

第1回医療費統計の整備に関する検討会

平成22年4月26日(月) 13:30~15:30
厚生労働省大臣官房統計情報部会議室

議事次第

○議事

1. 医療費統計の整備に関する検討会の設置について
2. 国民医療費の概要について
3. SHAについて

[配布資料]

- 資料1 医療費統計の整備に関する検討会開催要項
- 資料2 国民医療費の概要について
- 資料3 OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計
(National Health Accounts)

参考資料1 公的統計の整備に関する基本的な計画(抄)

参考資料2 わが国の医療費統計体系について

医療費統計の整備に関する検討会開催要項

1. 目的

「公的統計の整備に関する基本的な計画」（平成 21 年 3 月 13 日閣議決定）において、「医療費に関する統計の体系的整備、国際比較可能性の向上の観点から、保健医療等の分野全体の医療費をマクロでとらえる統計（OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計）を公的統計として位置づけることについて検討する。」ことが示されており、当該検討を行うに当たり、専門的見地からの意見・助言を得ることを目的とする。

2. 検討事項

検討会は、「公的統計の整備に関する基本的な計画」の「別表 今後 5 年間に講ずべき具体的施策」のうち、「第 2 公的統計の整備に関し総合的かつ計画的に講ずべき施策」 「(4) 医療費に関する統計の国際比較可能性の向上」について検討を行う。

3. 構成員

別紙のとおり。

4. 運営等

- (1) 検討会は、構成員のうち 1 人を座長として選出する。
- (2) 検討会に座長代理をおくことができる。
座長代理は、座長が検討会の構成員から指名するものとし、座長を補佐し、座長不在の場合にはその職務を行う。
- (3) 座長は、必要があると認めるときは、構成員以外の関係者に検討会の出席を求め、意見を聴くことができる。
- (4) 検討会は、原則として公開するものとする。ただし、座長は、公開することにより検討に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるとき、その他正当な理由があると認めるときは、会議を非公開とすることができる。
- (5) 検討会の資料は、原則として公表する。ただし、座長は、公表することにより検討に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるとき、その他正当な理由があると認めるときは、資料を非公表とすることができる。
- (6) 検討会は、議事録を作成し公表する。ただし、会議を非公開とする場合には、議事要旨を公表する。
- (7) 検討会は、統計情報部長が主催し、その庶務は統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室において行う。
- (8) 前各号のほか、検討会の運営その他検討会に関し必要な事項は、座長がこれを定める。

(別紙)

医療費統計の整備に関する検討会 構成員名簿

(五十音順・敬称略)

- | | |
|-------|---|
| 岩本康志 | 東京大学大学院経済学研究科教授 |
| 岡村智教 | 独立行政法人国立循環器病研究センター予防健診部長 |
| 廣松毅 | 情報セキュリティ大学院大学情報セキュリティ研究科教授
同セキュアシステム研究所長 |
| 前田由美子 | 日本医師会総合政策研究機構研究部専門部長主席研究員 |

国民医療費の概要について

I 国民医療費の範囲と推計方法

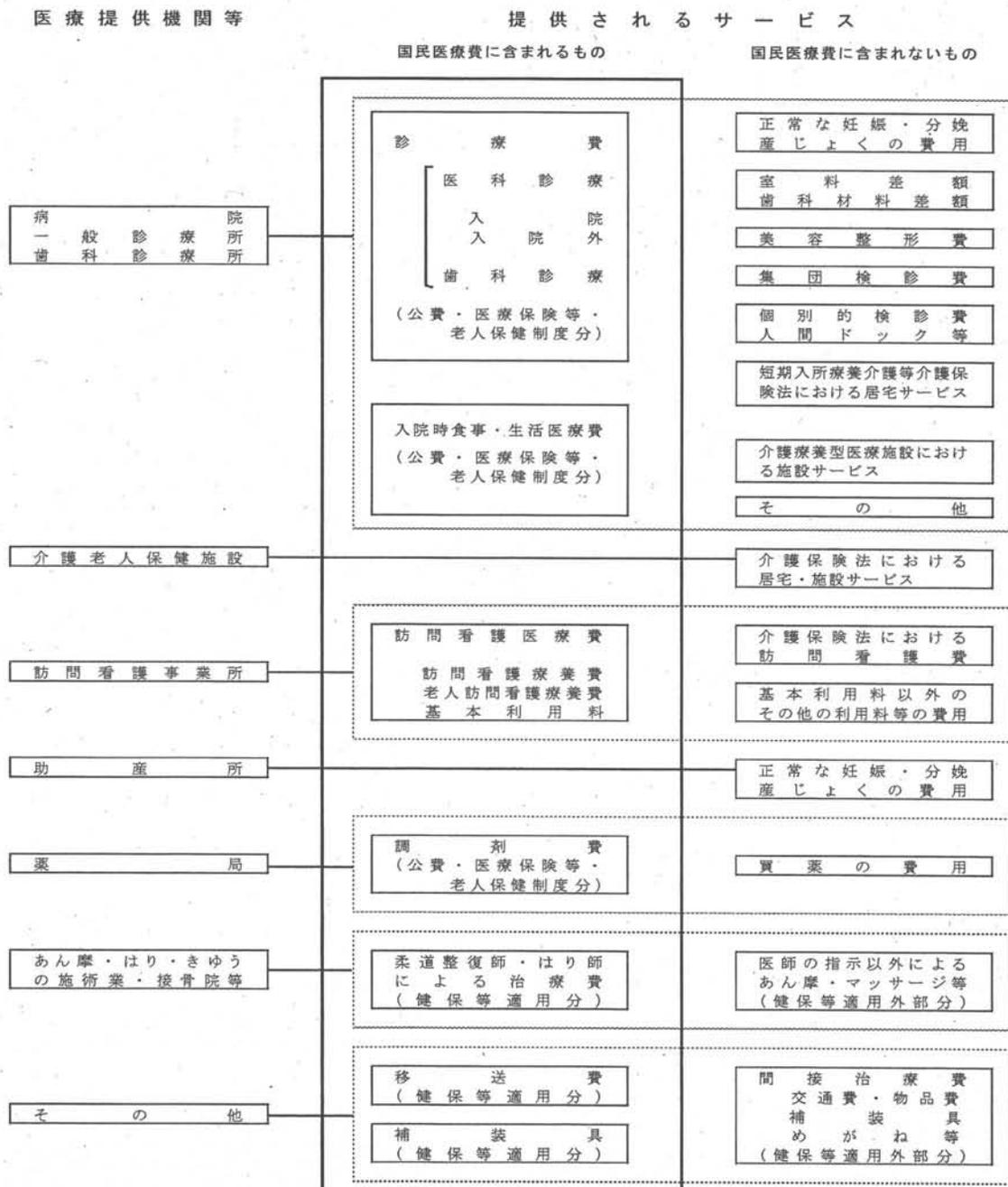
1 国民医療費の範囲

「国民医療費」は、当該年度内の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である。この額には診療費、調剤費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費のほかに、健康保険等で支給される移送費等を含んでいる。

国民医療費の範囲を傷病の治療費に限っているため、(1) 正常な妊娠や分娩等に要する費用、(2) 健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3) 固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用は含んでいない。

また、患者が負担する入院時室料差額分、歯科差額分等の費用は計上していない。

国民医療費の範囲



*上記費用は患者負担分を含む。

2 推計方法

国民医療費は、以下の（１）～（３）により制度区分別国民医療費を算出した。

- （１）公費負担制度によって国又は地方公共団体の負担する「公費負担医療給付分」、医療保険制度及び労災保険制度等の給付としての「医療保険等給付分」、老人保健法による医療としての「老人保健給付分」について、原則として当該年度内の診療についての支払確定額（高額療養費（高額医療費）を含む。）
 - （２）患者負担分のうち（１）の給付に伴う一部負担額の推計値
 - （３）患者負担分のうち全額自費による傷病の治療に要する費用（自賠責保険による支払い及び自費診療）の推計値
- 次に、上記国民医療費をもとに財源別国民医療費、診療種別国民医療費、年齢階級別国民医療費、傷病分類別一般診療医療費を、各種調査による割合を用いて按分し、推計した。

推 計 方 法 の 概 要

1 制度区分

（１）公費負担医療給付分

各制度を担当する行政当局等の医療費の決算額（一部支払い確定額）及び地方公共団体単独実施に係る医療費の支払い確定額。

（２）医療保険等給付分

○医療保険

各医療保険制度毎の「事業年報」、「事業統計」等の支払い確定額。

○その他

労働者災害補償保険法、国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法、独立行政法人日本スポーツ振興センター法、防衛省職員給与法に係る支払い確定額及び公害健康被害の補償等に関する法律、健康被害救済制度による救済給付による医療費を担当する行政当局等の決算額。

（３）老人保健給付分

担当する行政当局の決算額及び支払い確定額。

（４）患者負担分

○全額自費

傷病分類別の入院－入院外別推計患者数に傷病分類別１日当たり点数を乗じ、次いで１年間の総点数を算出し、全額自費分を推計している。

○公費・保険又は老人保健の一部負担

公費負担医療のうち生活保護法は、「医療扶助実態調査」により本人の一部負担の割合を用いて推計し、患者負担としている。

被用者保険は法定給付額に一部負担率を乗じた額から、附加給付、高額療養費、保険優先公費負担分を除き、さらに、入院時食事療養に係る負担額を、入院時食事療養費の食事回数に１食当たり標準負担額を乗じて推計し、入院時生活療養に係る負担額を、入院時生活療養費の食事回数に１食当たり標準負担額を乗じた額と入院日数に居住費の１日当たり標準負担額を乗じた額を合計して推計し、それら全てを合計している。

国民健康保険は「国民健康保険事業年報」、老人保健制度分は「老人医療事業年報」等による。

推 計 方 法 の 概 要

2 財源

(1) 公費

次の①～③を合計している。

①公費負担医療給付分

②医療保険・労災等及び老人保健制度による医療給付に国及び地方の法定負担率を乗じて得た額

③医療保険に対する定額国庫補助額

(2) 保険料

国民医療費から公費と患者負担分等を除いたもの。

被用者保険、退職者医療及び老人保健制度は、各保険者別毎に保険料率の事業主と被保険者別の比を用いて按分している。

国民健康保険の保険料（税）は被保険者に含まれている。

(3) その他

○患者負担

制度区分別の患者負担分と同じ。

○原因者負担

公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付による医療費を担当する行政当局等の決算額。

3 診療種類

主として制度区分別国民医療費推計の際に分けている。ただし、参考資料から直接得られない場合、たとえば、被用者保険の療養費の一部は、共済組合の療養費の入院－入院外別比率を用いて按分し、国民健康保険の給付費は費用額の入院－入院外別比率を用いて按分している。その他（労災等）は、入院－入院外別推計患者数に1日当たり点数を乗じて得た比率を用いて按分している。

4 病院－一般診療所

入院－入院外別一般診療医療費に病院－一般診療所別診療点数割合を乗じて推計している。ただし、公費負担医療制度のうち結核予防法、精神保健福祉法は、病院－一般診療所推計患者数に1日当たり点数を乗じて割合を算出し、推計している。

5 年齢階級・傷病分類

被用者保険、国民健康保険、生活保護法等の医療費を各参考資料の入院－入院外、年齢階級・傷病分類別構成割合に基づいて按分している。老人保健制度の大部分は各参考資料の70歳以上を用いて按分している。

主 な 参 考 資 料

1 制度区分

(1) 公費負担医療給付分

「基金年報」
「基金統計月報」
「社会福祉行政報告」
「介護給付費実態調査報告」
「都道府県決算状況調」

社会保険診療報酬支払基金
社会保険診療報酬支払基金
厚生労働省大臣官房統計情報部
厚生労働省大臣官房統計情報部
総務省自治財政局

(2) 医療保険等給付分

○医療保険

「政府管掌健康保険・船員保険・厚生年金保険・
国民年金・組管掌健康保険・国民健康保険・
老人保健事業年報」
「健康保険組合事業年報」
「国家公務員共済組合事業統計年報」
「地方公務員共済組合等事業年報」
「私学共済制度事業統計」
「国民健康保険事業年報」

社会保険庁

健康保険組合連合会
財務省主計局
総務省自治行政局
日本私立学校振興・共済事業団
厚生労働省保険局

○その他

「労働者災害補償保険事業年報」
「国家公務員災害補償統計」
「常勤地方公務員災害補償統計」
「学校の管理下の災害」
「基金年報」

厚生労働省労働基準局
人事院職員局
地方公務員災害補償基金
独立行政法人日本スポーツ振興センター
社会保険診療報酬支払基金

(3) 老人保健給付分

「老人医療事業年報」
「老人医療事業月報」

厚生労働省保険局
厚生労働省保険局

(4) 患者負担分

○全額自費

「患者調査」
「医療給付受給者状況調査報告」

厚生労働省大臣官房統計情報部
社会保険庁

○公費・保険又は老人保健の一部負担

「医療扶助実態調査」
「政府管掌健康保険・船員保険・厚生年金保険・
国民年金・組管掌健康保険・国民健康保険・
老人保健事業年報」
「国民健康保険事業年報」
「老人医療事業年報」
「老人医療事業月報」
「患者調査」

厚生労働省社会・援護局
社会保険庁

厚生労働省保険局
厚生労働省保険局
厚生労働省保険局
厚生労働省大臣官房統計情報部

主 な 参 考 資 料

2 財源

「政府管掌健康保険・船員保険・厚生年金保険・ 国民年金・組合管掌健康保険・国民健康保険・ 老人保健事業年報」	社会保険庁
「健康保険組合事業年報」	健康保険組合連合会
「国民健康保険事業年報」	厚生労働省保険局
「老人医療事業年報」	厚生労働省保険局
「老人医療事業月報」	厚生労働省保険局

3 診療種類

「政府管掌健康保険・船員保険・厚生年金保険・ 国民年金・組合管掌健康保険・国民健康保険・ 老人保健事業年報」	社会保険庁
「国民健康保険事業年報」	厚生労働省保険局
「老人医療事業年報」	厚生労働省保険局
「老人医療事業月報」	厚生労働省保険局
「患者調査」	厚生労働省大臣官房統計情報部
「医療給付受給者状況調査報告」	社会保険庁
「基金年報」	社会保険診療報酬支払基金
「基金統計月報」	社会保険診療報酬支払基金
「国家公務員共済組合事業統計年報」	財務省主計局
「地方公務員共済組合等事業年報」	総務省自治行政局
「私学共済制度事業統計」	日本私立学校振興・共済事業団
「社会医療診療行為別調査報告」	厚生労働省大臣官房統計情報部

