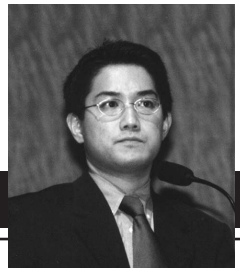
OECD A System of Health Accounts（SHA）準拠の医療費推計に関する研究



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 主任研究員　石井　聡

【スライド-1】

SHA というものはあまり聞き慣れない言葉かと思いますけれども、簡単に申しますと、医療費統計そのものではなくて、OECD が定めた医療費推計の統一的な枠組みとご理解いただければよろしいかと思います。

スライド1

OECD A System of Health Accounts(SHA)
準拠の医療費推計に関する研究

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
主任研究員
石 井　聡

第8回ヘルスリサーチフォーラム
2001.11.10

【スライド-2】

まず、当機構の研究内容について簡単にご説明させていただきます。

ご覧のような6分野を扱っております。本研究は一番上の「国民医療費に関する研究」の一環として行いました。

【スライド-3】

SHAの詳しい説明の前に、現状の日本における医療費の統計にはどんなものがあるかということについて、簡単にご説明させていただきます。

まず、毎年厚生労働省より公表されている国民医療費というものが最も一般的かと思います。ただし、こちらは医療費の推計対象として傷病の範囲に限っていることもあり、そのまま国際比較するのにはあまり適していないと言われております。

このような問題意識のもとに、私ども医療経済研究機構では国内総医療支出（TDHE と呼んでおります）という概念を構築して、1995 年以降、日米の医療費の比較を実施してまいりました。しかし、これは独自の概念ということもあり、他の国に対象を広げるのがなかなか難しい状況にあります。

スライド2

医療経済研究機構の調査研究事業

◎国民医療費に関する研究
◎診療報酬に関する広範な研究
◎医療・介護体制に関する研究
◎ヘルスケア産業に関する研究
◎医療・介護サービスの需給に関する研究
◎諸外国の医療保障制度に関する研究

スライド3

日本における医療費統計

◎国民医療費：厚生労働省
・推計対象範囲が限られているため、国際比較に適さない
◎国内総医療支出(TDHE)：医療経済研究機構
・国際比較可能な医療費の概念を構築
・1995年以降、日米の医療費比較を実施

【スライド-4】

一方、国際的な医療費統計ということでは、OECDがHealth dataとして毎年報告しております。従来のOECD Health Dataでは、項目の定義が不明確で、各国の判断にある程度任されていたという点、推計プロセスについても詳細がわからない、あるいは項目間の整合性が要求されていない、といったような問題がございまして、このデータ自体は各国から報告されておりますが、そのまま比較を行うには、十分に整合性が保たれているとは言えないという状況でした。

【スライド-5】

このような問題意識のもとに、OECDにおいて開発したのがSHAです。

SHAはOECDが定義した保健計算の国際基準でありまして、その中では、包括的な勘定枠組みとして「機能別分類」それから「供給主体別分類」「財源別分類」の3種類を提供しております。また、この3分類を使用したテーブルを定義しております。このSHAの概念が、2001年の6月に出版されたOECD Health Data 2001において、部分的に取り入れられております。

【スライド-6】

それぞれの分類について、簡単にご説明させていただきます。

まず「機能別分類」(HC分類と呼んでおります)。大分類レベルでHCの1～7まで、それから派生項目としてHC.Rという分類が定義されております。実際には、大分類の下に中分類、そのさらに下に小分類という形で、細かく定義されているものです。

【スライド-7】

続いて「供給主体別分類」(HP分類と呼んでおります)。こちらはご覧のHP1～7までと9の合計8つの大分類がありまして、項

スライド4

国際的な医療費統計

◎従来のOECD HEALTH DATA
- ・各項目の定義が不明確(各国の判断による)
- ・各項目の推計プロセスが不明
- ・項目間の整合性が要求されない

↓

国際比較を行う上で、十分に整合性が保たれているとは言えない

スライド5

SHAとは

◎OECDが定義した保健勘定の国際基準

◎包括的な勘定枠組みを提供
- ・機能別分類(HC)
- ・供給主体別分類(HP)
- ・財源別分類(HF)

