

OECD A System of Health Accounts準拠の 国民保健計算に関する研究

サカマキ ヒロユキ イシイ サトシ クボタ ケン
坂巻 弘之*1 石井 聡*2 久保田 健*3

目的 経済開発協力機構（OECD）により作成された「国民保健計算 National Health Account（NHA）」の推計方法である「国民保健計算の体系A System of Health Accounts（SHA）」に準拠したわが国の1998年度（平成10年度）の保健医療支出の推計を行うとともに、国際的にみたわが国の保健医療支出推計における課題を検討した。

方法 SHAマニュアルに基づき、平成10年度版「国民医療費」および各種衛生関係公表資料を用い、推計を行った。

結果 1998年度の「総保健医療支出Total Health Expenditure」の推計値は、約36兆6580億円であった。このうち、「設備投資分」2兆2171億円を除いた「総経常保健医療支出」は約34兆4409億円であった。この値を1998年度の国民医療費との比較でみると、国民医療費は約29兆8000億円であり、総保健医療支出では約23%、総経常保健医療支出で約15%多い金額であった。

結論 国際基準に基づく国民保健計算の推計手法を確立したことにより国際比較の質についての改善が図られ、多次元テーブルでの推計値は医療行政の政策利用の可能性をより高めることができた。今後も、保健医療費支出の多岐にわたる分析を踏まえた医療制度改革の方向性を検討することが重要であり、継続的な研究が必要と考えられた。

キーワード 保健医療支出、国民保健計算、国民医療費、OECD、A System of Health Accounts（SHA）

I 緒 言

毎年、厚生労働省統計情報部から公表される「国民医療費」は、「当年度において医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したもの」¹⁾であり、具体的には、わが国の医療保障制度の下での当該年度診療分に対する給付額を求め、これに伴う患者の一部負担額と、医療費の全額を患者が支払う全額自費を推計し、算出している。医療政策において保健医療支出推計は中核となるべき情報であるにもかかわらず、基本的に医療保険の範囲の下での医療に関する包

括的な支出を推計するとの性格が強く、推計範囲が限定されているため、政策目的や国際比較に適さないとの問題がある。

健康に対する国民の意識の高まりにより、予防や健康増進、健康管理へのニーズが高まっているにもかかわらず、国民医療費からは正常分娩や歯科自由診療、療養環境の特別なアメニティのような医療保険の対象外の項目、予防や健康管理などが除外されており、また、医療システムの運営にかかわる費用、医療機関の運営および施設整備のための補助金なども、実質的に社会が負担している医療支出の一部と考えるべ

* 1 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長・主席研究員

* 2 同主任研究員 * 3 元同国際部長

きであるが、これらも除外されており、政策的な議論のベースとして必要な情報が含まれていないことが問題として指摘できる。

さらに、政策的には、医療提供セクターごとにどのような保健医療サービスが提供されているか、あるいはどの財源から投入されているかなどの情報も重要である。これまでのわが国における医療政策は、医療保険の財源に関する医療費政策と医療提供体制の整備に関する政策とが独立して展開してきたという特徴がある²⁾。近年、重要な政策課題となっている医療機関の機能分化を進めるに当たっては、提供者ごとにどのようなサービスが担われ、提供されている各サービスがどのような財源から支出されているかについて明らかにすることの必要性も増している。

医療政策議論において医療費の国際比較も重要であるが、国際比較においてわが国の国民医療費の推計範囲が限定されていることの問題に加えて、医療支出の細項目について各国ごとの定義の整合性も考慮しなければならない。国民医療費では、サービス種類・機能別支出の推計がされていないこともあって、これまで医療機能の細目に関する定義の議論が行われずにきたが、細項目レベルでの定義を明確にした上での比較可能性を検討する必要がある。

国の保健医療支出は、傷病の治療に要する医療費にとどまらず、健康増進・疾病予防、健康管理、あるいは医療保障の運営費や設備整備などを含めて考える必要がある。こうした保健医療に関する支出は「国民保健計算」(National Health Accounts: NHA)とよばれ、保健医療に関するマネジメントを監視し、政策を評価するための一つの指標である。

国民保健計算は、国民経済における保健医療部門の完全な統計値であり、国内で保健医療に関連して支出された財、サービス購入のためのすべての金額について、支出項目ごとに機能面、財源面などについて明確に定義した上で、複数の項目からなるマトリックスとして提供される³⁾。すなわち、国民保健計算の推計においては、①医療制度、健康政策のすべてのコンポー

ネントを包括的(comprehensive)に、②地域、財源、年齢、など分析の目的に応じて多次元的(multi-dimensional)に記述される必要がある。さらに、③経時的な比較を行うことができるよう整合的(consistent)な分析手法により推計されなければならない。