4 病院—一般診療所

「基金統計月報」	社会保険診療報酬支払基金
「保健医療機関別診療報酬審査決定状況」	国民健康保険中央会
「患者調査」	厚生労働省大臣官房統計情報部
「医療扶助実態調査」	厚生労働省社会・援護局
「社会医療診療行為別調査報告」	厚生労働省大臣官房統計情報部

5 年齢階級・傷病分類

「医療給付受給者状況調査報告」	社会保険庁
「国民健康保健医療給付実態調査報告」	厚生労働省保険局
「社会医療診療行為別調査報告」	厚生労働省大臣官房統計情報部
「医療扶助実態調査」	厚生労働省社会・援護局

II 平成19年度国民医療費の概要

1 国民医療費の状況

平成19年度の国民医療費は34兆1360億円、前年度の33兆1276億円に比べ1兆84億円、3.0%の増加となっている。

人口一人当たりの国民医療費は26万7200円、前年度の25万9300円に比べ3.0%増加している。国民医療費の国民所得に対する比率は9.11%（前年度8.87%）となっている。

（図1、表1）

図1 国民医療費と対国民所得比の年次推移

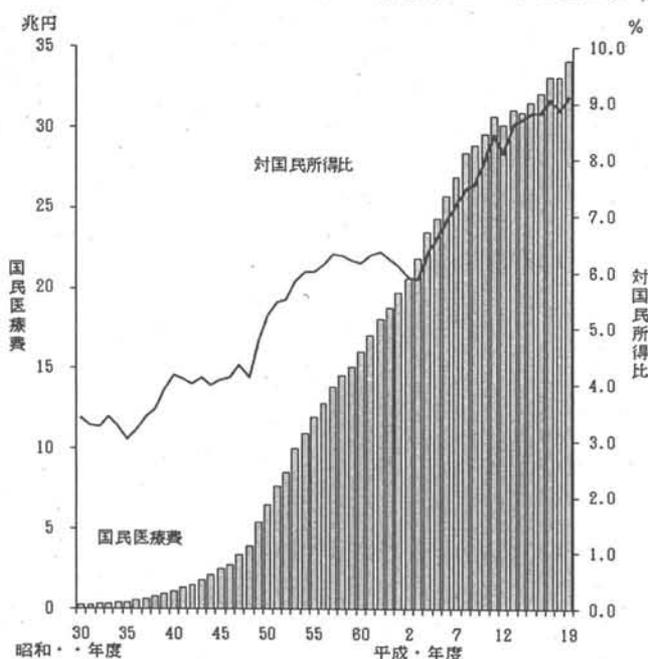


表1 国民医療費と国民所得の年次推移

年次	国民医療費		人口一人当たり国民医療費		国民所得		国民医療費の国民所得に対する比率 (%)
	(億円)	対前年度増減率 (%)	(千円)	対前年度増減率 (%)	(億円)	対前年度増減率 (%)	
昭和29年度	2 152	...	2.4
30	2 388	11.0	2.7	12.5	69 733	...	3.42
40	11 224	19.5	11.4	17.5	268 270	11.5	4.18
50	64 779	20.4	57.9	19.1	1 239 907	10.2	5.22
60	160 159	6.1	132.3	5.4	2 610 890	7.4	6.13
61	170 690	6.6	140.3	6.0	2 680 934	2.7	6.37
62	180 759	5.9	147.8	5.3	2 818 190	5.1	6.41
63	187 554	3.8	152.8	3.4	3 039 679	7.9	6.17
平成元年度	197 290	5.2	160.1	4.8	3 222 073	6.0	6.12
2	206 074	4.5	166.7	4.1	3 483 454	8.1	5.92
3	218 260	5.9	176.0	5.6	3 710 808	6.5	5.88
4	234 784	7.6	188.7	7.2	3 693 236	△ 0.5	6.36
5	243 631	3.8	195.3	3.5	3 690 327	△ 0.1	6.60
6	257 908	5.9	206.3	5.6	3 740 795	1.4	6.89
7	269 577	4.5	214.7	4.1	3 742 775	0.1	7.20
8	284 542	5.6	226.1	5.3	3 806 211	1.7	7.48
9	289 149	1.6	229.2	1.4	3 819 989	0.4	7.57
10	295 823	2.3	233.9	2.1	3 689 215	△ 3.4	8.02
11	307 019	3.8	242.3	3.6	3 643 409	△ 1.2	8.43
12	301 418	△ 1.8	237.5	△ 2.0	3 718 039	2.0	8.11
13	310 998	3.2	244.3	2.9	3 613 335	△ 2.8	8.61
14	309 507	△ 0.5	242.9	△ 0.6	3 557 610	△ 1.5	8.70
15	315 375	1.9	247.1	1.8	3 580 792	0.7	8.81
16	321 111	1.8	251.5	1.8	3 638 976	1.6	8.82
17	331 289	3.2	259.3	3.1	3 658 783	0.5	9.05
18	331 276	△ 0.0	259.3	△ 0.0	3 735 911	2.1	8.87
19	341 360	3.0	267.2	3.0	3 747 682	0.3	9.11

注：1）平成12年4月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保健の費用に移行したものがあがるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。

2）国民所得は、内閣府発表の「国民経済計算」（平成20年12月発表）による。

3）人口一人当たり国民医療費を算出するために用いた人口は、総務省統計局による「国勢調査」及び「推計人口」の総人口である。

2 制度区分別国民医療費

制度区分別にみると、医療保険等給付分は16兆7576億円（構成割合49.2%）、老人保健給付分は10兆2785億円（30.2%）、公費負担医療給付分は2兆3002億円（6.8%）となっている。また、患者負担分は4兆7368億円（13.9%）となっている。

対前年度増減率をみると、被用者保険分は3.6%の増加、国民健康保険分は6.8%の増加、患者負担分は0.4%の減少となっている。（表2）

表2 制度区分別国民医療費

制度区分	平成19年度		平成18年度		対前年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	増減額 (億円)	増減率 (%)
国民医療費	340 731	100.0	331 276	100.0	9 455	2.9
公費負担医療給付分	23 002	6.8	22 125	6.7	878	4.0
医療保険等給付分	167 576	49.2	159 272	48.1	8 304	5.2
医療保険	164 782	48.4	156 480	47.2	8 303	5.3
被用者保険	78 163	22.9	75 411	22.8	2 752	3.6
被保険者	38 838	11.4	37 344	11.3	1 494	4.0
被扶養者	34 848	10.2	34 464	10.4	383	1.1
高齢者 1)	4 477	1.3	3 603	1.1	875	24.3
国民健康保険	86 619	25.4	81 069	24.5	5 551	6.8
高齢者以外	61 908	18.2	61 721	18.6	186	0.3
高齢者 1)	24 711	7.3	19 347	5.8	5 364	27.7
その他 2)	2 793	0.8	2 792	0.8	1	0.0
老人保健給付分	102 785	30.2	102 325	30.9	461	0.5
患者負担分	47 368	13.9	47 555	14.4	△ 187	△ 0.4

注：1)被用者保険及び国民健康保険適用の高齢者は70歳以上である。

2)労働者災害補償保険、国家公務員災害補償法、地方公務員災害補償法、独立行政法人日本スポーツ振興センター法、防衛省職員給与法、公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付による医療費である。

3 財源別国民医療費

財源別にみると、国民医療費34兆731億円のうち、公費分は12兆5271億円（36.8%）、保険料分は16兆7898億円（49.3%）となっている（表3）。

表3 財源別国民医療費

財源	平成19年度		平成18年度		対前年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	増減額 (億円)	増減率 (%)
国民医療費	340 731	100.0	331 276	100.0	9 455	2.9
公費	125 271	36.8	121 274	36.6	3 997	3.3
国庫	84 300	24.7	81 895	24.7	2 405	2.9
地方	40 971	12.0	39 379	11.9	1 592	4.0
保険料	167 898	49.3	162 245	49.0	5 653	3.5
事業主	69 241	20.3	66 923	20.2	2 318	3.5
被保険者	98 657	29.0	95 322	28.8	3 335	3.5
その他注)	47 562	14.0	47 757	14.4	△ 195	△ 0.4
患者負担(再掲)	47 368	13.9	47 555	14.4	△ 187	△ 0.4

注：患者負担及び原因者負担（公害健康被害の補償等に関する法律による補償給付及び健康被害救済制度による救済給付）

4 診療種別国民医療費

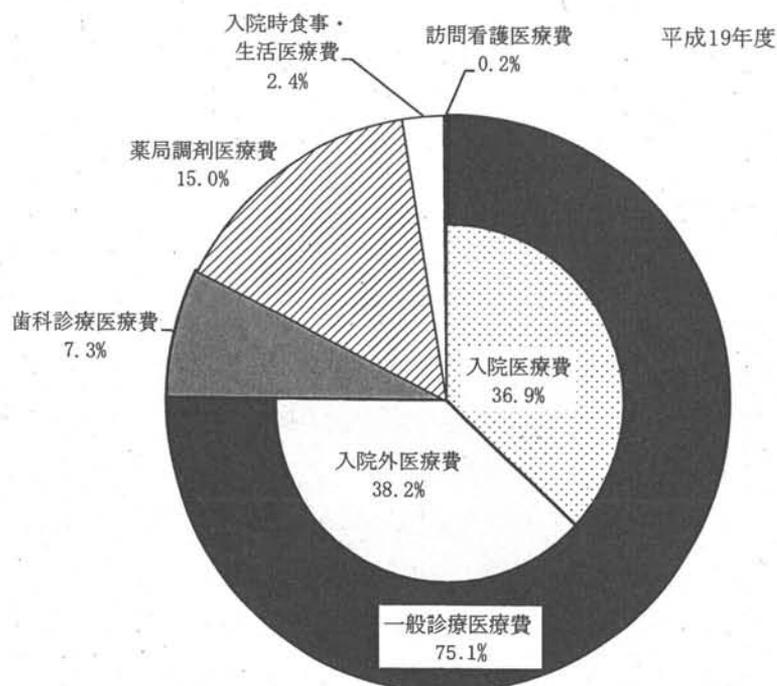
診療種別にみると、一般診療医療費は 25兆6418億円（75.1%）、そのうち入院医療費は12兆6132億円（36.9%）、入院外医療費は13兆287億円（38.2%）となっている。また、歯科診療医療費は2兆4996億円（7.3%）、薬局調剤医療費は5兆1222億円（15.0%）、入院時食事・生活医療費は8206億円（2.4%）となっている。

対前年度増減率をみると、一般診療医療費は 2.4%の増加、薬局調剤医療費は 8.8%の増加となっている。（表 4、図 2）

表 4 診療種別国民医療費

診療種類	平成19年度		平成18年度		対前年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	増減額 (億円)	増減率 (%)
国民医療費	341 360	100.0	331 276	100.0	10 084	3.0
一般診療医療費	256 418	75.1	250 468	75.6	5 950	2.4
入院医療費	126 132	36.9	122 543	37.0	3 589	2.9
病院	121 349	35.5	117 885	35.6	3 464	2.9
一般診療所	4 782	1.4	4 658	1.4	124	2.7
入院外医療費	130 287	38.2	127 925	38.6	2 362	1.8
病院	51 753	15.2	51 058	15.4	695	1.4
一般診療所	78 534	23.0	76 867	23.2	1 667	2.2
歯科診療医療費	24 996	7.3	25 039	7.6	△ 43	△ 0.2
薬局調剤医療費	51 222	15.0	47 061	14.2	4 161	8.8
入院時食事・生活医療費	8 206	2.4	8 229	2.5	△ 24	△ 0.3
訪問看護医療費	518	0.2	479	0.1	39	8.1

図 2 診療種別国民医療費構成割合 (%)



5 年齢階級別国民医療費

年齢階級別にみると、0～14歳は 2兆3264億円（6.8%）、15～44歳は 4兆9835億円（14.6%）、45～64歳は9兆511億円（26.6%）、65歳以上は 17兆7122億円（52.0%）となっている。

人口一人当たり国民医療費をみると、65歳未満は16万3100円、65歳以上は64万4900円となっている。そのうち一般診療医療費では65歳未満が11万4800円、65歳以上が51万2100円となっている。歯科診療医療費では、65歳未満が1万7100円、65歳以上が2万8700円となっている。薬局調剤医療費では、65歳未満が2万8600円、65歳以上が8万2000円となっている。（表5）

表5 年齢階級別国民医療費

年齢階級	平成19年度			平成18年度		
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	人口一人当たり 国民医療費 (千円)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	人口一人当たり 国民医療費 (千円)
国民医療費						
総数	341 360	100.0	267.2	331 276	100.0	259.3
65歳未満	163 921	48.0	163.4	160 043	48.3	158.2
0～14歳	23 269	6.8	134.6	22 134	6.7	127.0
15～44歳	49 920	14.6	103.3	47 719	14.4	98.1
45～64歳	90 732	26.6	261.6	90 190	27.2	257.1
65歳以上	177 439	52.0	646.1	171 233	51.7	643.6
70歳以上(再掲)	141 741	41.5	722.2	136 303	41.1	718.1
75歳以上(再掲)	100 893	29.6	794.2	96 735	29.2	795.1
一般診療医療費(再掲)						
総数	256 418	100.0	200.7	250 468	100.0	196.0
65歳未満	115 445	45.0	115.1	114 095	45.6	112.8
0～14歳	16 063	6.3	92.9	15 582	6.2	89.4
15～44歳	33 939	13.2	70.2	32 522	13.0	66.9
45～64歳	65 443	25.5	188.7	65 990	26.3	188.1
65歳以上	140 973	55.0	513.3	136 373	54.4	512.6
70歳以上(再掲)	114 610	44.7	584.0	110 132	44.0	580.3
75歳以上(再掲)	82 313	32.1	647.9	78 938	31.5	648.8
歯科診療医療費(再掲)						
総数	24 996	100.0	19.6	25 039	100.0	19.6
65歳未満	17 126	68.5	17.1	17 206	68.7	17.0
0～14歳	1 939	7.8	11.2	1 832	7.3	10.5
15～44歳	6 773	27.1	14.0	6 756	27.0	13.9
45～64歳	8 413	33.7	24.3	8 617	34.4	24.6
65歳以上	7 871	31.5	28.7	7 834	31.3	29.4
70歳以上(再掲)	5 517	22.1	28.1	5 429	21.7	28.6
75歳以上(再掲)	3 211	12.8	25.3	3 045	12.2	25.0
薬局調剤医療費(再掲)						
総数	51 222	100.0	40.1	47 061	100.0	36.8
65歳未満	28 702	56.0	28.6	25 912	55.1	25.6
0～14歳	5 186	10.1	30.0	4 615	9.8	26.5
15～44歳	8 547	16.7	17.7	7 737	16.4	15.9
45～64歳	14 968	29.2	43.1	13 560	28.8	38.7
65歳以上	22 520	44.0	82.0	21 149	44.9	79.5
70歳以上(再掲)	16 424	32.1	83.7	15 700	33.4	82.7
75歳以上(再掲)	11 280	22.0	88.8	10 785	22.9	88.7