◎上記3分類に基づく、標準表を提供

◎OECD HEALTH DATA 2001より、SHAの概念を導入

スライド6

機能別分類(HC)
Classification of Functions of Health Care

HC.1 治療的医療サービス
HC.2 リハビリ治療サービス
HC.3 長期看護サービス
HC.4 ヘルスケアの補助的サービス
HC.5 外来患者への医療供給
HC.6 予防および公衆衛生サービス
HC.7 保健管理および健康保険

※派生項目として、保健関連機能分類(HC.R)が定義されている

スライド7

供給主体別分類(HP)
Classification of Providers of Health Care

HP.1 病院
HP.2 看護施設(宿泊設備がある施設を含む)
HP.3 外来ヘルスケア提供者(診療所など)
HP.4 医薬品の小売りおよびその他の提供者
HP.5 公衆衛生プログラムの供給および管理
HP.6 一般健康管理および保険
HP.7 その他の産業(経済分野)
HP.9 その他

目によってはこの下に中分類・小分類とういふうに、詳細に分類が定義されております。

【スライド-8】

最後に3つ目の分類は「財源別分類」(HF分類と呼んでおります)。大分類レベルでHFの1、2、3の3つがございます。このシートには中分類レベルまで記載しております。項目によっては小分類まで定義されている部分もございます。

以上がSHAにおいて定義されている分類です。

【スライド-9】

続きまして、SHAが提供しているテーブルについてご説明をさせていただきます。

テーブルという形で定義されているのが、全部で10個ございます。今回の研究対象としたのはTable1から5までですが、先ほどご説明させていただいた、3つの分類を使用したテーブルです。

Table1は、先ほどの3分類全てを使用した3次元のテーブルで、このTable2～5の総括的な内容というようにご理解いただければよろしいかと思います。

Table2～4につきましては、先ほどの3分類のうちの、それぞれ2つの分類を使用した2次元のTableになっております。

Table5はTable4の派生のTableとご理解いただきたいと思います。

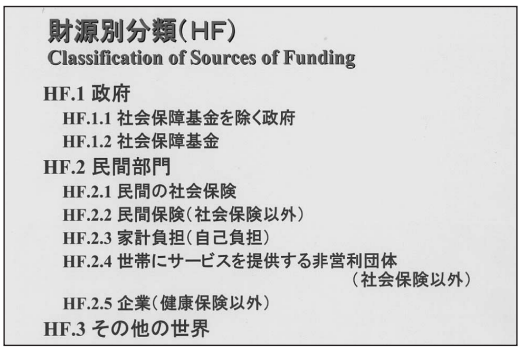
【スライド-10】

実際のテーブルのイメージです。スライドはTable4のイメージをお示ししています。具体的には、このTable4の場合ですと、縦に機能別分類がきて、横に供給主体別の分類がきているという形になります。

そして、それぞれの項目に該当する費用を適用する。必ずしも全ての項目に数字を入れる必要はなくて、該当する部分が無ければ0が入ります。

結果として、縦と横の総額欄の計が右下の部分で一致しなければならないということになります。

スライド8



スライド9

スライド10

【スライド-11】

以上までSHAの内容について説明いたしましたけれども、このSHAを導入することによって、では、どのようなことが期待されるかということについて、簡単にご説明させていただきます。

まず1つ目が、国際比較可能な医療費統計が揃ってくるのではないか。具体的な理由としては、項目を明確に定義しているので、国ごとに判断が異なるということが基本的には無くなる。また、項目間の整合性が保たれている。これは、大分類という項目が必ず中分類の合計になっていなければいけないといったことを、今回の新しいHealth dataの中でも要求されておりますので、項目間の整合性も確保されているデータになる。それから、そもそもSHAはOECDの加盟国の中で合意を得て作られた内容ですので、今後各国からのデータもこれに合わせて徐々に整備されていくことが期待されるということです。

もう1つが、前項の国際比較可能なデータということに関連しますけれども、政策的な利用可能性が高まっていくデータになるのではないかと思われます。その1つの理由としては、従来あまり無かった2次元あるいは3次元テーブルの形で医療費統計が提供されるということで、新しい視点での分析が可能になると考えられるからです。