こうした観点から、医療経済研究機構では、1995(平成8)年度から、「国内総医療支出」(Total Domestic Health Expenditure; 以下「TDHE」)の概念を定義し、国際比較可能性を高めるとともに、より政策目的に沿った医療支出推計を行ってきた⁴⁾。また、医療支出の国際比較に関連する指標としては、一般に「経済開発協力機構」(Organisation for Economic Co-operation and Development; 以下「OECD」)が毎年推計している「総保健医療支出」(Total Health Expenditure; 以下「THE」)が用いられてきた。THEは、国民医療費をベースに内閣府社会総合研究所(旧経済企画庁経済研究所)が推計を行っている「国民経済計算体系」(A System of National Accounts; 以下「SNA」)統計から推計した値が基本となっており⁵⁾、毎年、OECDから「OECD Health Data」として公表されている。THEは国民医療費に比べて約3割多い金額となっており、マクロの保健医療支出推計としては、より適した値であるといわれていた。しかしながら、これまでのTHEは、推計プロセスが明らかでないこと、各項目の定義が各国ごとの判断によっており不明確であること、項目間の整合性が要求されていないことなどがあり、厳密な意味での国際比較には、なお問題を残していた。

そこで、2000年からOECDは新たな保健医療に関する支出の推計方法として「国民保健計算の体系」(A System of Health Accounts; 以下「SHA」)⁶⁾を発表し、加盟各国に参加を呼びかけてきた。

この新たな推計手法は、各国の保健医療支出の範囲とともに細目も定義を明確化することで国際比較可能性を高め、機能、提供主体、財源別マトリックスでの推計を行うことで、各国での政策利用性も高めているとの特徴がある。

本研究は、SHAに準拠したわが国の1998年度（平成10年度）の保健医療支出の推計をもとに、国際的にみたわが国の保健医療支出推計における課題を明らかにすることを目的として実施したものである。

II 方 法

本研究においては、SHAマニュアル第1版⁶⁾をもとにSHA準拠の保健医療支出推計手法の確立を行うこととした。SHAは、保健医療活動の全分野を対象とした包括的な「国際保健勘定分類」(International Classification for Health Accounts；以下「ICHA」)を提供しており、「機

能別分類」(Functions of Health Care；ICHA-HC)、「供給主体別分類」(Providers of Health；ICHA-HP)、「財源別分類」(Sources of Funding；ICHA-HF)の3次元で構成されている(表1)。SHAでは、これらの勘定分類とともに、機能別、供給主体別、財源別それぞれの3次元、2次元のマトリックス形式の表についても定義がなされているところに特徴がある。

各項目の数値において、大分類と中分類及び中分類と小分類の間には勘定計算としての整合性が要求されており、大分類は中分類の合計であり、中分類は小分類の合計にならなければならない。同様に、各次元間も勘定計算としての整合性が図られている必要があり、推計過程に

表1 国際保健勘定分類 International Classification for Health Account

①機能別分類 Classification of Functions of Health Care；HC		
HC.1	治療サービス	Services of Curative Care
HC.2	リハビリサービス	Services of Rehabilitative Care
HC.3	長期看護サービス	Services of Long-Term Nursing Care
HC.4	補助的保健医療サービス	Ancillary Services to Health Care
HC.5	外来患者への医療用品供給	Medical Goods Dispensed to Out-Patients
HC.6	予防および公衆衛生サービス	Prevention and Public Health Services
HC.7	保健管理および健康保険	Health Administration and Health Insurance
HC.R.1	保健医療供給施設の資本形成	Capital Formation of Health Care Provider Institutions
HC.R.2	保健医療従事者の教育および訓練	Education and Training of Health Personnel
HC.R.3	保健医療における研究および開発	Research and Development of Health
HC.R.4	食物、衛生および飲料水の管理	Food, Hygiene and Drinking Water Control
HC.R.5	環境衛生	Environmental Health
HC.R.6	疾患や障害のある生活を支援する社会福祉の管理および供給	Administration and Provision of Social Services in Kind to Assist Living with Disease and Impairment
HC.R.7	保健に関する現金給付の管理および供給	Administration and Provision of Health-Related Cash-Benefits
②供給主体別分類 Classification of Providers of Health Care；HP		
HP.1	病院	Hospitals
HP.2	看護施設および宿泊設備のある看護施設	Nursing and Residential Care Facilities
HP.3	救急医療施設	Providers of Ambulatory Health Care
HP.4	医療用品小売、その他の供給者	Retail Sale and Other Providers of Medical Goods
IIP.5	公衆衛生プログラムの供給および管理	Provision and Administration of Public Health Programmes
HP.6	一般健康管理および保険	General health administration and insurance
HP.7	その他の産業（その他経済分野）	Other Industries (Rest of the Economy)
HP.9	海外分	Rest of the World
③財源別分類 Classification of Sources of Funding；IIF		
IIF.1	政府	General Government
HF.1.1	社会保障基金を除く政府	General Government Excluding Social Security Funds
HF.1.2	社会保障基金	Social Security Funds
HF.2	民間部門	Private Sector
HF.2.1	民間の社会保険	Private Social Insurance
HF.2.2	民間の保険会社（社会保険以外）	Private Insurance Enterprises (other than Social Insurance)
HF.2.3	各世帯の自己負担支出	Private Household Out-of-Pocket Expenditure
HF.2.4	世帯にサービスを提供する非営利団体（社会保険以外）	Non-Profit Institutions Serving Households (other than Social Insurance)
HF.2.5	企業（健康保険以外）	Corporations (other than Health Insurance)
HF.3	海外分	Rest of the World