注：年齢階級別の人口一人当たり国民医療費を算出するため、総務省統計局「推計人口」の各年齢階級別人口を分母に用いた。

6 傷病分類別一般診療医療費

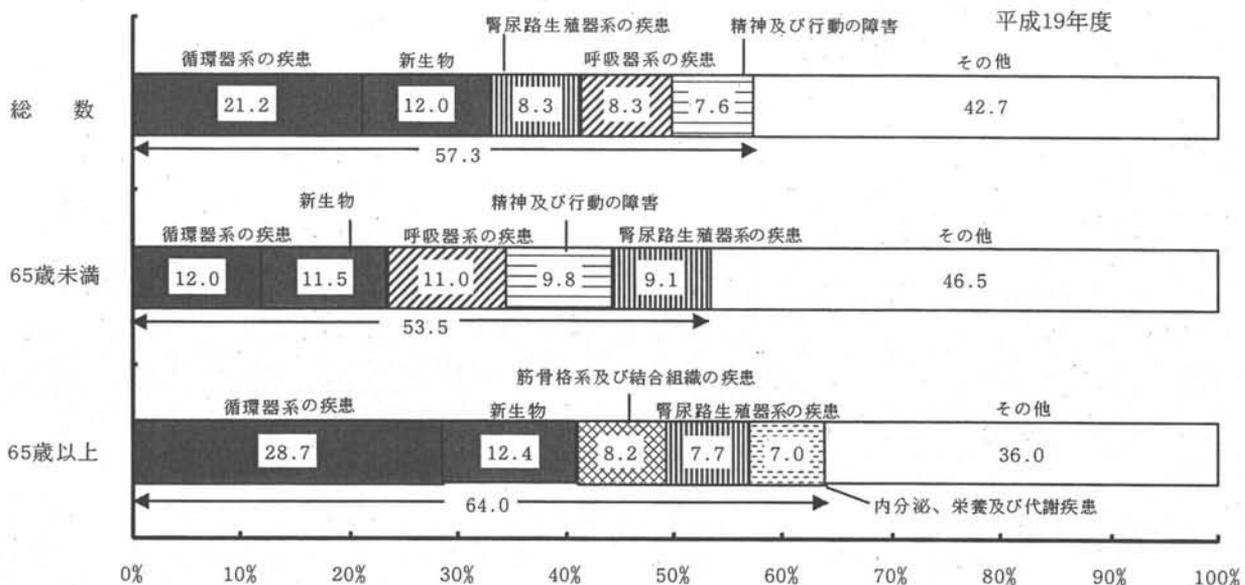
表6 上位5傷病別一般診療医療費

一般診療医療費を主傷病による傷病分類別にみると、「循環器系の疾患」5兆4353億円(21.2%)が最も多く、次いで「新生物」3兆716億円(12.0%)、「腎尿路生殖器系の疾患」2兆1389億円(8.3%)、「呼吸器系の疾患」2兆1191億円(8.3%)、「精神及び行動の障害」1兆9378億円(7.6%)となっている(表6)。

65歳未満と65歳以上のそれぞれ上位5傷病の構成割合をみると、65歳未満では「循環器系の疾患」、「新生物」、「呼吸器系の疾患」の3傷病で34.5%であるのに対し、65歳以上では「循環器系の疾患」が28.7%を占めている(図3)。

傷病分類	平成19年度		平成18年度	
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	推計額 (億円)	構成割合 (%)
一般診療医療費				
総数	256 418	100.0	250 468	100.0
循環器系の疾患	54 353	21.2	57 725	23.0
新生物	30 716	12.0	28 787	11.5
腎尿路生殖器系の疾患	21 389	8.3	16 525	6.6
呼吸器系の疾患	21 191	8.3	21 224	8.5
精神及び行動の障害	19 378	7.6	19 369	7.7
その他	109 392	42.7	106 839	42.7
65歳未満				
総数	115 445	100.0	114 096	100.0
循環器系の疾患	13 898	12.0	15 908	13.9
新生物	13 240	11.5	12 378	10.8
呼吸器系の疾患	12 725	11.0	13 134	11.5
精神及び行動の障害	11 350	9.8	11 399	10.0
腎尿路生殖器系の疾患	10 535	9.1	8 265	7.2
その他	53 697	46.5	53 011	46.5
65歳以上				
総数	140 973	100.0	136 374	100.0
循環器系の疾患	40 455	28.7	41 817	30.7
新生物	17 476	12.4	16 409	12.0
筋骨格系及び結合組織の疾患	11 521	8.2	11 227	8.2
腎尿路生殖器系の疾患	10 853	7.7	8 259	6.1
内分泌、栄養及び代謝疾患	9 871	7.0	9 453	6.9
その他	50 799	36.0	49 205	36.1

図3 上位5傷病別一般診療医療費構成割合(%)



注 1) 傷病分類は、「第10回修正国際疾病、傷害及び死因分類」による。
 2) 「その他」とは、上位5傷病以外の傷病である。

8 「国民医療費に含まれないもの」に関連する主な統計数値など

「国民医療費の範囲」の概念図（5頁）のうち、「国民医療費に含まれないもの」について、関連する主な統計数値（費用額・件数）を以下に示す。

1 病院、一般診療所、歯科診療所

(1)「正常な妊娠・分娩、産じょくの費用」に関する統計数値

異常及び合併症を有さない妊娠、分娩、産じょくに要した費用（健康保険等適用外）を指す。

(参考)

性別出生数（単位：人）

	出生数
総数	1,089,818
男性	559,847
女性	529,971

単産・複産別出生数（単位：人）

	出生数
総数	1,089,818
単産	1,065,737
複産	24,081

注）日本における日本人の出生の全てである。

（正常分娩以外のものを含む）

資料：「平成19年人口動態統計」（厚生労働省）

分娩件数

（各年9月中）

	一般病院			一般診療所		
	分娩件数 （正常分 娩を含 む）	帝王切開 摘出手術 件数 （再掲）	分娩に 占める 割合 （%）	分娩件数 （正常分 娩を含 む）	帝王切開 摘出手術 件数 （再掲）	分娩に 占める 割合 （%）
平成17年	44,865	9,623	21.4	40,247	5,156	12.8
20	47,626	11,089	23.3	42,792	5,553	13.0

資料：「平成20年医療施設調査」（厚生労働省）

(2)「室料差額、歯科材料差額」に関する統計数値

室料差額とは、特別の療養環境が提供される病室（病床ごとにプライバシーが十分に確保されている病室）に入院することを患者が選択した場合に、医療保険の自己負担とは別に要した費用を指す。

歯科材料差額とは、金合金や白金加金（プラチナ）などの材料を用いて歯科治療を行うことを患者が選択した場合に、医療保険の自己負担とは別に要した費用を指す。

(3)「美容整形費」に関する統計数値

美容外科手術に要した費用を指す。

(4)「集団検診費」に関する統計数値

企業、学校、地方公共団体などが行う、集団検診に要した費用を指す。

保健所及び市区町村が実施した健康診査等の受診者数（単位：人）

	受診者数
健康診断	13,879,174
妊産婦・幼児健康診査	5,888,048
歯周疾患検診	221,613
骨粗鬆症検診	343,258
基本健康診査	13,439,836
がん検診	24,375,439

資料：「平成19年度地域保健・老人保健事業報告」（厚生労働省）

(5)「個別的検診費、人間ドック等」に関する統計数値

個人単位で医療機関において行う健康診断や人間ドックを受けた際に発生する費用を指す。

(6)「短期入所療養介護等介護保険法における居宅サービス」に関する統計数値

介護療養型医療施設へ短期入所して受ける、看護・医学的管理下の介護と機能訓練等の必要な医療・日常生活上の世話などの介護保険サービスに要した費用を指す。

短期入所療養介護等介護保険法における居宅サービスの費用

(単位：百万円)

	費用額	利用者負担額 (再掲)
介護予防短期入所療養介護(病院等)	50	5
短期入所療養介護(病院等)	5,746	557

資料：「平成19年度介護給付費実態調査」(厚生労働省)

(7)「介護療養型医療施設における施設サービス」に関する統計数値

医療法に規定する医療施設で、かつ、介護保険法による都道府県知事の指定を受けた施設において、入院する要介護者が受ける、療養上の管理・看護・医学的管理下における介護・その他の世話・機能訓練・その他必要な医療などの施設サービスに要した費用を指す。

介護療養型医療施設における施設サービスの費用 (単位：百万円)

	費用額	利用者負担額 (再掲)
介護療養型医療施設における施設サービス	518,453	47,796

資料：「平成19年度介護給付費実態調査」(厚生労働省)

(8)「その他」に関する統計数値

病院・一般診療所・歯科診療所において行われた医療行為のうち、上記1の(1)～(7)以外の健康保険等適用外のもの全般を指す。

保健所及び市区町村が実施した定期の予防接種の接種者数(単位：人)

	接種者数
DPT及びDT 注)	5,182,444
急性灰白髄炎	2,063,543
麻しん・風しん	2,125,621
日本脳炎	418,812
BCG	1,089,346
インフルエンザ	14,809,144

注) DPTとは沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン、DTとは沈降ジフテリア破傷風混合トキソイドの接種者である。

資料：「平成19年度地域保健・老人保健事業報告」(厚生労働省)

ワクチン類(生物学的製剤)の生産金額(単位：百万円)

	生産金額
ワクチン類	39,034
毒素及びトキソイド類	758

資料：「平成19年薬事工業生産動態統計」(厚生労働省)

2 介護老人保健施設

「介護保険法における居宅・施設サービス」に関する統計数値

介護保険法による都道府県知事の開設許可を受けた介護老人保健施設において、入所する要介護者が受ける、看護・医学的管理下における介護・機能訓練・その他必要な医療・日常生活上の世話などの施設サービスに要した費用を指す。

	費用額	利用者負担額 (再掲)
介護予防短期入所療養介護(老人保健施設)	689	67
短期入所療養介護(老人保健施設)	49,082	4,776
介護保健施設サービス	1,017,705	96,914

資料：「平成 19 年度介護給付費実態調査」(厚生労働省)

3 訪問看護事業所

(1)「介護保険法における訪問看護費」に関する統計数値

居宅において、介護福祉士等から受ける、入浴・排せつ・食事等の介護・その他の日常生活の世話などの介護保険サービスに要した費用を指す。

介護保険法における訪問看護費の費用(単位：百万円)

	費用額	利用者負担額 (再掲)
介護予防訪問看護	6,715	586
訪問介護	119,924	10,823

資料：「平成 19 年度介護給付費実態調査」(厚生労働省)

(2)「基本利用料以外のその他の利用料等の費用」に関する統計数値

基本利用料以外の訪問看護費、交通費及びおむつ代などの実費・特別サービス(営業時間外の対応等)などの費用を指す。

4 助産所

「正常な妊娠・分娩、産じょくの費用」に関する統計数値

助産所における、異常及び合併症を有さない妊娠、分娩、産じょくに要した費用(健康保険等適用外)を指す。

(参考)

助産所の出生数(単位：人)

	出生数
助産所	10,610

注)日本における日本人の出生のうち、助産所において出生した数である。
(正常分娩以外のものを含む)

資料：「平成 19 年人口動態統計」(厚生労働省)

5 薬局

「買薬の費用」に関する統計数値

医師による処方箋を必要とせずに購入できる一般用医薬品の購入にかかる費用を指す。

	出荷・生産金額
出荷・一般用医薬品・国内	595,406
出荷・配置用家庭薬・国内	31,343
一般用医薬品・生産・輸入	13,613
配置用家庭薬・生産・輸入	445

資料：「平成 19 年薬事工業生産動態統計」(厚生労働省)

6 あん摩・はり・きゅうの施術業・接骨院等

「医師の指示以外によるあん摩・マッサージ等(健保等適用外部分)」に関する統計数値
 施術所、接骨院等で提供される医師の指示によらない、健康保険等適用外のあん
 摩・マッサージ等のサービスに要した費用を指す。

あん摩、マッサージ及び指圧等を行う施術所数

	施術所数
あん摩、マッサージ及び指圧を行う施術所	21,822
はり及びきゅうを行う施術所	17,794
あん摩、マッサージ及び指圧、はり並びにきゅうを行う施術所	34,517
その他の施術所	3,219
柔道整復の施術所	30,787

資料：「平成 18 年度保健・衛生行政業務報告」(厚生労働省)

7 その他

「間接治療費(健保等適用外部分)」に関する統計数値

上記 1～6 以外の健康保険等の適用とならない費用の全てを指す。

(1)補装具

装着することにより、失われた身体の一部、あるいは機能を補完するもので、
 義肢(義手・義足)、車いす、義眼及び補聴器などをいう。

補装具等の購入(支給)・修理金額 (単位：百万円)

	金額
身体障害者・児の補装具(購入・修理)	22,385
戦傷病者補装具(支給・修理)	54

資料：「平成 19 年度社会福祉行政業務報告」(厚生労働省)

(2)めがね等

ハードコンタクトレンズ、視力補正用単焦点眼鏡レンズ及び視覚機能検査用機
 器などのことをいう。

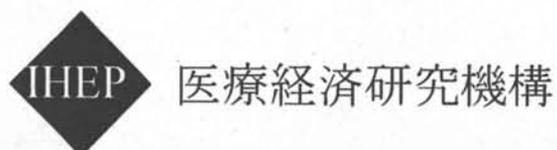
医療機器大分類別生産金額 (単位：百万円)

	生産金額
眼科用品及び関連製品	67,014

資料：「平成 19 年薬事工業生産動態統計」(厚生労働省)

OECD の SHA 手法に基づく保健医療支出推計
(National Health Accounts)

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



1. 国民保健計算 (National Health Account ; NHA) の概念

国家における保健医療支出は、傷病の治療に要する医療費のみならず、健康増進・疾病予防、健康管理、あるいは医療保障の運営費、設備整備なども含めて捉える必要がある。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)」と呼ばれ、政策を評価するための一つの指標となる。

NHAは、支出項目ごとに機能面・財源面などについて明確に分類化された上で、複数の項目からなるマトリックスとして提供されるべきものである。また、国際的に共通の分類を用いることで、国家間の比較を通じて、保健医療支出の実態を知ることが可能になる。NHAの推計には以下の3つの重要な事項がある。

