW の公表資料によれば、これらのデータソースは保健支出データベース（Health Expenditure Database: HED）に集約され、財源別（列）及び支出分野別（行）のマトリックス構造で管理されている。

(2) 推計方法

推計方法の基本的な考え方は「財源アプローチ（source of funds approach）」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とっている。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。例えば、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。州・準州レベルのデータについて、原データにおいて州・準州別の内訳が得られない場合には、人口比や医療スタッフ比率等の配分係数を用いて按分される。

データ処理は SAS を用いて行われている。データ処理や集計の自動化も検討されているが、現時点では AIHW 内部の検討段階にとどまっている。SAS から R や Python 等のオープンソースソフトウェアへの移行についても将来的な検討課題として認識されている。NHA から SHA への変換については、OECD SHA の 3 つの主要分類軸（機能分類（functions of care）、提供者分類（providers of health care services）、財源分類（health care financing scheme））に沿ったマッピングが行われる。このマッピング作業に多大な時間を要するとの説明がなされた。

物価調整については、AIHW は独自の Total Health Price Index を用いた実質価格（constant price）を報告書の基本としている。2023-24 年度における医療物価上昇率は 4.93%であり、一般物価上昇率（GNE implicit price deflator: 4.6%）をわずかに上回る「超過医療インフレ」が 0.31%認められた。

4. 公表及び活用

(1) 公表形態

NHA の推計結果は「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（Excel ファイル）を含む形で公開される。

公表スケジュールについては、会計年度（7 月 1 日～6 月 30 日）終了後、データの受領・処理・検証・分析を経て、通常 15～18 か月で報告書が公表される。公表実績として、2023-24 年度版は 2025 年 10 月 29 日に公表されている。

SHA については、NHA から派生したデータが OECD に提出される形をとっている。

（２）政策における活用状況

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。とりわけ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。

SHA は国内政策には直接的に活用されていない。前述のとおり、GDP 比医療費のグラフが注目される程度であり、政策決定者やメディアの関心は NHA に集中している。

（３）分析の展開

州・準州別のデータは分解して報告されているが、より詳細な地域レベルや年齢層別、社会経済グループ別のデータは現在の保健支出データベースでは利用できないとされている。AIHW は今後、支出のスコープをケアエコノミーにまで拡大し、高齢者介護（aged care）や障害者ケア（disability care）も含める方向で検討していることが述べられた。また、疾病グループ別の医療費集計にも取り組みたいとの意向が示された。

（４）国際機関との関係等

オーストラリアは EU 加盟国ではないものの、公的医療保障を基盤とする医療制度を有しており、欧州諸国との比較・対話がしやすい制度的共通性を持つ。また、使用言語が英語であることもあり、OECD との連携は比較的緊密であるとのことであった。実際に、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されている。

また、オーストラリアは、OECD 以外の国際的な医療制度比較においても高い評価を受けている。たとえば、Commonwealth Fund による医療制度比較でも上位に位置づけられている。Commonwealth Fund は、米国の民間財団であり、医療制度の国際比較を継続的に行っている機関である。

5. 課題

（１）データ上の制約

第一に、データサプライヤーによってデータ構造が異なるという課題がある。50 以上のデータソースが用いられるなかで、各提供者のデータフォーマットの差異が処理の複雑性を高めている。

第二に、一部の支出項目について州・準州レベルのデータが原データでは得られないケースがある。この場合、人口比等の按分係数を用いた推計が必要となり、精度の限界が生じる。

第三に、NHA の推計には現在含まれていない支出領域がある。地方政府の一部の支出、一部の非政府組織の保健支出、民間企業の産業保健支出、高度な居住型介護の保健ケア部分等が挙げられる。

（２）推計の限界

上記のデータ上の制約に加えて、推計手法及び統計体系に起因する構造的な限界がある。

第一に、州・準州レベルの内訳データが原データで得られない支出項目については、人口比等の配分係数による按分推計に依存せざるを得ず、地域別の推計精度に一定の限界が生じている。より詳細な地域レベルや年齢層別、社会経済グループ別の分析は現在の保健支出データベースの構造では対応できないとされている。

第二に、NHA から SHA への変換において、分類体系の相違に伴う技術的な困難が存在する。SHA の財源区分は NHA ほど詳細ではなく、「誰がどのサービスの財源を負担するか」という国内政策上重要な問いには NHA の方が適しているとの説明がなされた。この構造的差異は、NHA と SHA の間でマッピング作業に多くの時間を要する一因ともなっている。

第三に、AIHW の NHA と ABS の国民経済計算（SNA）は歴史的に別系統で発展してきた経緯があり、両者の間で直接的な整合性チェックは行われていない。GFS は「目的」分類、NHA は「財・サービス」分類という分類目的の違いに起因する構造的な差異が存在するが、これは体系的相違であり、現時点で統合は企図されていない。

第四に、データ処理が SAS に依存しており、50 以上の異なるフォーマットのデータソースの処理・集計における自動化が進んでいない点が、推計の効率性及び再現性の観点からの制約となっている。

（３）今後の改善に向けた取組

上記の課題を背景としつつ、AIHW では以下の改善に向けた取組が進められている。

第一に、ケアエコノミーの統合的な整理が挙げられる。高齢者介護・障害者ケアと医療の間で支出の重複が生じつつあり、これらの総合的な整理が必要であるとの認識が示された。

第二に、データ処理の自動化及び IT 環境の近代化が課題として認識されている。現在 SAS で処理を行っているが、推計手法の自動化レビューが技術諮問グループで進められている。

第三に、疾病グループ別の医療費集計への取組が計画されている。OECD のワーキンググループへの参加を通じた方法論の検討が進められている。

6. オーストラリアの特徴

オーストラリアの保健勘定の最大の特徴は、国内統計（NHA）と国際報告（SHA）が明

確に分離しつつも、同一チームが一体的に管理している点にある。NHA は 1970 年代に端を発する長い歴史を持ち、国内の政策ニーズに最適化された独自の分類体系を有している。SHA は NHA からの派生として位置づけられ、OECD への国際報告義務を果たすために作成されている。

医療制度の観点からは、オーストラリアは Medicare 制度によるユニバーサル・ヘルスケアを基盤としつつ、公的保険と民間医療提供の混合モデルを採用している。EU 諸国と比べて民間セクター（民間病院、民間保険等）の役割がより大きく、この点が保健勘定の作成にも反映されている。

連邦制の国家構造も重要な特徴である。病院サービスの財源は連邦政府が約 40%、州・準州が約 50%を負担しており、この負担配分は政治的にセンシティブな議題である。HEAC を通じた州・準州との調整プロセスは、データの信頼性確保と政治的合意形成の両面で不可欠な機能を担っている。

保健勘定に特化した法的権限を持たないにもかかわらず、AIHW という独立の法定機関が安定的に作成を継続できている点も注目に値する。AIHW は保健勘定以外にも広範な事業を実施しており、組織としてのレジリエンスが保健勘定の持続性を支えている。

NHA と SHA の関係性に関する日本への示唆として、オーストラリアの事例は、国内の政策ニーズに最適化された統計（NHA）を中核としつつ、国際報告義務にはマッピングによって対応するという合理的なアプローチを示している。国内統計と国際報告の使い分けという点では日本の「国民医療費」と「SHA」の関係と極めて類似した構造がみられ、今後の日本の SHA 推計体制の検討において参考となる事例である。