注 表には、大項目を中心に掲載しているが、大項目の下に中項目、小項目が定義されているものもある（財源別分類のみ中項目まで掲載）。また、HP分類のHP.8は欠番となっている。

において、機能別及び財源別分類による2次元分類での推計を行いながら供給主体別分類を加えた2次元以上のテーブルを作成した。

推計は、国民医療費を基本として、主に間接

費用部分の推計はTDHEのデータソースを使用した⁴⁾。また、小分類レベルで国民医療費の項目から細分化して推計する場合には公表統計資料を基に按分根拠となる数値を作成し、推計を

図1 機能分類の構造と推計値(1998年)

(単位: 百万円)

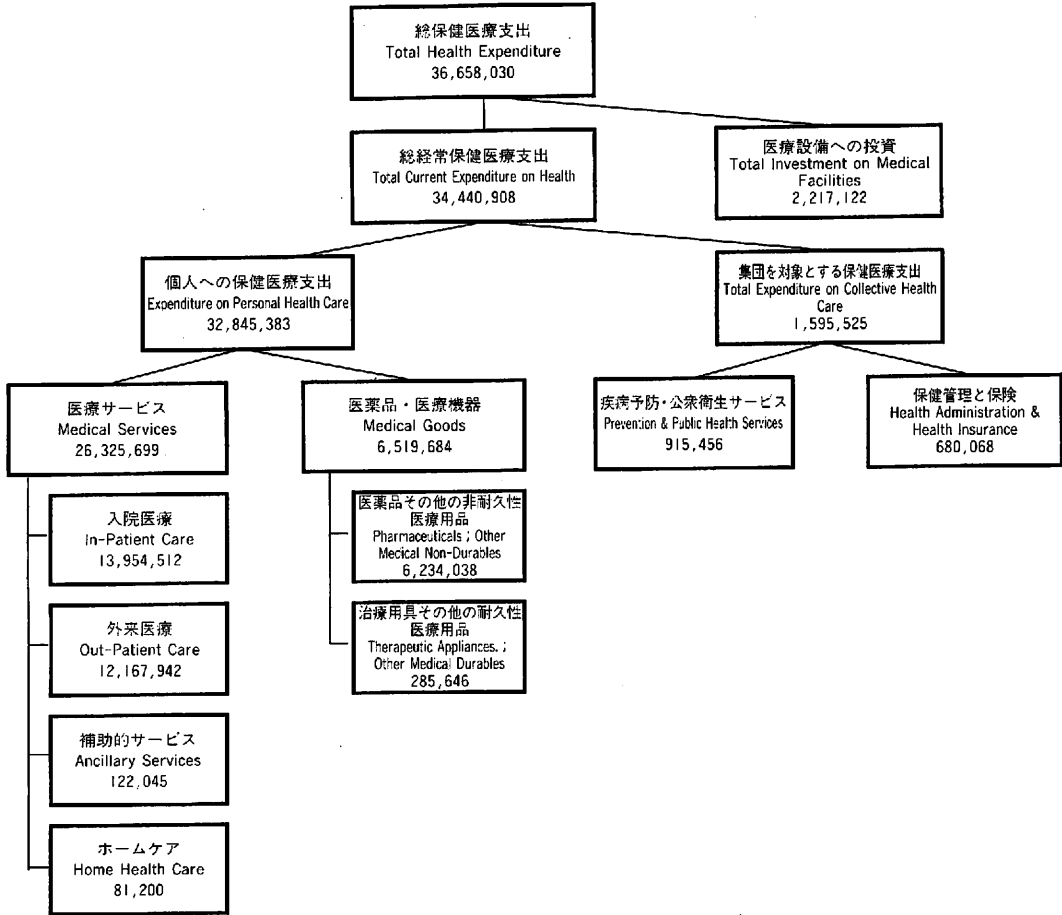


図2 供給主体別保健医療支出(1998年, 単位: 百万円)

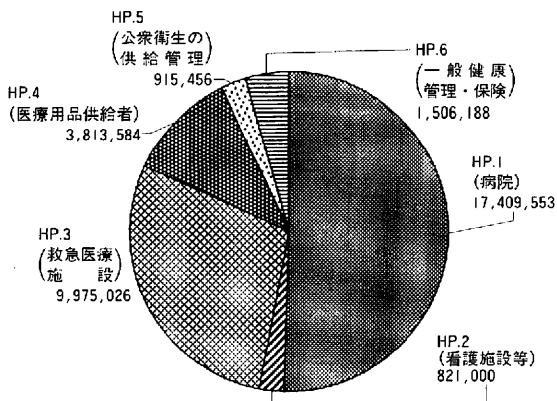
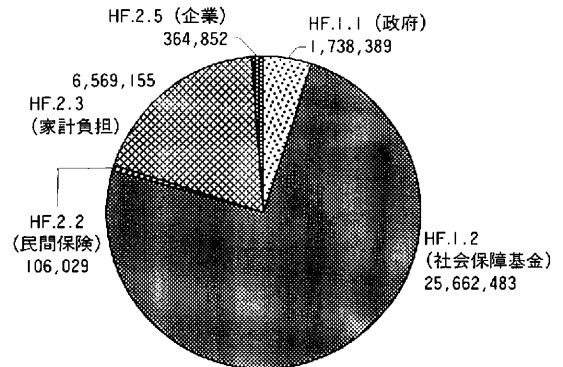