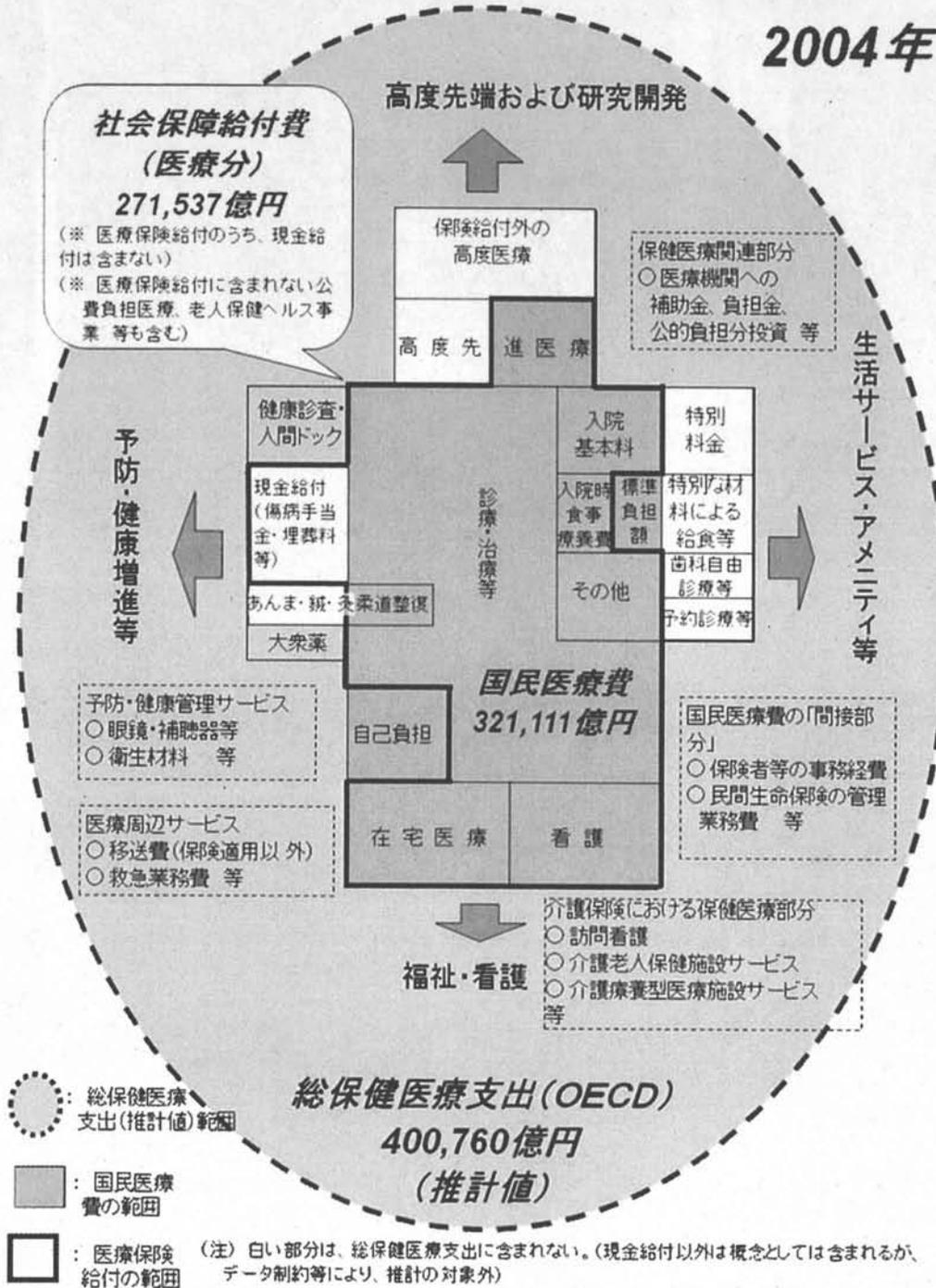
- ・ 包括的 (comprehensive) であること。具体的には、医療制度や健康政策の全てのコンポーネントを含むこと。
- ・ 多次的 (multi-dimensional) に記述されること。これは、ヘルスケア関連の財やサービスに関する支出を記述するだけでなく、地理的、財源、年齢などの分析の目的に応じて多次的に把握できること。
- ・ 一貫性 (consistent) があること。すなわち、経時的な比較を行うことのために、分析手法に一貫性があること。

NHAの構成および国民医療費の占める部分を図表1-2に示した。NHAは、国民医療費との比較で見た場合、保健医療支出の範囲の違いが最も特徴的であるといえる。

国民医療費は、その範囲を傷病の治療費に限定しており、医療保険対象外の費用、医療システムの運営、並びに設備投資に要する費用が除外されている。そのため、政策的議論のベースとして用いる場合には注意を有する。また、保健医療支出の範囲が諸外国とは異なるために、国際比較を行う場合にも適していない。これに対してNHAは、国民医療費に比べて広範な保健医療関連サービスが含まれている。具体的には、医療保険システムの枠外の治療的医療、リハビリ、看護サービス、薬剤、医療用品に加え、健康維持・増進のためのサービス、公衆衛生サービス、保健医療および健康維持・増進のための管理コストが含まれている。さらに、保健医療を提供する施設の資本形成、医療従事者の教育、研究開発、環境衛生なども、保健医療関連機能として勘案されることになっており、保健医療に関連した医療支出に関して広範かつ包括的な推計が行われる。また、国際比較可能性を高めるために各項目が包含するサービス種別を明確に定義して推計するという特徴がある。

¹定義：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全ての金額

図表 1-1 総保険医療支出、国民医療費、医療保健給付の範囲



出典1: 厚生省、図5-2-5. 保険給付と国民医療費の関係(概念図)、135頁(平成7年度版厚生白書)

図表 1-2 NHA の構成、および国民医療費の占める部分

ただし、下線部は、データ制約等の理由により推計値に含まれないものを表す。

医療サービス部分 (国民医療費部分)
<ul style="list-style-type: none"> ○病院、一般診療所、歯科診療所が提供するサービス部分 (診療費) 医科診療 (入院、入院外)、歯科診療、入院時食事医療費 ○訪問看護事業所が提供するサービス部分 (訪問看護医療費) 訪問看護療養費、老人訪問看護医療費、基本利用料 ○薬局が提供するサービス部分 (調剤費：医療保険・公費・老人保健制度分) ○あん摩・はり・きゅうの施術業・接骨院等が提供するサービス部分 柔道整復師・はり師による治療費：健保適用部分 ○その他の医療提供機関等が提供するサービス部分 移送費：健保適用部分、補装具：健保適用部分
医療関連サービス部分
<ul style="list-style-type: none"> ○予防・健康管理サービス部分 一般薬、衛生材料、眼鏡、補聴器、血圧計、体温計など、補装具 健保等が実施する検診・人間ドックなど、母子保健・学童検診などの検診、予防接種など <u>失禁用品など、労働安全衛生法による検診</u> <u>医師の指示以外によるあん摩・マッサージなど (健保適用外部分)</u> ○医療サービス部分 正常な妊娠・分娩・産じょくの費用 <u>高度先進医療における患者負担分、基本利用料以外のその他の利用料等の費用</u> <u>その他の特定療養費</u> ○医療周辺サービス部分 保険適用以外の移送費、救急業務費、歯科自由診療・歯科材料差額、美容整形費、室料差額 ○介護保険における保険医療に関連するサービス部分 (注1) 訪問介護 (注2)、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、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、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
間接サービス部分 (管理業務など)
<ul style="list-style-type: none"> ○医療保障制度の実務に要する費用 社会保険庁、健康保険組合、市町村、社会保険診療報酬支払基金、 国民健康保険団体連合会 など、<u>保健所・保健センター、政府の保健医療実務費</u> ○民間保険の管理業務 生命保険の管理業務、<u>損害保険の管理</u>
保健医療関連部分 (医療を支えるサブシステム)
<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関などへの公的負担分 投資、補助金、負担金 など ○<u>民間部門からの投資・補助金</u>、○保健医療従事者の教育および訓練 ○<u>保健医療における研究開発</u>、○<u>環境衛生</u> など

(注1) 短期入所生活介護、認知床対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、福祉用具貸与、居宅介護福祉用具購入費、居宅介護住宅改修費、介護老人福祉施設サービスを含まない。

(注2) 訪問介護については、NHAに含まれるが、総保健医療支出 (THE) には含まれない。

2. 国民保健計算の体系 (A System of Health Accounts ; SHA)

NHA の推計手法については国際的にいくつかの方法があるが、現在、先進国において広く用いられているものは、経済開発協力機構 (Organization for Economic Co-operation and Development ; OECD) が開発し、2000 年に発表した「国民保健計算の体系」(A System of Health Accounts ; SHA) である。

SHA の目的、基準、および推計の枠組みを以下に記載する。

(1) SHA の目的

NHA は、国および地域により異なってきた。具体的には、保健医療と他の社会的経済的活動による違いのみならず、推計基準における詳細さや分類方法に違いがあった。そのため、OECD は、保健医療支出とその財源に関する標準的なレポートを相互関係のある表 (SHA tables) を用いたフレームワークを提供する目的で、SHA を開発した。

また、SHA 開発のねらいは、国際データ収集のフレームワークを提供すること、および政策立案に資する NHA の補助、または再検討のモデルとして活用されることである。

推計システムは、時間や国を跨って比較可能でなければならない。このため、SHA tables は共通の概念、定義、分類、そして推計ルールを基とした。また、SHA の設計においては、各国の保健医療システム間の最も大きな違いを網羅することで、統一的なレポートを提供するものとされた。

多くの国で複雑化する保健医療システムと、急速な医療技術の進歩により、保健医療推計の改良が余技なくされている。現在の推計の結果や複雑さを増す保健医療システムの急速な変化のモニタリングのための従来の保健医療推計の可用性に対し、保健医療システムと、その改革に直面する政策立案者や観察者は、疑問を持ってきた。保健医療の消費の概観を提示することは、保健医療システムに関する最新情報の提供への要求に応えるものである。

SHA の主な目的は、以下のとおりである。

- 標準的な表による、国際比較可能な保健医療推計のセットを提供すること
- 国際的に協調された保健医療の境界と基本的なカテゴリーを提示すること
- 中心的な保健医療の機能と保健医療に関連する機能を区別すること。また、異なる分野での社会および経済政策に関わる共通の関与として、保健医療の相互部門的な概観を強調すること
- 保険プログラムと他の財源配置の分類を用いて、保健医療における資金の流れの分析を表により表現すること
- 保険医療サービスの中から小程度の構造を比較研究するための手引きに相当する、中心的な集計量のフレームワークを提供すること
- 時間を経て、保険医療サービスにおける一貫性のあるレポートの提供のためのフレームワークを提案すること
- 保健医療システムの変更や保健医療政策の経済的結果をモニタリングすること
- 国の勘定ルールに一致する経済的な視点からの保健医療システムの分析のフレームワークを提供すること
- 保健医療サービスの供給および需要に関する経済モデルを提示すること。すなわち、SHA とサテライト勘定の間を、概念的に紐付けることを示す道具であること

(出所：A System of health Accounts Version 1.0 OECD 2000, p13)

(2) SHA の基準

OECD の SHA マニュアル第1版によると、SHA は国民経済計算(The System of National Accounts; SNA) と目的を共有する。これは、統合されたシステムの包括性、国内での一貫性、国家間の比較可能性であるとされている。

加えて、SHA による推計値は、他の経済的な統計、および社会的な統計による推計値と可能な限り一致するべきとされた。さらに、これらの SHA における質の基準は、以下の質について2種類の競争関係があるとされている。

- ・ 適時性と精度
- ・ 政策の鋭敏性と SHA が提供する指標の適切さ

(3) SHA を用いた推計の枠組み

SHA は、統一的な標準表形式で国際比較が可能となるよう、医療活動の全分野を対象とした包括的な勘定枠組み (International Classification for Health Accounts ; ICHA) を提供している。ICHA の基本的な考え方として、以下の3つの基本的な疑問により、SHA が構築されている。

- どこから資金がやってきたのか。(財源主体)
- 資金はどこへ行くのか。(保健医療サービスと財の供給)
- どのような種類のサービスが提供され、どのような品目の財が購入されたのか。(機能的な定義)

3つの疑問に対応する形として、ICHA は、図表 2-1 および 2-2 に示す機能 (Classification of Function; HC)、供給主体 (Providers; HP)、財源 (Financing agents/schemes; HF) の3次元分類の枠組みとされた。具体的には、以下の表 (SHA tables) が提供されている。

ただし、さらに人的資源 (Human Resources ;RC)、および資金 (Financing Source ; FS) は 2006 年から新たに加えられた。

図表 2-1 SHA tables

No	SHA テーブル略称	SHA テーブル名称 (説明)
1	HCxHF	Function of Health Care by Health Care Financing agents/schemes (機能別分類×財源別分類の2次元テーブル)
2	HCxHP	Function of Health Care by Health Care Provider (機能別分類×供給主体別分類の2次元テーブル)
3	HPxHF	Health Care Provider by Health Care Financing agents/schemes (供給主体別分類×財源別分類の2次元テーブル)
4	HFxFS	Health Care Financing agents/schemes by Financing Source
5	RCxHP	Human Resources x Health Care Provider