スライド11

SHAの導入により何が期待されるか

◎国際比較可能な医療費統計
- ・各項目における整合性を確保
- ・項目間の整合性を確保
- ・OECD加盟国の合意

◎政策的に利用可能な医療費統計
- ・2次元（3次元）テーブルによる、新しい視点での分析が可能

【スライド-12】

今回の具体的な推計手法のコンセプトについて説明いたします。

基本的には国民医療費のデータ、及び私どもで行ったTDHEの推計手法をベースに行いました。できる限り公表統計資料を使用して、推計手法の継続性を考慮して行いました。また、費用の按分などを行う場合には、按分根拠となる数字をその他の公表統計資料から取得して分析を行いました。

スライド12

推計手法のコンセプト

◎「国民医療費」及びTDHEの推計手法がベース

◎可能な限り、公表統計資料を使用

◎「国民医療費」の費目を按分する場合は、按分根拠となる数値を他の統計資料から取得

【スライド-13】

推計プロセスの一例ですけれども、Long-term Nursing Care入院（HCの3.1分類というところになります）は国民医療費の老人保健施設療養費の部分に老人保健施設利用料（推計値）の合計値を適用いたしました。処方薬（HC5.1.1）は入院外費用、歯科診療医療費、薬局調剤医療費のそれぞれに占める薬剤比率から推計しております。大衆薬

スライド13

推計プロセス（例）

◎Long-term Nursing Care入院(HC.3.1)
老人保健施設療養費（国民医療費）＋老人保健施設利用料（推計値）

◎処方薬(HC.5.1.1)
入院外費用、歯科診療医療費、薬局調剤医療費のそれぞれに占める薬剤比率（推計値）から推計

◎大衆薬(HC.5.1.2)
出荷額＋輸入額に流通マージン率を掛けて算出

(HC5.1.2) については、出荷額および輸入額の合計に流通マージン率を掛けるという方法で算出しております。

他にも項目は多数あるのですけれども、一例としてここにお示しいたしました。

【スライド-14】

推計結果の一例です。

機能別分類の場合ですが、これは1998年のデータですけれども、まず右下の総額欄にあるように総額で34.4兆円。98年の国民医療費が約30兆円ですので、15％程度国民医療費よりも多い範囲になっております。

中身を見ていきますと、入院の部分が約40％で、入院以外の部分が約35％。この2つで大部分を占めているという状況です。

【スライド-15, 16】

【スライド-17】

研究成果としましては、以下の通りです。

SHA準拠の継続可能な推計手法を、今回の研究に於いて確立しました。

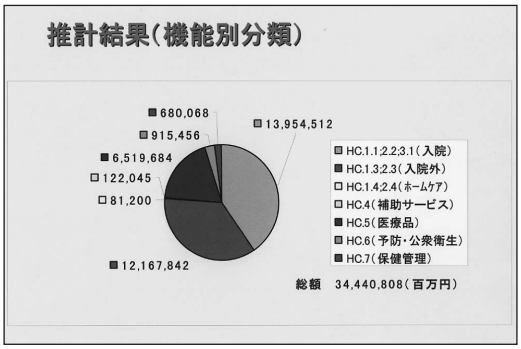
国際比較可能な医療費統計のデータとして1998年度のデータ、SHAの標準表を作成したということ。それから、OECD Health Data 2001に数値を報告させていただいております。

これらのそれぞれの項目においては、全て計算プロセスを明確化して定義しております。

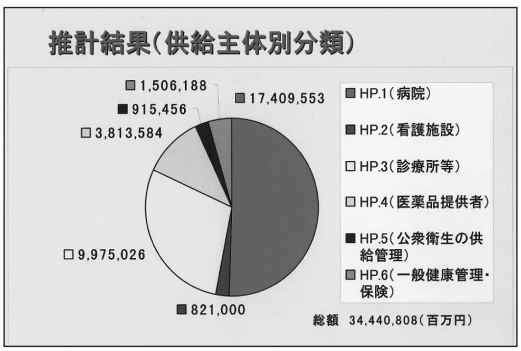
【スライド-18】

今後の課題ということで、こちらに4つ挙げさせていただいております。今回の研究は平成12年度の研究で初めて行ったもので、誰も今まで取組んでいなかった内容ということで、データソースの問題ですとか、あるいは推計手法の内容の問題、項目の分類における境界の問題、等がございました。それから今後の問題としましては、介護保険導入