図3 財源別保健医療支出(1998年, 単位: 百万円)



行った。推計に当たっては以下の点に留意した。推計手法の詳細は、文献7を参照されたい⁷⁾。

- ・再現性の確保：基本的に公表統計資料を使用する。
- ・継続性の確保：極力、継続的に刊行される統計資料を使用する。
- ・効率性の確保：推計に必要な入力データシートから、OECD Health Dataの項目を算出するワークシートを作成する。

Ⅲ 結 果

(1) 1998年総保健医療支出の概況

SHAに基づく1998年度の総保健医療支出（THE）の推計値は、約36兆6580億円であった。

図1に機能別分類の構造を示したが、「設備投資分」（Total Investment on Medical Facilities）2兆2171億円を除いた「総経常保健医療支出」（Total Current Expenditure on Health）は約34兆4409億円であった。この値を1998年度の国民医療費との比較でみると、国民医療費は約29兆8000億円であり、総保健医療支出では約23%、総経常保健医療支出で約15%多い金額であった。

間接費部分である「集団を対象とする総保健医療支出」（Total Expenditure on Collective Health Care）のうち、「疾病予防・公衆衛生サービス」（Prevention and Public Health）が9155億円、「保健管理と健康保険」（Health Administration & Health Insurance）が6801億円であった。また、「個人への保健医療支出」

表2 機能別分類×供給主体別分類×財源別分類テーブル

(Current Expenditure on Health by Function of Care, Provider and Source of Funding : Table.1)

支出内訳	ICHA-HC 機能分類	ICHA-HP 供給主体 分類	経常保健 医療支出	HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF.2
				政府	社会保障 基金を 除く政府	社会保障 基金	民間部門
入院患者（日帰りを含む） リハビリサービス 総合病院 専門病院 看護施設および宿泊設備のある看護施設 その他の施設 長期看護サービス 総合病院 専門病院 看護施設および宿泊設備のある看護施設 その他の施設	HC.1.1：1.2：2.1：2.2 HC.3.1：3.2	全産業 HP.1.1 HP.1.2+1.3 HP.2 その他 全供給主体 HP.1.1 HP.1.2+1.3 HP.2 その他	13 954 512 13 133 512 10 361 440 2 245 246 526 826 821 000 821 000	12 283 806 11 618 206 9 140 703 1 996 135 481 368 665 600 665 600	1 549 905 1 217 105 780 156 436 949 332 800 332 800	10 733 901 10 401 101 8 360 546 1 559 187 481 368 332 800 332 800	1 670 706 1 515 306 1 220 737 249 110 45 458 155 400 155 400
外来患者・リハビリサービス 病院 診療所 歯科診療所 その他の診療所 外来ケア施設 その他の施設	HC.1.3：2.3	全供給主体 HP.1 HP.3.1 HP.3.2 HP.3.3 HP.3.4 その他	12 167 842 4 311 997 5 363 345 2 492 500	9 893 708 3 538 330 4 403 526 1 951 852	13 842 13 842	9 879 865 3 538 330 4 389 684 1 951 852	2 274 135 773 668 959 819 540 648
ホームヘルスケア	HC.1.4：2.4：3.3	全供給主体	81 200	77 000		77 000	4 200
補助的保健医療サービス	HC.4	全供給主体	122 045	122 045		122 045	
外来患者への医療用品供給 医薬品その他の非耐久医療用品 処方薬 一般用医薬品 その他の非耐久医療用品 治療用具その他の耐久医療用品 眼鏡その他の視覚製品 整形医療用具その他の人工装具 その他耐久医療品	HC.5 HC.5.1 HC.5.1.1 HC.5.1.2 HC.5.1.3 HC.5.2 HC.5.2.1 HC.5.2.2 HC.5.2.3-5.2.9	全供給主体	6 519 684 6 234 038 4 707 900 1 493 001 33 137 285 646 247 372 38 274	3 899 588 3 863 199 3 863 199 36 389 36 389 36 389	36 389 3 863 199 3 863 199 36 389 36 389 36 389	3 863 199 2 620 096 2 370 839 844 701 1 493 001 33 137 249 257 247 372 1 885	
予防および公衆衛生サービス	HC.6	全供給主体	915 456	550 604	138 252	412 352	364 852
保健管理および健康保険	HC.7	全供給主体	680 068	574 040		574 040	106 029
経常保健医療支出	HC.1-HC.7	全供給主体	34 440 808	27 400 790	1 738 389	25 662 401	7 040 018