図表 2-2 保健勘定国際分類 ICHA

Function 機能			
HC.1		Services of curative care	診療サービス
	HC.1.1	In-patient curative care	入院診療
	HC.1.2	Day cases of curative care	日帰り診療
	HC.1.3	Out-patient curative care	外来診療
		HC.1.3.1 Basic medical and diagnostic services	基本的な医療および診断サービス
		HC.1.3.2 Out-patient dental care	外来歯科診療
		HC.1.3.3 All other specialised health care	その他の専門的サービス
		HC.1.3.9 All other out-patient curative care	その他の外来診療
	HC.1.4	Services of curative home care	在宅診療サービス
HC.2		Services of rehabilitative care	リハビリテーションサービス
	HC.2.1	In-patient rehabilitative care	入院リハビリテーション
	HC.2.2	Day cases of rehabilitative care	日帰りリハビリテーション
	HC.2.3	Out-patient rehabilitative care	外来リハビリテーション
	HC.2.4	Services of rehabilitative home care	在宅でのリハビリテーションサービス
HC.3		Services of long-term nursing care	長期医療系サービス
	HC.3.1	In-patient long-term nursing care	長期医療系施設サービス
	HC.3.2	Day cases of long-term nursing care	長期医療系通所サービス
	HC.3.3	Long-term nursing care: home care	在宅での長期医療系サービス
HC.4		Ancillary services to health care	医療の補助的サービス
	HC.4.1	Clinical laboratory	臨床検査
	HC.4.2	Diagnostic imaging	画像診断
	HC.4.3	Patient transport and emergency rescue	患者搬送および救急
	HC.4.9	All other miscellaneous ancillary services	その他の様々な補助的サービス
HC.5		Medical goods dispensed to out-patients	外来患者への医療財の提供
	HC.5.1	Pharmaceuticals and other medical non-durables	医薬品とその他の非耐久性医療財
		HC.5.1.1 Prescribed medicines	処方薬
		HC.5.1.2 Over-the-counter medicines	一般薬
		HC.5.1.3 Other medical non-durables	その他の非耐久性医療財
	HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical durables	医療器具とその他の耐久性医療財
		HC.5.2.1 Glasses and other vision products	眼鏡と視力矯正器具
		HC.5.2.2 Orthopaedic appliances and other prosthetics	矯正装具とその他の人工装具
		HC.5.2.3 Hearing aids	補聴器
		HC.5.2.4 Medico-technical devices, including wheelchairs	車椅子を含む医療機器
		HC.5.2.9 All other miscellaneous medical durables	その他の様々な耐久性医療財
HC.6		Prevention and public health services	予防および公衆衛生サービス
	HC.6.1	Maternal and child health; family planning and counseling	母子保健; 家族計画およびカウンセリング
	HC.6.2	School health services	学校保健サービス
	HC.6.3	Prevention of communicable diseases	感染症予防
	HC.6.4	Prevention of non-communicable diseases	非感染症予防
	HC.6.5	Occupational health care	産業保健
	HC.6.9	All other miscellaneous public health services	その他の様々な公衆衛生サービス
HC.7		Health administration and health insurance	保健医療管理業務および医療保険
	HC.7.1	General government administration of health	政府による一般保健管理業務
		HC.7.1.1 General government administration of health (except social security)	政府による一般保健管理業務 (社会保障を除く)
		HC.7.1.2 Administration, operation and support activities of social security funds	社会保障基金の管理、運営、支援活動

Function 機能		
HC.7.2	Health administration and health insurance: private	保健医療管理業務および医療保険：民間
HC.7.2.1	Health administration and health insurance: social insurance	保健医療管理業務および医療保険：社会保険
HC.7.2.2	Health administration and health insurance: other private	保健医療管理業務および医療保険：その他の民間保険
HC.9	Not specified by kind	分類されないもの
HC.R.1	Capital formation of health care provider institutions	保健医療提供機関の資本形成
Health-related functions		保健医療関連機能
HC.R.2	Education and training of health personnel	保健医療従事者の教育および訓練
HC.R.3	Research and development in health	保健医療における研究開発
HC.R.4	Food, hygiene and drinking water control	食品、衛生および飲料水の管理
HC.R.5	Environmental health	環境衛生
HC.R.6	Administration and provision of social services in kind to assist living with disease and impairment	疾患や障害を伴う生活を支援するための社会サービスの現物支給および管理業務
HC.R.6.1	Social services of LTC (LTC other than HC.3)	HC.3 に含まれない社会的介護サービス
HC.R.6.9	All other services classified under HC.R.6	その他 HC.R.6 に分類されるサービス
HC.R.7	Administration and provision of health-related cash-benefits	保健関連の現金給付および管理業務
Memorandum items		
M.1(HC)	Non-health care activities of health care providers	保健医療提供機関の非保健医療活動
M.1.1(HC)	Social care activities of health care providers*	保健医療提供機関の社会介護活動
M.1.9(HC)	Other non-health activities of health care providers	保健医療提供機関の他の非保健医療活動
M.2(HC)	Total pharmaceutical and other medical non-furables(including in-patient and other ways of provision)	医薬品とその他の非耐久性医療財（入院を含む、他の提供形態）
M.3(HC)	Total of ancillary services(including in-patient)	補助的サービス（入院を含む）

*保健医療提供機関から提供される HC.R.6 に関するサービスを含む

Provider 供給主体		
HP.1	Hospitals	病院
HP.1.1	General hospitals	一般病院
HP.1.2	Mental health and substance abuse hospitals	精神保健および薬物濫用治療病院
HP.1.3	Speciality (other than mental health and substance abuse)hospitals	専門病院（精神保健および薬物濫用治療以外）
HP.2	Nursing and residential care facilities	長期医療系施設および居住施設
HP.2.1	Nursing care facilities	長期医療系施設
HP.2.2	Residential mental retardation, mental health and substance abuse facilities	発達遅滞、精神保健および薬物依存治療のための居住施設
HP.2.3	Community care facilities for the elderly	高齢者のためのコミュニティケア施設
HP.2.9	All other residential care facilities	その他の居住施設
HP.3	Providers of ambulatory health care	外来医療提供者
HP.3.1	Offices of physicians	医科診療所
HP.3.2	Offices of dentists	歯科診療所
HP.3.3	Offices of other health practitioners	その他の保健医療従事者の外来施設

医療経済研究機構

Provider 供給主体		
HP.3.4	Out-patient care centres	外来診療センター
HP.3.4.1	Family planning centres	家族計画センター
HP.3.4.2	Out-patient mental health and substance abuse centres	外来患者精神保健および薬物中毒治療センター
HP.3.4.3	Free-standing ambulatory surgery centres	独立外来外科センター
HP.3.4.4	Dialysis care centres	透析医療センター
HP.3.4.5	All other out-patient multi-speciality and co-operative service centres	その他の外来患者のための様々な専門および協同サービスセンター
HP.3.4.6	All other out-patient community and other integrated care centres	その他の外来患者のためのコミュニティケアおよび統合ケアセンターおよび統合ケアセンター
HP.3.5	Medical and diagnostic laboratories	臨床検査および診断検査所
HP.3.6	Providers of home health care services	在宅医療サービス提供者
HP.3.9	Other providers of ambulatory health care	その他の外来サービス提供者
HP.3.9.1	Ambulance services	救急車サービス
HP.3.9.2	Blood and organ banks	血液および臓器バンク
HP.3.9.9	Providers of all other ambulatory health care services	その他の外来サービス提供者
HP.4	Retail sale and other providers of medical goods	医療品の小売、供給
HP.4.1	Dispensing chemists	調剤薬剤師
HP.4.2	Retail sale and other suppliers of optical glasses and other vision products	眼鏡と視力矯正器具の小売、その他の供給業者
HP.4.3	Retail sale and other suppliers of hearing aids	補聴器の小売、その他の供給業者
HP.4.4	Retail sale and other suppliers of medical appliances (other than optical glasses and hearing aids)	医療器具の小売、その他の供給業者 (眼鏡および補聴器以外)
HP.4.9	All other miscellaneous sale and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods	その他、医薬品および医療財の様々な販売、その他の供給業者
HP.5	Provision and administration of public health programmes	公衆衛生プログラムの提供および管理
HP.6	General health administration of health	一般保健医療管理業務
HP.6.1	Government administration of health	政府による保健医療管理業務
HP.6.2	Social security funds	社会保障基金
HP.6.3	Other social insurance	その他の社会保険
HP.6.4	Other (private) insurance	その他の (民間) 保険
HP.6.9	All other providers of health administration	その他の保健医療管理
HP.7	Other industries (rest of the economy)	その他の産業 (その他経済分野)
HP.7.1	Establishments as providers of occupational health care services	産業保健サービス提供者の事業所
HP.7.2	Private households as providers of home care	在宅ケア提供者としての一般家計
HP.7.9	All other industries as secondary producers of health care	保健医療の二次的生産者としての他の産業
HP.9	Rest of the world	その他
Memorandum items		
M.1 (HP)	Health care related activities providers n.e.m (not investment)	保健医療に関連したサービスの提供者 (資本形成でない。)

Financing agents/schemes 財源		
HF.1	General government	一般政府
HF.1.1	General government excluding social security funds	社会保障基金を除く一般政府
HF.1.1.1	Central government	中央政府
HC.1.1.1.1	Ministry of Health	保健省
HF.1.1.1.2	Other Ministries	保健省を除く他の中央官庁
HF.1.1.2	State / provincial government	地方政府
HF.1.1.3	Local / municipal government	地方自治体
HF.1.2	Social security funds	社会保障基金
HF.2	Private sector	民間部門
HF.2.1	Private social insurance	民間が扱う社会保険
HF.2.2	Private insurance enterprises(other than social insurance)	民間の保険会社 (社会保険以外)
HF.2.3	Private household out-of-pocket expenditure	家計負担
HF.2.3.1	out-of-pocket excluding cost-sharing	共同負担としての保険料を除く家計負担
HF.2.3.2-HF.2.3.5	Cost-sharing: central government; state / provincial government; Local / municipal government; Social security funds	共同負担としての保険料 (中央政府、地方政府、地方自治体、社会保障基金)
HF.2.3.6-HF.2.3.7	Cost-sharing: Private insurance	共同負担としての保険料 (民間保険)
HF.2.3.9	All other cost-sharing	その他の共同負担
HF.2.4	Non-profit institutions serving households(other than social insurance)	対家計民間非営利団体 (社会保険以外)
HF.2.5	Corporations(other than health insurance)	企業 (医療保険以外)
HF.3	Rest of the world	その他

Human resources 人的資源		
RC.1.1	Human resources(employed and self-employed)	人的資源(被用者と雇用者)
RC.1.1.1,RC.1.1.2	Compensation of employees	被用者の所得
RC.1.1.3	Self-employed income	雇用者の所得

Financing sources 資金			
FS.1	General government units	一般政府	
FS.1.1	Territorial government	政府	
FS.1.2	All other public units	他の公共単位	
FS.2	Private sector	民間部門	
FS.2.1+FS.2.3	Corporations and NPISH	企業および非営利団体	
FS.2.2	Households	家計	
FS.3	FS.3.3	Rest of the world	その他

(出所: 2006 JOINT OECD,EUROSTAT AND WHO HEALTH ACCOUNT(SHA) DATA COLLECTION
ELECTRONIC QUESTIONNAIRE EXPLANATORY NOTES)

3. わが国の SHA に基づく保健医療支出推計手法

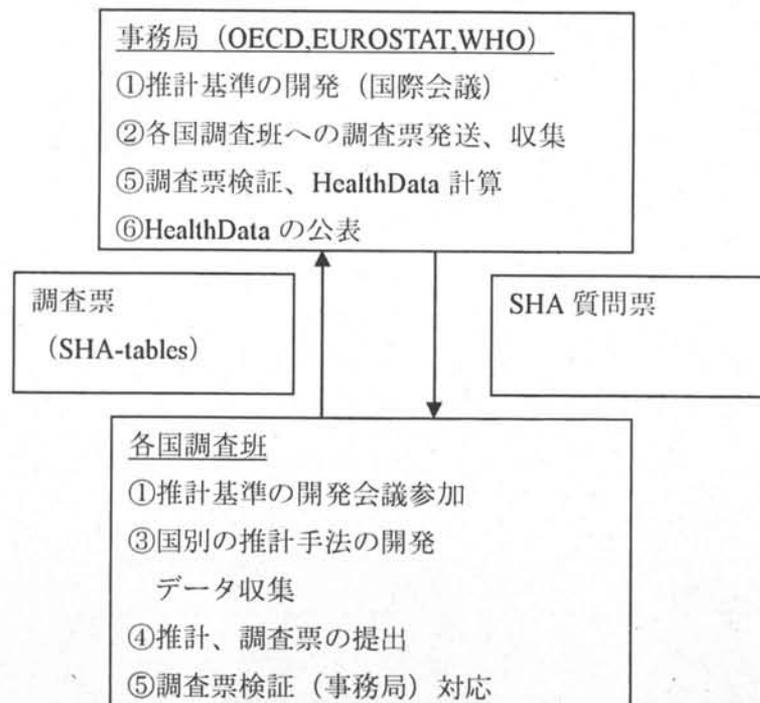
(1) 開発の経緯

2000年にOECDは保健勘定の国際基準としてSHAを発表し、加盟各国への参加を呼びかけた。2001年のOECD Health Dataより、この新基準に沿った推計を行うことが求められた。

調査班では、2000年（平成12年度厚生労働科学研究費特別事業）から、SHAに準拠した日本の総保健医療支出の推計方法を開発し、その手法を用いて1998年度の総保健医療支出の推計を行った。続けて、2001年（平成13年）、2002年（平成14年）の2カ年にわたり厚生労働科学研究費統計情報高度利用総合研究事業において継続的研究を行った。さらに、2003年（平成15年）から2006年（平成18年）の4カ年は、OECD委託事業として、推計手法の開発およびモニタリングを実施した。

なお、2005年の国際会議では、OECD、EUROSTAT、WHO（World Health Organization）が共同でSHA質問票を作成、調査を行った。

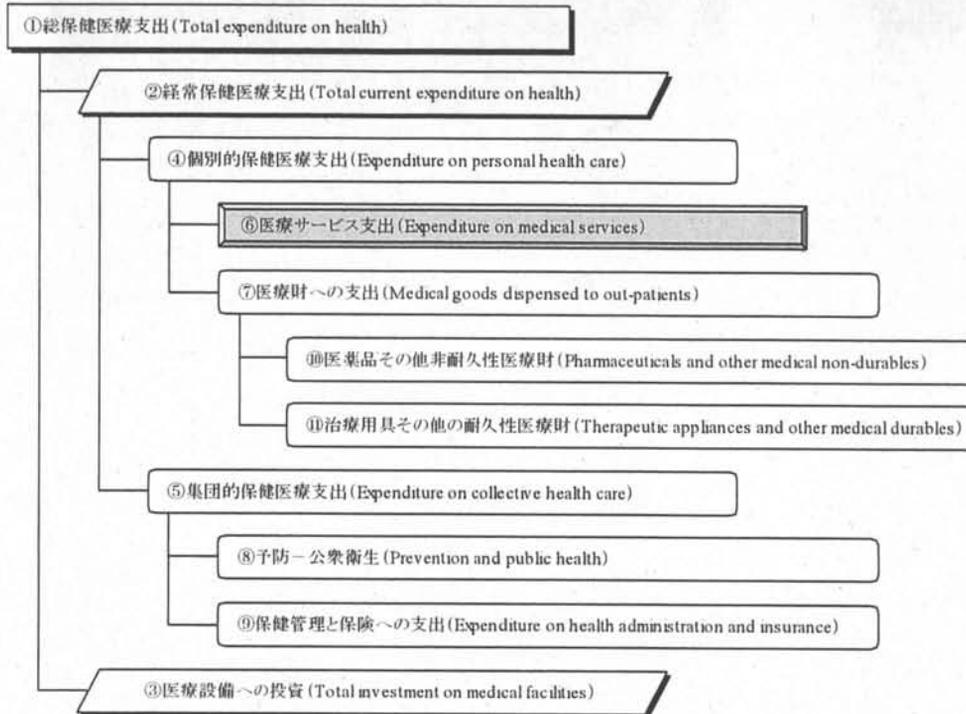
図表 3-1 推計手法の開発およびモニタリングの仕組み（2006年）



(2) 構造について

主要な推計範囲である Expenditure on health の構造を図表 2 に示す。

図表 3-2 PART4 (Expenditure on health) の構造



図表 が示すように、①「総保健医療支出 (Total expenditure on health)」は、②「経常保健医療支出 (Total current expenditure on health)」と③「医療設備への投資 (Total investment on medical facilities)」で構成される。このうち③は、病院や診療所、介護老人保健施設による設備投資額である。

②は、④「個別的保健医療支出 (Expenditure on personal health care)」と⑤「集団的保健医療支出 (Expenditure on collective health care)」の合計である。

④は、⑥「医療サービス支出 (Expenditure on medical services)」と⑦「医療財への支出 (Medical goods dispensed to out-patients)」の合計である。

⑤は、⑧「予防-公衆衛生 (Prevention and public health)」と⑨「保健管理と保険への支出 (Expenditure on health administration and insurance)」の合計である。このうち、⑧は、各医療保険者による保険給付、行政の実施している母子保健事業及び学校保健事業に要した費用、そして、企業の法定外福利費に含まれる医療・保健費などが含まれる。また、

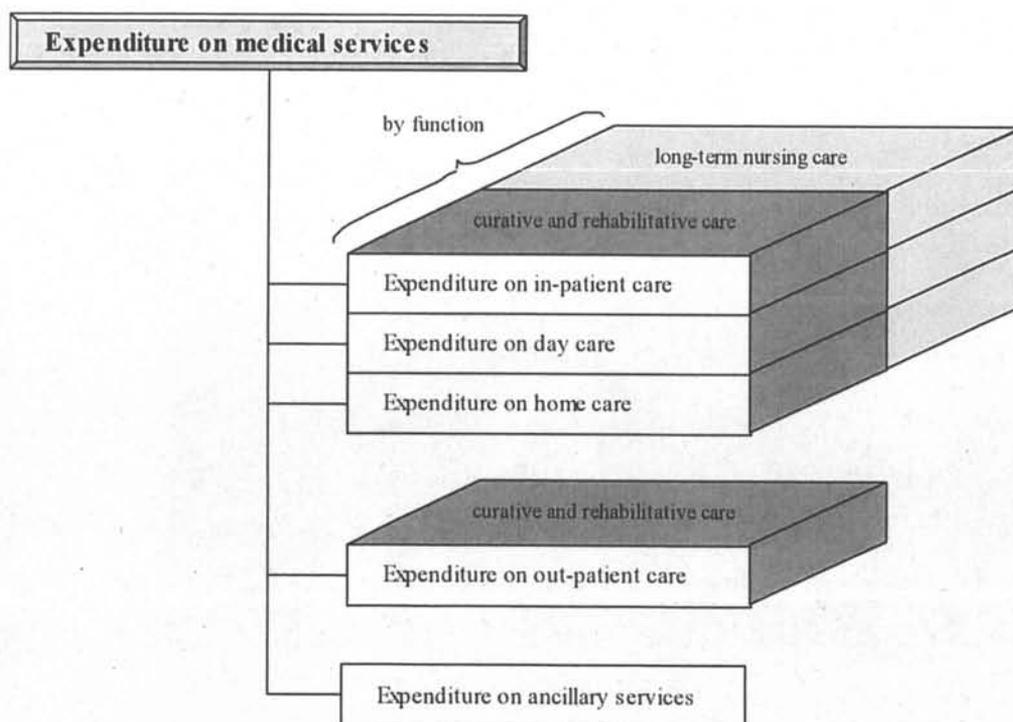
⑨は、医療保険制度の運営・実務に要した費用（人件費や物件費など）のことであり、具体的には公費負担医療の運用において国・地方自治体が審査支払機関へ委託している審査支払部分の費用、各医療保険者による保険の適用、保険料の徴収、明細書の点検などに係る費用を含む。

⑦は、⑩「医薬品その他非耐久性医療財 (Pharmaceuticals and other medical non-durables)」と⑪「医療用具その他の耐久性医療財 (Therapeutic appliances and other medical durables)」の合計である。⑩には、処方薬に係る費用や一般医薬品に係る費用、衛生材料などの非耐久性医療財に要した費用が含まれる。また、⑪は、眼鏡や補聴器、血圧計、体温計、舗装具などの耐久性医療財に要した費用を含む。

基本的に各項目は、財源別に Public（一般政府や社会保障基金による負担）と Private（民間保険会社や家計による負担）に分類される。

さらに、図表 3-3 示すように、⑥は「入院医療費 (Expenditure on in-patient care)」、「外来医療費 (Expenditure on out-patient care)」、「デイケア医療費 (Expenditure on day care)」、「在宅医療費 (Expenditure on home care)」、「補助的サービス (Expenditure on ancillary services)」の総額である。さらに、「リハビリテーションを含む急性期 (curative and rehabilitative care)」と「長期医療系 (long-term nursing care)」という機能別分類もなされている。なお、「外来医療費 (Expenditure on out-patient care)」は、全て「リハビリテーションを含む急性期 (curative and rehabilitative care)」に分類される。

図表 3-3 医療サービス支出 (Expenditure on medical services) の構造



OECD Health Data 推計結果

4. 2005 年度の推計結果

(1) 2005 年度総保健医療支出の概況

本研究にて推計した 2005 年度における〔総保健医療支出 (Total expenditure on health ; THE)〕は、図表 4-1 に示すように、約 40 兆 9501 億円であった。

このうち〔経常保健医療支出 (Total current expenditure on health)〕が約 40 兆 0109 億円 (対 THE 比 97.7%)、〔医療設備への投資 (Total investment on medical facilities)〕が約 9392 億円 (2.3%) であった。

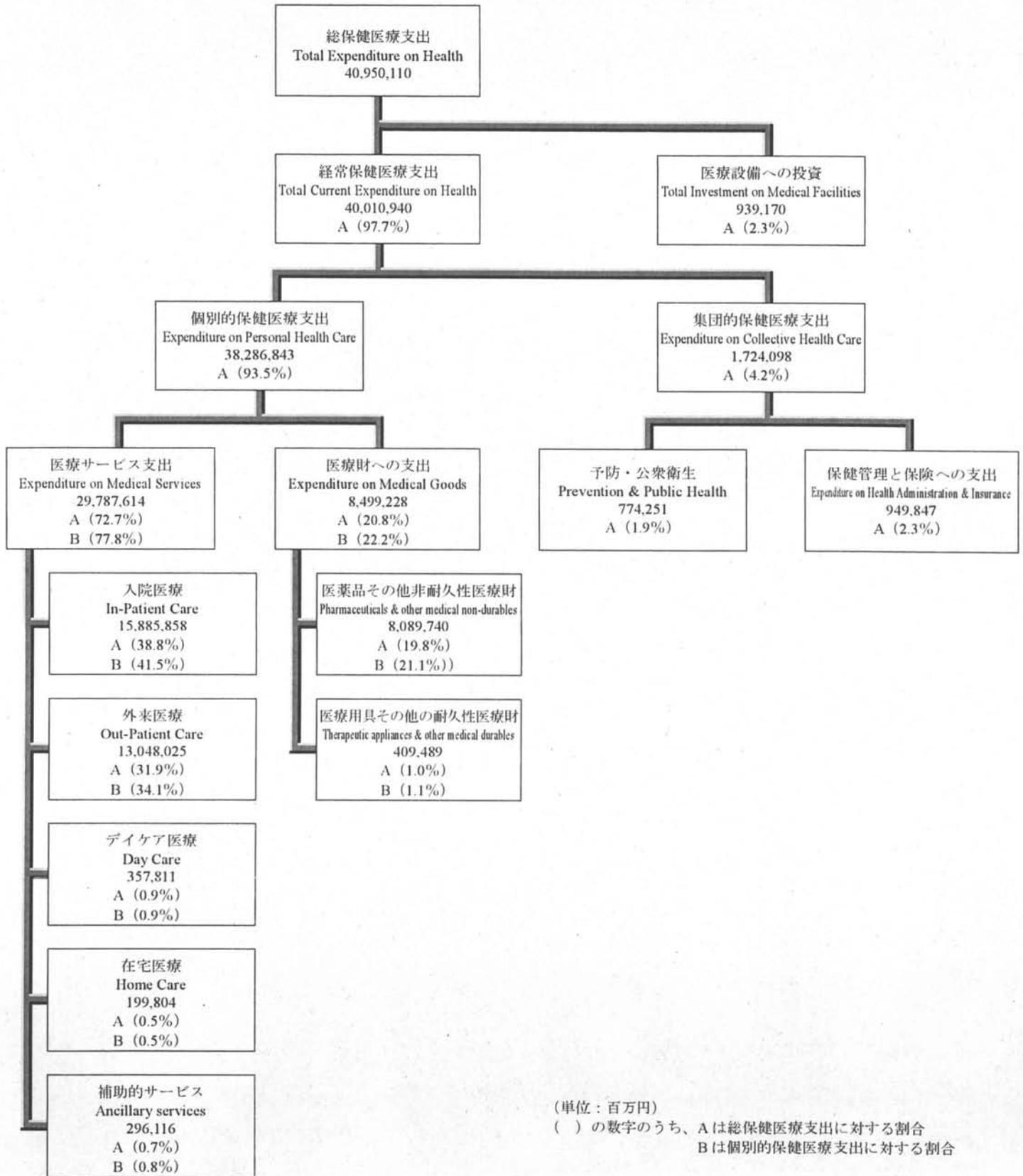
〔経常保健医療支出〕のうち、〔個別的保健医療支出 (Expenditure on personal health care)〕は約 38 兆 2868 億円 (対 THE 比 93.5%) であった。これは〔医療サービス支出 (Expenditure on medical services)〕約 29 兆 7876 億円 (72.7%) と「医療財への支出 (Medical goods dispensed to out-patients)」約 8 兆 4992 億円 (20.8%) からなる。

さらに、〔医療サービス支出〕の内訳をみると、〔入院医療費 (Expenditure on in-patient care)〕15 兆 8859 億円 (対 THE 比 38.8%)、「外来医療費 (Expenditure on out-patient care)」約 13 兆 0480 億円 (31.9%)、〔デイケア医療費 (Expenditure on day care)〕3578 億円 (0.9%)、〔在宅医療費 (Expenditure on home care)〕約 1998 億円 (0.5%)、〔補助的サービス (Expenditure on ancillary services)〕約 2961 億円 (0.7%) であった。

また、〔医療財への支出〕の内訳は、〔医薬品その他非耐久性医療財 (Pharmaceuticals and other medical non-durables)〕約 8 兆 0897 億円 (対 THE 比 19.8%) と「医療用具その他の耐久性医療財 (Therapeutic appliances and other medical durables)」約 4095 億円 (1.0%) であった。

〔経常保健医療支出〕のうち、〔集団的保健医療支出 (Expenditure on collective health care)〕は約 1 兆 7241 億円 (対 THE 比 4.2%) であった。これは〔予防—公衆衛生 (Prevention and public health)〕約 7743 億円 (1.9%) と〔保健管理と保険への支出 (Expenditure on health administration and insurance)〕9498 億円 (2.3%) からなる。

図表 4-1 保健医療支出の構造と推計値 (2005 年度)

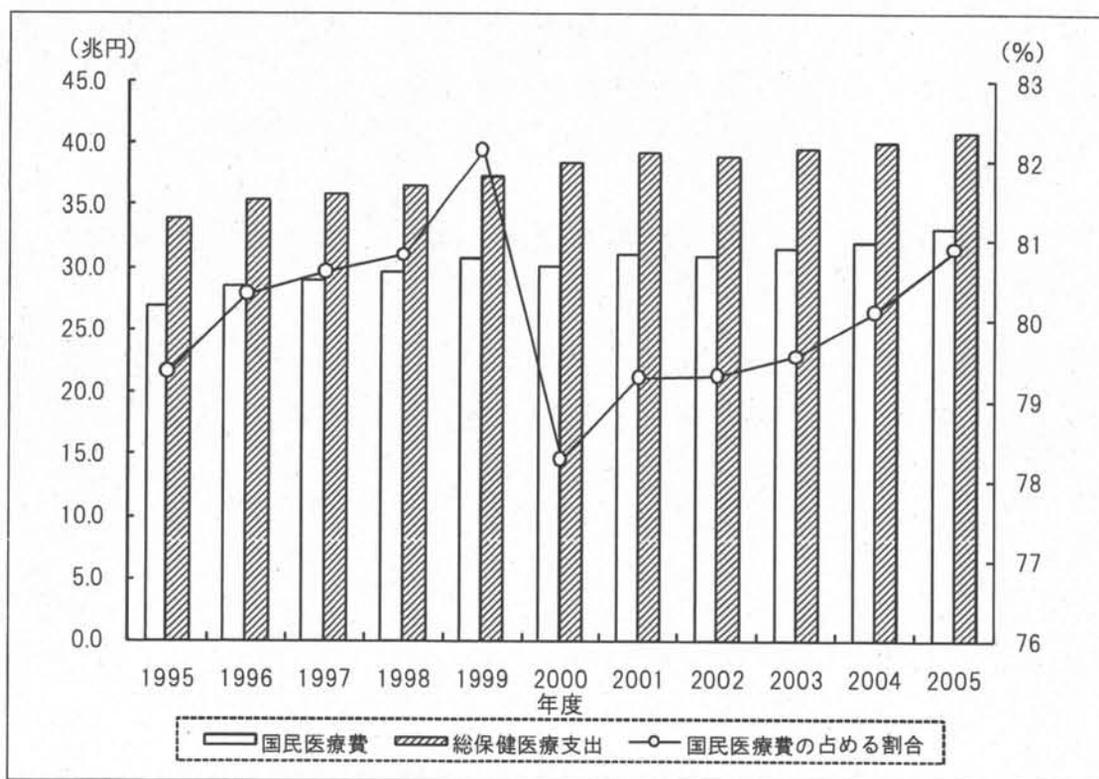


1995—2005 年度の推移

図表 4-2 は国民医療費と総保健医療支出の 1995 年度から 2005 年度までの過去 11 年の推移である。国民医療費は 1995 年度に約 27.0 兆円だったものが、1999 年度には約 30.7 兆円までに増加したが、2000 年度には介護保険制度へ一部の医療系サービスが移行した影響もあり、約 30.1 兆円に減少した。しかし、2001 年度には再び増加に転じ約 31.1 兆円となり、2003 年度は約 31.5 兆円、2004 年度は約 32.1 兆円、2005 年度は約 33.1 兆円であった。