注：按分計算の関係で、図1～3の数値と一致しない部分がある。

(Expenditure on Personal Health Care) 32兆8454億円のうち「医療サービス」(Medical Services) 支出が26兆3257億円、医薬品・医療機器(Medical Goods) 支出が6兆5200億円であった。

図2, 3に示すように、供給主体別では、「病院」(Hospitals)が17兆4096億円と最も多く、次いで「救急医療施設等」(Ambulatory Health Care, 定義上、わが国では診療所等に相当する；著者注) 9兆9750億円、「医療用品供給者」(Retail Sales and Other Providers of Medical Goods, 薬局、薬店など；著者注) 3兆8136億円の順であり、財源別でみると、「社会保障基金」(Social Security Fund) によるものが25兆6625億円と全体の75%を占めていた。

ICHA-HF財源分類

HF.2.1+HF.2.2			HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	HF.3
民間保険	HF.2.1	HF.2.2	各世帯 の自己 負担支出	世帯にサービ スを提供する 非営利団体 (世帯保証人)	企業 (健康保 険以外)	海外分
	民間の 社会保険	民間の 保険会社 (社会保 険以外)				
			1 670 706 1 515 306 1 220 737 249 110 45 458 155 400 155 400			
			2 274 135 773 668 959 819 540 648			
			4 200			
			2 620 096 2 370 839 844 701 1 493 001 33 137 249 257 247 372 1 885			
					364 852	
106 029		106 029				
106 029		106 029	6 569 137		364 852	

(2) 機能別、供給主体別、財源別分類での多 次元テーブルの推計結果

SHAでは多次元テーブルはTable.1からTable.10まで定義されている。ここでは、このうちの以下のTable.1～Table.4についての推計結果を表2から表5に示した。

- ・総経常保健医療支出における機能別分類×供給主体別分類×財源別分類の3次元テーブル(表2；SHAにおけるTable1：Current Expenditure on Health by Function of Care, Provider and Source of Fundingに相当。以下同じ)
- ・総経常保健医療支出における機能別分類×供給主体別分類の2次元テーブル(表3；Table2：Current Expenditure on Health by Function of Care and Provider Industry)
- ・総経常保健医療支出における供給主体別分類×財源別分類の2次元テーブル(表4；Table3：Current Expenditure on Health by Provider Industry and Source of Funding)
- ・総経常保健医療支出における機能別分類×財源別分類の2次元テーブル(表5；Table4：Current Expenditure on Health by Function of Care and Source of Funding)

各表からは、各機能がどの供給主体により提供されているか、あるいは、各機能がどの財源から賄われているかなどの情報が含まれる。例えば表2では、急性期入院医療費の一般病院における社会保障基金負担分は約8兆3605億円、同じく自己負担支出部分は約1兆2207億円であることなど、機能別分類×供給主体別分離×財源別分類の3次元での分析が可能になる。

同様に表3では、入院外医療費の病院分支出は約3兆6296億円、同じく一般診療所部分は約5兆3495億円であるなど機能と供給主体との関係が、表4では、病院費用の公費負担分は約4048億円、社会保障基金部分は約14兆5294億円であるなど供給主体と財源との関係がわかり、表5からは、外来患者への医療用

表3 機能別分類×供給主体別分類テーブル

(Current Expenditure on Health by Function of Care and Provider Industry ; Table.2)

支出内訳	ICHA-HC 機能分類	HP.1	HP.2	HP.3	HP.3.1	HP.3.2	HP.3.3	HP.3.4	HP.3.5
		病院	看護施設 および宿泊 設備のある 看護施設	救急医療施設	診療所	歯科診療所	その他の 診療所	外来ケア 施設	臨床検査 および診断 センター
入院医療		11 794 408	821 000	526 826	526 826				
リハビリサービス	HC.1.1 : 2.1	11 794 408	821 000	526 826	526 826				
長期看護サービス	HC.3.1								
デイケアサービス									
リハビリサービス	HC.1.2 : 2.2								
長期看護サービス	HC.3.2								
外来医療		3 629 584		7 842 003	5 349 503	2 492 500			
外来患者へのリハビリサービス	HC.1.3 : 2.3								
基礎医療および診断サービス	HC.1.3.1	3 629 584		5 349 503	5 349 503				
外来患者の歯科治療	HC.1.3.2			2 492 500		2 492 500			
その他の専門医療	HC.1.3.3								
その他の外来医療	HC.1.3.3								
ホームケア		81 200							
リハビリサービス	HC.1.4 : 2.4	10 600							
長期看護サービス	HC.3.3	70 600							
補助的保健医療サービス	HC.4	122 045							
外来患者への医療用品供給	HC.5	1 782 316		1 606 197	1 578 297	27 900			
医薬品その他の非耐久性医療用品	HC.5.1	1 782 316		1 606 197	1 578 297	27 900			
治療用具その他の耐久性医療用品	HC.5.2								
個人への保健医療支出		17 409 553	821 000	9 975 026	7 454 626	2 520 400			
予防および公衆衛生サービス	HC.6								
保健管理および健康保険	HC.7								
経常保健医療支出		17 409 553	821 000	9 975 026	7 454 626	2 520 400			

注 按分計算の関係で、図1～3の数値と一致しない部分がある。

表4 供給主体別分類×財源別分類テーブル

(Current Expenditure on Health by Provider Industry and Source of Funding ; Table.3)

支出内訳	ICHA-HP 供給主体 分類	経常保健 医療支出	HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF.2	
			政府	社会保障 基金を除く 政府	社会保障基金	民間部門	民間保険
医療器具と供給業者のサービス							
病院	HP.1	34 363 190 17 331 936	27 351 173 14 934 222	1 738 389 404 827	25 612 784 14 529 395	7 012 018 2 397 713	106 029
看護施設および宿泊設備のある看護施設	HP.2	821 000	665 600	332 800	332 800	155 400	
救急医療施設	HP.3	9 975 026	8 121 564		8 121 564	1 853 462	
診療所	HP.3.1	7 454 626	6 147 864		6 147 864	1 306 762	
歯科診療所	HP.3.2	2 520 400	1 973 700		1 973 700	546 700	
その他の診療所	HP.3.3						
外来ケア施設	HP.3.4						
臨床検査および診断センター	HP.3.5						
在宅ケアサービス供給	HP.3.6						
その他の救急医療施設	HP.3.9						
医療用品小売その他の供給者	HP.4	3 813 584	1 679 022	36 389	1 642 633	2 134 562	
薬剤師	HP.4.1	2 001 800	1 642 633		1 642 633	359 167	
その他の医療用品の小売	HP.4.2-4.9	1 811 784	36 389	36 389		1 775 395	
公衆衛生プログラム供給および管理	HP.5	915 456	550 604	138 252	412 352	364 852	
一般健康管理および保険	HP.6	1 506 188	1 400 160	826 120	574 040	106 029	106 029
政府による健康管理	HP.6.1	826 120	826 120	826 120			
社会保障基金	HP.6.2	574 040	574 040		574 040		
その他の社会保険	HP.6.3						
その他の（民間）保険	HP.6.4	106 029				106 029	106 029
その他の健康管理提供者	HP.6.9						
その他の産業（その他経済分野）	HP.7						
職業上の保健医療サービス供給者の施設	HP.7.1						
在宅ケア供給者としての一般世帯	HP.7.2						
保健医療二次生産者としてのその他の産業	HP.7.9						
海外分	HP.9						

注 按分計算の関係で、図1～3の数値と一致しない部分がある。

ICHA-HP供給主体分類												その他の 産業	その他
HP.3.6	HP.3.9	HP.4	HP.4.1	HP.4.2-4.9	HP.5	HP.6	HP.6.1	HP.6.2	HP.6.3	HP.6.4	HP.6.9	HP.7	HP.9
在宅ケア サービス 供給	その他の 救急医療 施設	医療用品 小売その他 の供給者	薬剤師	その他の 医療用品 の小売	公衆衛生 プログラム 供給および 管理	一般健康管理 および保険	政府による 健康管理	社会保障 基金	その他の 社会保険	その他の (民間)保険	その他の 健康管理 供給者	その他の 産業	海外分
		682 414 682 414	682 414 682 414			812 278 812 278	812 278 812 278						
						13 842 13 842	13 842 13 842						
		3 131 170 2 845 524 285 646	1 319 386 1 319 386	1 811 784 1 526 138 285 646									
		3 813 584	2 001 800	1 811 784		826 120	826 120						
					915 456	680 068		574 040		106 029			
		3 813 584	2 001 800	1 811 784	915 456	1 506 188	826 120	574 040		106 029			

品供給の社会保障基金負担分は約3兆8632億円、患者自己負担部分は約2兆6201億円などのように機能と財源との関係を分析することが可能となった。

IV 考 察

国民保健計算は、医療政策における根幹になる情報であり、推計手法の国際標準としてのSHAの導入が世界各国で検討されている。OECD加盟国のほとんどの国で、その国の保健医療支出の推計手法をSHAに準拠したものに作りかえるか、現存する医療費の統計、報告に訂正を加えて、SHA準拠の報告を国内で利用する国民保健計算とは別に行うのかという議論が行われている。

さらに、OECD加盟国以外でもSHAの導入は盛んに検討がなされている。1999年12月、OECDと「世界保健機関」(World Health Organization; 以下「WHO」との間で国民保健計算とそのデータについて国際的な統一基準の必要性

ICHA-HF財源分類					
HF.2.1+HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	HF.3	
民間の 社会保険	民間の保険会社 (社会保険以外)	各世帯 の自己 負担支出	世帯にサービス を提供する 非営利団体 (社会保険以外)	企業 (健康保 険以外)	海外分
	106 029	6 541 137 2 397 713		364 852	
		155 400			
		1 853 462 1 306 762 546 700			
		2 134 562 359 167 1 775 395			
				364 852	
	106 029				
	106 029				