一方で、総保健医療支出は 1995 年度に約 34.0 兆円だったものが、2005 年度には約 41 兆円に増加した。総保健医療支出に占める国民医療費の割合は、図表 4-2 に折線グラフで示すように、2000 年度は国民医療費の減少の影響を受けて 78.3% に低下したものの、2005 年度は 80.9% であった。

図表 4-2 国民医療費と総保健医療支出の推移



年度	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
国民医療費	26,958	28,454	28,915	29,582	30,702	30,142	31,100	30,951	31,538	32,100	33,129
総保健医療支出	33,966	35,417	35,870	36,598	37,377	38,512	39,225	39,022	39,643	40,070	40,950

単位：10 億円

公的統計の整備に関する基本的な計画（抄）

第2 公的統計の整備に関し総合的かつ計画的に講ずべき施策

第1の「3 施策展開に当たっての基本的な視点」に掲げられた事項のうち、「統計の体系的整備」、「経済・社会の環境変化への対応」について、総合的かつ計画的に講じていく具体的な施策は、以下のとおりである。

なお、本文においては、現状・課題や取組の方向性等を記述し、平成21年度からの5年間に講ずるより具体的な措置・方策、担当府省、実施時期等については、別表に整理した（本文及び別表の整理については、第3及び第4も同様である。）。

（略）

2 統計相互の整合性及び国際比較可能性の確保・向上に関する事項

（略）

(4) 医療費に関する統計の国際比較可能性の向上

ア 現状・課題等

我が国の医療は、国民皆保険制度の下、高い保健医療水準を維持するとともに、世界最高水準の平均寿命を実現してきた。この公的医療保険制度により賄われる医療費に関する統計は、昭和29年度以降、医療経済における重要な指標の一つとして整備されている。

他方、OECD（経済協力開発機構）は、医療保険対象外の予防・健康関連サービス、医療制度の運営、設備投資等の費用を含めたSHA（国民保健計算の体系（A System of Health Accounts））を国際データ収集の枠組みとして開発し、マクロな保健医療支出推計の国際比較データの収集及び提供を行っており、我が国においても、高齢化の進展を背景にして、疾病予防や健康管理を重視する施策への転換、国民の健康や医療費に対する関心の高まり等により、これまでの公的医療保険制度に係る医療費推計に加えて、医療保険対象外の予防・健康サービス等の費用を含めた国際比較可能な保健医療支出推計に関する統計の整備の必要性が指摘されている。

イ 取組の方向性

こうした状況を踏まえ、医療費に関する統計の体系的整備、国際比較可能性の向上の観点から、保健医療等の分野全体の医療費をマクロでとらえる統計（OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計）を公的統計として位置付けることについて検討する。

別表 今後5年間に講ずべき具体的施策

「第2 公的統計の整備に関し総合的かつ計画的に講ずべき施策」部分

項目	具体的な措置、方策等	担当府省	実施時期
(4) 医療費に関する統計の国際比較可能性の向上	○ 医療費に関する統計の体系的整備、国際比較可能性の向上の観点から、保健医療等の分野全体の医療費をマクロでとらえる統計（OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計）を公的統計として位置付けることについて、できるだけ早期に結論を得られるよう、学識経験者や利用者を含めて検討する。	厚生労働省	平成21年度から検討を開始し、できるだけ早期に結論を得る。

わが国の医療統計体系について

タカハラ マサユキ
高原 正之*

I はじめに

平成21年4月1日に新統計法が施行され、「公的統計の整備に関する基本的な計画」も3月13日に閣議決定された。これを機会に、医療に関する基本的な統計の体系の解説を行い、関係者の参考としたい。医療については様々な統計があるが、ここでは体系とこれを構成する基本的な統計だけを取り上げ、個々の統計についての詳細な説明は行わないので、ご関心のある方は、各統計の報告書をお読みいただきたい。

II 医療統計の2つの体系

政府の医療統計は2つの体系からなっている。ひとつは具体的な医療のニーズとその供給体制、供給量を把握しようとするものである（以下、医療活動の体系）。もうひとつは医療活動に伴う資金の流れによって医療の生産、分配、支出を把握しようとするものである（以下、医療経済の体系）。

国民が医療に関心を持つのは、病気やけがをしたとき、出産するときに必要十分な医療を受けることができるのかということだろう。どのような患者がどれぐらいいて、その患者に医療を提供するスタッフや設備がどれぐらいあるのか、医療活動の体系はその答えを提供しようとするものである。ここで重要なのは貨幣に換算された額ではなく何人、あるいは何病床といった実物の単位での把握である。一方、医療のた

めにどれぐらいの経費がかかるのか、それを誰が負担しているのか、どのような仕組みで支払われているのか、それは一体誰のどのような病気の治療のために使われているのかも知りたいと思っているだろう。医療経済の体系はこの期待に応えるものである。こちらでは貨幣の単位での把握が求められる。これら国民の知りたいと思うことは同時に、政策の立案、効果の把握のために把握されるべきことでもある。

片方の体系だけでは日本の医療の実態を把握し理解することはできない。2つの体系を整備することによって医療のニーズの予測やこれに基づいた供給体制の整備、医療費の予測や財政面での手当などの政策立案のための基礎を提供できる。

さて、医療統計の体系は、医療の特性を良く捉えたものでなければならない。医療を衣食住など普通の消費財と比べると大きな違いがある。衣食住は毎日の生活に常に必要なものである。これに対し、診療は基本的には誰かが傷病にかかったとき初めて必要が生じるものであるし、予防は誰かが傷病にかかるおそれがあるときに必要となるものである。広い意味での医療の根本には誰かが傷病を負うこと、あるいはそのおそれがあることがある。医療統計体系は誰がどのような病気にかかるかを念頭に置いて構築されなければならない。

次に、医療サービスは時と所が極めて重要である。救急医療などでは交通事故に遭って重いけがを負った患者の治療は一刻を争い、5分の違いが生死を分かつこともある。慢性期の治療の場合でも、患者が長い時間をかけて遠い医療施設に通うのは負担が大きい。かと言って医療

* 厚生労働省大臣官房統計情報部長

従事者も医療設備も簡単に素早く長距離移動できるものではない。この点は医療活動の統計を作る場合には、特に注意が必要である。

3番目に、医療は生命、健康といった極めて基本的な必要に対応するものであり、日本や多くの先進国では社会扶助、社会保険などを通じて、誰もが必要な医療を受けられることを理想として社会化が進んでいる。これは、最終的に医療費の負担をする者と医療を受ける者の間に差があることを意味する。このようなシステムの下で相当な所得の移転が行われている。医療経済統計はこの関係も明らかにする必要がある。

Ⅲ 医療活動の体系

医療活動のニーズの把握の基礎となっているのは、患者調査であり、供給体制、供給量の把握の基礎となっているのは医療施設静態調査、病院報告である。

患者調査は、男女別年齢別に何人の患者が、どのような傷病で、どのような医療施設で、どのような医療サービスを利用しているかを示すものである。医療サービスの内容としては入院か外来か、入院ならばどれぐらいの期間入院しているかなどかなり細かい部分まで把握している。開発途上国などでは、潜在的には治療が必要であるけれども実際には治療を受けられない患者がいるが、わが国ではそのような事例は少なく、おおむね、現実の医療サービスの利用を医療サービスの潜在的な必要量と考えていいだろう。もっとも、若者の性感染症や結核患者など治療を必要としていながら治療を受けていないものがあることにも配慮が必要である。

このようなニーズに対応する医療サービスの供給体制を示すのが医療施設静態調査、病院報告である。これらは病院、診療所などの医療施設がどれだけあるか、どのような診療科があるか、集中治療室、人工透析装置、病床などの医療設備がどれだけあるか、そこで医師、医療従事者がどれだけ働いているかを示している。これらは医療のサービスの提供体制、供給能力を示すものである^{註1)}。医療サービスに対する

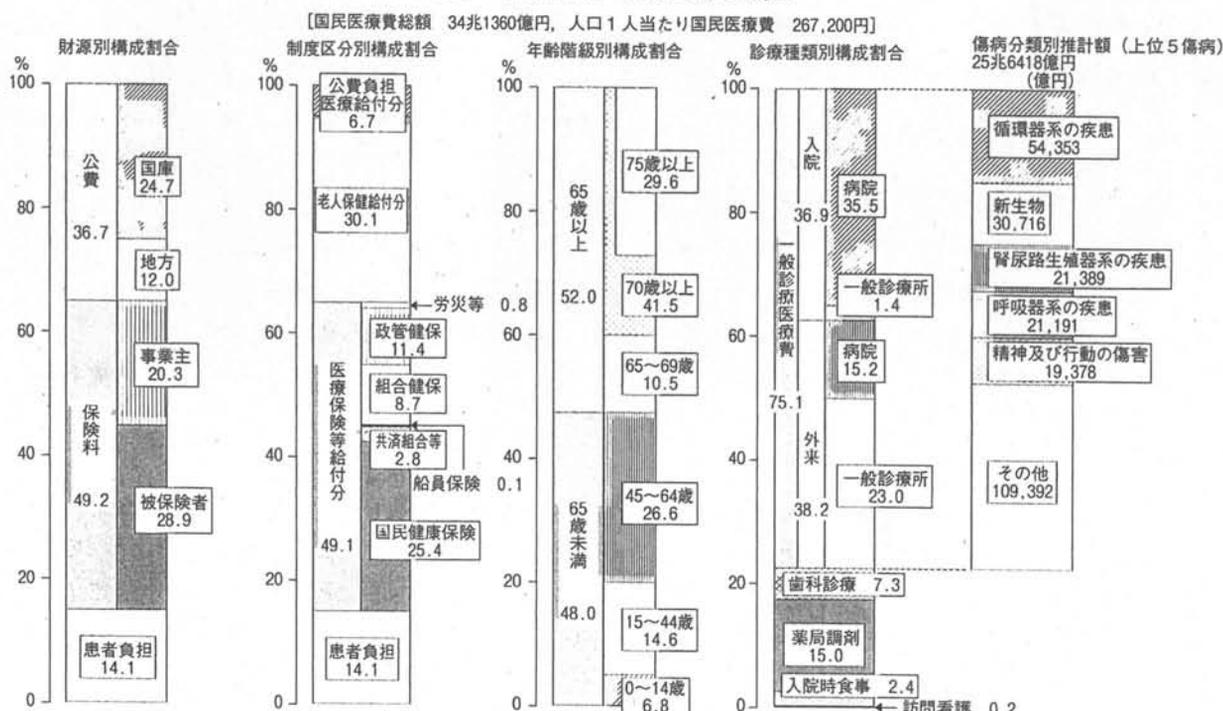
ニーズは本質的に時々刻々と変化するものであり、現実にはどれだけのサービスが提供されているかも問題であるが、いざという場合にどれだけの医療サービスを提供できるかが国民の生命と健康を守るために極めて重要である。もちろん、現実には、診療、手術、検査などのサービスをどれだけ提供しているかなどもこれらの調査は示している。

先に説明したとおり医療サービスにとっては時と所が重要であり、医療サービスに対するニーズと供給体制、供給量は全国的にバランスがとれていけばいいとはいえない。大阪で交通事故に遭ったとき東京で受け入れ体制があっても意味はない。地域ごとのニーズと供給体制のバランスが重要である。このため、報告書では患者調査は二次医療圏まで、医療施設静態調査、病院報告は都道府県まで地理的に区分して表章している^{註2)}。医療施設静態調査、病院報告も報告書には掲載していないが主な集計表について二次医療圏ごとのものを作っており、政府統計の総合窓口(e-Stat)で閲覧できるようにしている。地元の状況がどうなっているか、是非、一度お読みいただきたい。これにより、都道府県、二次医療圏ごとに医療に対するニーズと供給体制のバランスを把握することができる。都道府県が医療計画を作るときにはこれらの地域的情報が不可欠である。

ところで、わが国では、公的保険を利用する場合であっても、患者は自由に医療機関を選べる(フリーアクセス)。このため、受療行動調査により患者がどのように病院を選択するか、どのような希望を持っているか、どの程度満足しているかを把握している。

なお、これらの調査は需給のバランスを把握するためのものであるため、異なる時点で実施しても意味がない。このため3年に1回、同一年に実施している(病院報告は毎年)。需要に応じた供給体制の整備という観点から、需要は感染症の流行など季節的な需要の増加の影響を受けない時期に標準的な量を把握することが望ましい。調査時期は秋とされている。

図1 平成19年度 国民医療費の構造



資料 厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」

注 1) 制度区分別国民医療費は当該年度内の診療についての支払確定額を積み上げたものである（ただし、患者負担は推計値である）。
制度区分別国民医療費以外はすべて推計値である。

2) 上記の数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

IV 医療経済の体系

医療経済の実態を包括的に示すためには、国民経済計算（SNA）のように支出、生産、分配の3面から把握できるような体系が必要である。このため、2つの統計がある。ひとつは国民医療費^{注3)}であり、医療の特性に配慮して医療の支出面を多角的に把握している。もう1つは、医療の生産、分配面を把握している医療経済実態調査である。これらは全国に重点を置いて表章している。

なお、平成24年2月に第1回の経済センサス—活動調査—が実施される予定である。これにより医療経済の体系的把握が前進することが期待される。

(1) 国民医療費

国民医療費はいくつかの軸を設定し、様々な角度から医療費を捉えている。図1は左から、誰が医療費を負担しているか、どのような制度を通じて医療費が支払われているか、どのよう

な年齢の者のために使われているか、どのような医療施設が提供するどのような治療のために使われているか、どのような傷病の治療のために使われているかを示したものである。これらが国民医療費の基本的な軸である。

1) 財源別医療費

これは医療費の最終的な負担者を示すものである。わが国には公的な医療制度、様々な公的な医療保険制度、私的な保険があり、これらから支出が行われている。もちろん個人がこれらの制度を使わずに医療サービスを受けることも自由である。公的な保険は主に保険料（税）により賄われているが、それを支払うのは事業主であったり、被保険者であったり様々で、さらに保険診療にも自己負担があるなどかなり錯綜している。これを整理して、国庫、地方の公費、事業主、被保険者の支払う保険料、患者が自己負担するものに整理している。

制度区分別医療費ではどのような制度を通じて医療費が支払われているかが示されているが、同じ保険制度でも保険料が事業主によって支払われている場合、従業員によって支払われてい