が確認されるとともに、中・低位の所得水準国に対して国民保健計算の開発の指針となる「国民保健計算実施ガイド」(National Health Accounts Producer's Guide)の作成が行われることとなった。そこでは、SHIAと同じ原則が貫かれており、国際分類であるICHAに基づく分類を国内にも当てはめることを推奨している。ほかに、南米地域での「汎米保健機関」(Pan American Health Organization ; PAHO)によるSHAマニュアルのスペイン語訳の刊行、OECD事務局からの中東欧各国に対するSHA導入についての援助などが行われる予定である。

また、アジア、特に環太平洋地域の国々では、1998年にバンコクで開かれた「アジア太平洋地域医療経済ネットワーク」(Asia Pacific Health Economics Network ; APHEN)で、国民保健計算の導入に関するネットワークの必要性が取り上げられ、各国の国民保健計算にかかわる実務担当者、世界銀行やWHOなど国民保健計算導入を支援する機関の代表者、国民保健計算の技術者からなるネットワークが構築された。このネットワーク、「アジア太平洋国民保健計算ネットワーク」(Asia Pacific-National Health Account Network ; AP-NHAN)では、2001年の会議で加盟国に対し、各国の国民保健計算構築に際してはSHAを基本的な設計図として推奨することが決定され、すでにスリ

ランカ、香港ではSHAの導入実験が始められている。

以上のように、SHAに基づく国民保健計算は、OECD加盟国にとどまらず、世界各国で導入される傾向にあり、今後、国民保健計算推計手法の世界標準になるものと推測される。

こうした背景の下、わが国においてもSHAに準拠した国民保健計算の推計が求められ、今回の研究において、われわれは、SHAに準拠し、継続的な推計を可能とする国民保健計算の推計手法を確立した。

その結果、国際基準に基づく国民健康計算推計値をOECD Health Data 2001の値として報告することで、国際比較における質の改善が図られたと考えられ、また、国民医療費には存在していなかった多次元テーブルについても計算を行うことで政策評価の可能性をより高める医療統計を提供することができたと考えられる。

多次元テーブルによる推計結果の評価に関しては、現在のところ、OECD加盟国での多次元テーブルが公表されていないため、国際比較の下でのわが国の医療支出の特徴は明言できないが、テーブルから各機能がどの供給主体から提供されているかが明らかになると考えられる。

例えば、表3をみてわかるように、IIP.1「病院」が提供する機能は、入院医療が約11.8兆円(68%)のほか、外来医療3.6兆円(21%)、外来

表5 機能別分類×財源別分類テーブル

(Current Expenditure on Health by Function of Care and Source of Funding ; Table.4)

支出内訳	ICHA-HP 機能主体	経常保健 医療支出	HF.1				
			政府	HF.1.1	HF.1.2	HF.2	
				社会保障 基金を除く 政府	社会保障基金	民間部門	民間保険
ヘルスケアの現行支出		34 440 908	27 400 872	1 738 389	25 662 483	7 040 036	106 029
パーソナルヘルスケアサービス		26 203 654	22 254 596	1 563 748	20 690 848	3 949 059	
入院患者サービス		13 954 512	12 283 806	1 549 905	10 733 901	1 670 706	
デイケアサービス							
外来患者サービス		12 167 942	9 893 790	13 842	9 879 947	2 274 153	
ホームケアサービス		81 200	77 000		77 000	4 200	
ヘルスケアの補助的サービス	HC.4	122 045	122 045		122 045		
外来患者への医療用品供給	HC.5	6 519 684	3 899 588	36 389	3 863 199	2 620 096	
医薬品その他の非耐久性医療用品	HC.5.1	6 234 038	3 863 199		3 863 199	2 370 839	
治療用具その他の耐久性医療用品	HC.5.2	285 646	36 389	36 389		249 257	
パーソナルヘルスケアサービスと器具	HC.1- HC.5	32 845 383	26 276 228	1 600 137	24 676 092	6 569 155	
予防および公衆衛生サービス	HC.6	915 456	550 604	138 252	412 352	364 852	
保健管理および健康保険	HC.7	680 068	574 040		574 040	106 029	106 029

注 按分計算の関係で、図1～3の数値と一致しない部分がある。

患者への医療供給（医薬品、医療用具等）1.8兆円（10%）をそれぞれ占めているなど、わが国の提供主体ごとの機能別支出が明らかになった。また、外来への医療供給の軸からみると、病院、診療所をあわせて3.4兆円（52%）であり、HP. 4「医薬品小売等」3.1兆円（48%）以上の額が支出されている。このように多次元で健康医療支出をみることで、マクロ的に各供給主体がどのような機能を担っているかなどの評価が可能となったといえる。

一方、本研究における問題点としては、次の2点が挙げられる。1点目は、データソースの限界による推計結果への影響である。2点目は、項目分類の境界の問題である。

研究方法でも述べたように、本研究では推計に用いたデータは大部分が公表統計資料である。そのため、継続性は確保されていると言えるが、逆にデータを十分に得られていない場合があることも事実である。この問題は、柔道整復・鍼灸、歯科自由診療、高度先進医療などの医療保険適用外部分（特定療養費を含む）について顕著である。

今回の推計では、十分なデータが得られなかったために、定義上（概念上）は存在する分類項目の費用が計上されていない、または過小推計になっている部分がある。この問題は、諸外国においても存在するはずであるが、OECD

IHealth Dataでは、これまでのところ各国のデータソースに関する情報が不十分なため、実態を把握することは困難である。

また、SHAにより項目分類の境界については、かなり明確になったと言えるが、各国の項目分類の整合性がすべて取れているわけではない。例えば、医薬品では、伝統医療(Traditional Medicines)や補助的健康食品(Dietary Supplements)が国により費用に計上されている場合とそうではない場合があると推測される。

したがって、国際比較を行う場合は、上記の点について留意する必要がある。支出が計上されていない項目は、制度上存在していないのか、あるいは、データソースの限界により推計不可能なのかについて、各国の制度に関する理解をもとに峻別することが求められる。

本研究を通してわが国の医療支出推計の推計プロセスが明確化されたとともに、国民保健計算に関する今後の課題が明らかになった。第一の課題としては、SHAに基づく国民保健計算に不足しているデータが明確になったことによる、これらのデータ収集システムの整備・構築があげられる。第二が、介護保険制度導入に伴う2000年度以降の推計における医療費の範囲や推計手法の見直しである。介護に近い保健医療サービスはこれまで福祉サービスに含まれていたため、データが極めて不足していた領域もあるが、今後、介護保険制度導入によるデータ整備がなされることが期待できる。これらの統計データの整備により、未推計あるいは過小推計されていた項目の一層の精緻化が期待される。そして、過去の総保健医療支出推計との整合性を図るためにも、過去に遡った推計も行う必要がある。

今後、各国からの国民保健計算に関する情報の開示が進むことにより、SHAの部分的な見直しも考えられ、項目の境界についての問題も解決されるものと期待されるが、今後もわが国における医療経済研究において、保健医療支出の多岐にわたる分析を踏まえた医療制度改革の方向性を検討することが重要であり、継続的な研究が望まれる。

ICHA-HIF財源分類					
HF2.1+HF2.2		HF2.3	HF2.4	HF2.5	HF3
HF2.1	HF2.2	各世帯の自己負担支出	医療サービスを提供する非営利団体(社会保険外)	企業(健康保険以外)	
民間の社会保険	民間の保険会社(社会保険以外)				海外分
	106 029	6 569 155 3 949 059 1 670 706 2 274 153 4 200		364 852	
		2 620 086 2 370 839 249 257			
		6 569 155			
	106 029			364 852	

謝辞

本研究は、平成12年度厚生科学研究補助金特別研究事業「OECD A System of Health Accounts準拠の医療費推計に関する研究」により実施したものである。本稿執筆にあたり多大のご指導をいただいた慶應義塾大学大学院経営管理研究科田中 滋教授、ならびに医療経済研究機構井原辰雄研究主幹に心から御礼申し上げる。

文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部編、平成11年度国民医療費、財団法人厚生統計協会、2001。
- 2) 池上直己、ジョン・C・キャンベル、日本の医療—統制とバランス感覚、中央公論、1996。
- 3) Rice, D., Cooper, B., and Gibson, R. U.S. national health accounts: Historical perspectives, current issues, and future projections. In Emile Levy (ed.) *La Sante Fait Ses Comptes (Accounting for Health)*, Paris. Economica. 1982.
- 4) 田中 滋、国内総医療支出(TDHE)に関する研究—共通尺度による日米独医療費国際比較—、医療経済研究 1999; Vol 6: 77-95.
- 5) 勝又幸子、日米医療費支出の比較研究、厚生指標 1993: 40(8): 19-29.
- 6) Organisation for Economic Co-operation and Development. *A System of Health Accounts*. Paris: OECD Publications. 2000.
- 7) 医療経済研究機構、OECD A System of Health Accounts準拠の医療費推計に関する研究報告書。

東京：医療経済研究機構、2001。

注

本稿中の用語の多くは、「A System of Health Accounts」で用いられているものを著者らが試訳したものであるが、保健医療制度が各国間で異なることもあって日本語訳では十分に意が通じない場合もある。そこで、重要と思われる用語については日本語訳と原語を併記した。

National Health AccountsおよびA System of Health Accountsについては、「国民経済計算体系」System of National Accounts (SNA) を参考に「国民保健計算」および「国民保健計算の体系」とした。

国民保健計算は勘定の性格をもち、構造的に細目ごとの支出が示されているものであり、保健医療に関する支出総額である「総保健医療支出」(Total Health Expenditure: THE) と区別する必要がある。

なお、OECD Health DataのTotal Health Expenditureは「総医療支出」と訳されることもあるが(文献5など)、われわれは、「Health」および「Health Care」については、医療以外の領域も含まれることを明確にする趣旨で、原則として、「保健医療」を訳語として用いることとし、ここでも「総保健医療支出」とした。

ただし、NHA, SHA, ICHAにおけるHealthの訳語は例外的に「保健」とし、Health Economicsは「医療経済」とした。また、Total Domestic Health Expenditureは、開発者である田中滋により「国内総医療支出」と定義されているため、「医療」となっている。