る場合、住民によって支払われている場合、あるいは公費が投入されている場合があり、その最終的な負担者が財源別医療費で明らかにされている。

先に述べたように医療についてはサービスを受ける者とその費用を負担する者が一定しないことが多く、医療費の最終的な負担者を明らかにすることは重要である。

これらの負担割合は制度の変更がなければ、短期間に大きく変動することは考えにくいですが、もし、最終的な負担者が分からなければ、今後、医療費が増えた場合に誰の負担が重くなるかも分からないし、制度改革をしたときにその前後でどのような変化が生じたのかも分からない。

なお、このような財源について諸外国の情報を得ることは必ずしも容易ではないが、そのような情報があれば有意義な国際比較もできよう。SHAがこのような方向でも整備されていくことを期待したい。

2) 制度区分別医療費

どのような制度を通じて医療費が支払われているかを示している。国民経済計算(SNA)の制度部門別の所得支出勘定の支出に相応するものであるが、制度部門が細分化されている。また、医療費が公的保険制度によって賄われているかどうか分かる。

3) 年齢階級別医療費

これは、誰のために医療費が支出されているか、言い換えると誰がどれだけの額の医療財・サービスの提供を受けたのかを示すものの1つである。政府や国民の関心は、医療費の負担だけではなく、必要とするものが必要十分な医療を受けているかどうかにもある。したがって、誰のための医療費かを把握する必要がある。

誰がという観点に立つと、理論的には患者を様々な観点から分類することができるが、これは年齢階級別の医療費を示すものである。これと人口統計を組み合わせるにより、年齢階級別の人口1人当たり医療費も推定している。

また、政府、国民が医療費の負担をする以上、医療費の予測をしなければならない。

わが国では少子高齢化と言われるように人口

構成が変化してきている。高齢化が必ず医療費の増加をもたらすとは言えないが、将来、医療費がどのように変化していくかを考える上で、高齢化の要素を無視することはできない。どのような年齢のものにどれだけの医療費が掛かっているかを知ることは重要である。

なお、同じ観点から、図には示していないが、患者の住所を元に「都道府県別」医療費の総額、1人当たり医療費も推計している。

この観点から言えば、男女別の医療費の推定が将来の課題である。

4) 診療種類別医療費

これは医療財・サービスを提供する主体とその提供しているサービスの中身を区分して、医療費を示している。例えば、医薬分業により、病院、診療所に支払われる医療費と調剤薬局に支払われる医療費が変化していく様子はこれで分かる。また、入院のための医療費と外来のための医療費の割合も分かる。

5) 傷病分類別医療費

経済学的にみれば医療サービスはきわめて特殊な財である。通常の財はどんなときにも効用をもたらすものである。効用がゼロであることはあっても、マイナスとはならない。医療についてはこれが当てはまらない。例えば、採血されるのが好きだという人はいないだろう。バリウムを飲むのは楽しいだろうか。歯を削られるのを好む人はあまりいないはずである。胃の摘出に喜びを感じる人がいるとは思えない。

これらの財・サービスに効用があるのは、病気になったり、けがをしたりしたときだけである。言い換えれば、これらの財・サービスの需要を決めるのは、本質的には病気やけがである。病気やけがが原因であり、医療費はその結果である。この因果関係に即して、どのような病気やけがの治療のどれだけの医療費が使われているかを示す必要がある。

このような傷病別の医療費は、政府、国民、保険者、医療機関共通の関心でもあるだろう。医療費の予測、国際比較にも欠かすことのできない情報である。例えば、がんの治療費の削減に役立つ薬剤が開発されたとしてその経済的な

効果を把握するためには、がんのためにどれぐらいの医療費が費やされているかを知っておかなければならない。

傷病分類別医療費はこれを示すものである^{注4)}。

以上が主な軸の説明であるが、国民医療費はこれらの軸を組み合わせた2次元、3次元の情報も提供している。医療費は、誰かが何らかの傷病にかかり、何らかの診療を行うから支出されるものである。誰もけがをせず、病気になることもなく、健康に過ごすのであれば医療は不要である。診療が行われなければ医療費は発生しない。したがって、論理的には「誰の」と「どの傷病の」「どのような診療に」医療費がかかっているのかを明らかにする、「年齢階級別」「傷病別」「診療行為別」を組み合わせた3次元の医療費が最も根源的なものだろう。こういうものも国民医療費は提供している。

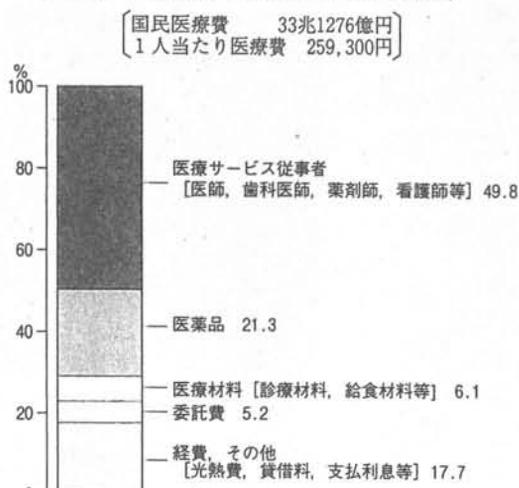
1つの例を示そう。「45歳から64歳のもの」の「悪性新生物」の「入院」のために費やされた医療費は、1985年度には、2917億円であった。これが2005年度には5970億円に増加した。一方、同じ年齢の「結核」の「入院」のための医療費は、428億円から67億円に減少した。

医療費の時系列的な比較や国際比較のためにはこのような情報が必要である。ある国の医療費が他の国に比べて多いとしても、それは1人当たり医療費の高い高齢者が多いといった人口構成の違いによるのかもしれないし、高額の治療費を要する傷病にかかるものが多いなど疾病構造の差によるのかもしれない。同じ傷病に対する医療費の差に起因するのかもしれない。医療費の比較のためにはこのような情報が不可欠である^{注5)}。

(2) 医療経済実態調査

国民医療費の支出には、病院、診療所、調剤薬局などの供給が対応している。しかし、この供給はこれらの主体の生産額、つまり付加価値額とは一致しない。他の経済主体が生産したものが購入され、中間投入として用いられているからである。端的な例では、調剤薬局は製薬会

図2 医療機関の費用構造 (平成18年度)



資料 「平成18年度国民医療費」「医療経済実態調査(平成19年6月)」結果等に基づき推計。

社などから購入した薬品を加工してあるいはそのまま供給している。

医療財・サービス供給主体が生産したものはどれだけなのか、これらの主体が生み出した付加価値はどのように分配されたのかを知るためには、国民医療費とは別に生産・分配統計が必要である。

このような体系があると、医療財・サービスに資金を投入したとき、それがどの程度、医療の従事者に分配されるか、サービス主体にどの程度の余剰が発生するかが分かる。また、どのような中間投入がどれぐらい必要となるのかが分かる。費用の構造が分かると言っても良い。

このような統計は、国民に対して適切な医療を確保するための政策の立案、制度の運用にとって不可欠である。

医療経済実態調査は、医療財・サービスについてこのような情報を提供している(図2)。

供給面、分配面に関連して問題となるのが、医療従事者の行動の把握である。受療行動調査により患者の行動が把握されているように、何らかの形で、医師、看護師、薬剤師、コメディカルの意識、行動、勤務実態を把握できるような公的統計の必要性が認識されつつある。いくつかの医療の職種については賃金構造基本統計調査で、賃金、労働時間などが把握されてきた。公的統計以外では、日本医師会が実施した「女

性医師の勤務環境の現況に関する調査」「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査」など、様々な調査が行われ始めており、厚生労働省でも研修修了者に対するアンケート調査が行われた。医療に係る職種の実態把握が進んでいることは高く評価されるべきであろう。

V おわりに

財政状況が厳しく、統計作成のためのリソースは削減され続けている。財政状況が急に好転することは期待しにくい。また、政府統計に対する国民の協力の意識は徐々に低下する傾向にあり、調査の実施は困難になりつつある。このような中でも医療は国民にとって不可欠のものであり、その実態を統計により明らかにすることは重要である。患者調査、医療施設静態調査などにより、医療の実体的な需給が把握され、国民医療費・医療経済実態調査がほぼ国民経済計算に対応して支出・生産・分配を明らかにしており、さらに、医療の本質から必要とされる支出の分類も持っている。これらからなる医療統計体系は一応の水準に達していると言える。しかし、さらに医療統計の改善・充実を図っていかねばならない。小論が関係者の医療統計体系に対する理解の一助となれば幸いである。

(参考) SHA について

参考のために OECD でとりまとめられている SHA について簡単に説明しておこう。なお、SHA については速水¹⁾が詳しい。

SHA (A System of Health Accounts) は保健医療に関する支出のみを記録する体系である。SNA のフロー部分のうち支出だけに対応している^{註6)}。この体系は基本的には3つの次元からなっている。

第1の次元は機能別分類と呼ばれるものである。医療・保健に関わる財やサービスの種類を示すものである。大きくは次の8つの項目からなっている。最初の5つは個人に提供される財やサービスである(参考表)。

この項目ごとに計算された支出は、SNA の統合勘定の国内総生産の支出側のうち、医療・保健部門の支出を示すものと言えよう。SNA の民間最終消費支出、政府最終消費支出、総固定資本形成に相当するものが含まれている。国民医療費の診療種類別医療費で示される診療行為別に医療費を示すという発想と似た考え方にたっている。その範囲は国民医療費より広い。

第2の次元は第1の次元に含まれるサービスを提供する主体を分類したもので、供給主体別分類と呼ばれている。やはり8つの主体に分類されている。これはSNAの経済活動別分類に対応している。

この次元で集計された支出は、医療に係る生産主体が提供した財サービスに対してどれだけの額が支払われたかを示すものでもある。逆の面から捉えれば、これはこれらの主体がどれだけの財・サービスを提供したかを示すものである。SNAでは経済活動(産業)別の総供給に似たものである。これは、これらの主体による生産額ではないことに注意が必要である。国民医療費の診療種類別医療費で示されている

参考表

1. 機能別分類	2. 供給主体別分類	3. 財源(支払い者)別分類
HC 1 診療サービス	HP 1 病院	HF 1 一般政府
HC 2 リハビリテーションサービス	HP 2 長期医療施設及び居住施設	HF11 社会保障基金以外の一般政府
HC 3 長期医療系サービス	HP 3 外来医療提供者	HF12 社会保障基金
HC 4 医療の補助的サービス (臨床検査、画像診断など)	HP 4 医療財の小売業者、その他の業者	HF 2 民間
HC 5 外来患者への医療財の提供	HP 5 公衆衛生プログラムの提供 及び管理	HF21 民間社会保険
HC 6 予防及び公衆衛生サービス	HP 6 一般保健管理業務	HF22 民間保険会社 (民間社会保険を除く)
HC 7 保健医療管理業務及び医療保険	HP 7 その他の産業	HF23 家計の直接支払い
HC 8 保健医療関連機能	HP 8 その他	HF24 対民間非営利団体 (民間社会保険を除く)
		HF25 企業

病院、診療所、調剤薬局などの区分に類似しているが、より幅広くとらえられている。

第3の次元は財源（支払い者）別分類と呼ばれているものである。SNAの制度部門別分類に対応している。ここに挙げられている主体は制度部門そのもの、あるいはそれを細分化したものである。大きくは一般政府と民間に区分されている。それぞれはさらに次のように（参考表）細分されている。

これに基づいて集計されたものは、どのような制度部門が医療費を支払ったかを示すものである。国民医療費で言えば制度区分別医療費に相当する。

さて、国民医療費と同様、SHAでも、単純な一次元の分類だけではなく、これら3つの次元の組み合わせにより、支出の詳細な把握を行っている。第1と第2の次元を組み合わせると、病院がどれだけの診療サービスを提供したか（＝社会全体としてどれだけの診療サービスを病院から購入したか）が分かる。第2と第3の次元を組み合わせると、例えば病院が提供した財サービスについて一般政府がどれだけ支払ったか（＝病院がどれだけ一般政府から受け取ったか）が分かる。第1と第3の次元を組み合わせると、例えば診療サービスに対して一般政府がどれだけ支払ったか（＝一般政府から受け取ったか）が分かる。

SHAの長所は基本的には第1の次元の幅が広いことにある。つまり、取り扱われる医療保険の財・サービスの範囲が広いことである。サービス提供者の種類が多いのは、これの反射であるし、支払い者の種類が多いのもこれに伴うものである。

SHAは国民医療費と同様に支出の体系である。しかし、残念ながら、医療の特性を反映した次元を今のところ持っていない。SHAが医療支出の体系に留まるとしても、医療の特性を的確に反映した体系へと改善されていくことが望まれている。

注1) 最近関心を呼んでいる医師数について、医療施設静態調査、病院報告では常勤医師については

人数を、非常勤医師については常勤換算をした人数を示している。これは従事者の1週間の勤務時間を勤務している医療施設で定めている1週間の勤務時間で割ったものである。例えば非常勤医師の1週間の勤務時間が20時間であり、勤務している医療施設で定めている1週間の勤務時間が40時間であれば、0.5人と計算している。現実にどれだけのサービスが行われているかを示すものである。平成20年医療施設静態調査では男女別の常勤換算医師数を把握することとしている。なお、医療施設に勤務している医師の人数を医師・歯科医師・薬剤師調査でも調査している。

- 2) 医療施設調査、病院報告は全数調査であるので、必要に応じて市町村などの集計を行うこともできる。また、医療施設をキーとして他の調査とのリンクも可能である。
- 3) 国民医療費は、各種の統計、行政記録を基に、医療保障諸制度ごとに毎年の給付額を求め、これに伴う患者の一部負担額と患者が医療費の全額を支払う全額自費を推計した加工統計であり、名目値を算出するものである。このような性格からデフレータは作成されていない。
- 4) 傷病の分類は国際疾病分類（ICD）によっている。
- 5) この問題はOECDでも意識されておりSHAマニュアルの今後の課題として、個人に対するケアの支出をジェンダー・年齢、疾病（ICD）、所得層に分割することが示唆されている。また、新たな次元としてジェンダー、年齢、地域、所得水準、社会階層、エスニックグループなどの対象者別のものを建てることも例として示されている。
- 6) フローの支出面だけを捉えたものに、フローとストックの両方を、また、フローについては生産、分配、支出の3面を捉えている包括的な体系であるSNA（A System of National Accounts）とよく似たSHA（A System of Health Accounts）と名付けたことが誤解を生んでいるように思われる。より実態に近いのはA System of Health Expenditure Accountsであろう。

文 献

- 1) 速水康紀、坂巻弘之、井原辰雄、他 OECD「A System of Health Accounts」準拠の医療費推計に関する研究 医療経済研究 2003；13：71-1