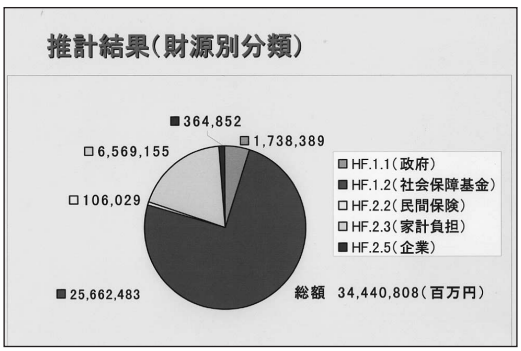
スライド14



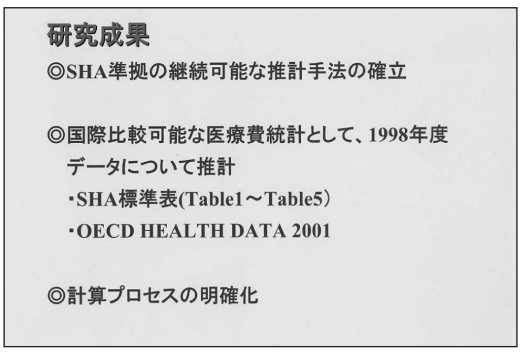
スライド15



スライド16



スライド17



後の問題がございます。介護保険導入後は、データソースが介護保険関係の統計資料になることも考えられますので、そういった意味で、今後データソースの見直しなども含めて取組む必要があると考えております。

【スライド-19】

今回の研究は、私ども機構の研究部長の坂巻、および国際部長の久保田、そして私の3人で行いました。

スライド18

今後の課題

◎データソースの問題

◎推計手法の問題

◎項目分類における境界の問題

◎介護保険導入後の問題

スライド19

SHA 研究プロジェクトチーム

◎研究部長　坂巻　弘之

◎国際部長　久保田　健

◎主任研究員　石井　聡

質疑応答

Q：　ご存知のように、今度の新しいインデックスであるOECDのSHAは、サービスとプロバイダーとファイナンスの3つのセクターから議論が展開しているんですが、私がOECDのデータを見てて感じることは、ヘルスというのはもともとクオリティなのに、いつもなぜ経済単価しか切り込めないのかなと、残念でしょうがないんです。仮に経済単価で切り込むにしても、購買力（パワーオブパーチェシングパリティ）は各国バラバラなんですね。これはもう経済力価、あるいは医療力価と言ってもいいんですが。パワーオブパーチェシングパリティが変わると、アベイラブルプライスも変わるし、アフォーダブルプライスも変わる。それが変わるとエクイティに影響してきますから、アクセシビリティも当然変わってくる。それが総医療費になるわけですね。さらにそれでも足りないんですが。ヘルスクオリティのプログレスプロセスというものは、各国によって違うわけですね。例えばある程度金銭単価で貧しくても、健康な国はいっぱいあるわけです。経済が豊かでも不健康な国・地域もたくさんあるわけです。基本的にはパワーオブパーチェシングパリティというものをベースにしたOECDやWHOのエバリュエーションに、世界がかきまわされているだけで、リライアビリティが非常に低いわけです。

今後、クオリティとクオンティティと、それから各国の力価といったものの総体的研究へ、ご研究はお進みになりますか。

A：　OECDは今回、SHAというものを定めて、各国に提供を求めているのですが、やはり、推計結果はこのフォーマットに完全に適合した形にはなっていません。そもそも、その金銭レベルでの話になってないという状況です。OECDの現在の認識は、これをきっかけに統計データをもっと細かいレベルまで各国で準備して欲しい、それが整備されることで、今おっしゃったような議論の幅を広げることができる、その契機になればいいのではないかと考えているようです。

OECD Health Dataにおいては、今申し上げている購買力平価換算あるいはドル換算レベルまでの掘り下げしか行われていない状況なんですけれども、仮に日本で今おっしゃったようなことまで踏み込んで行くにしても、公開されているデータが非常に限られたものになっておりますので、まずはSHAに対応できるような統計データを国レベルで整備していくことが最初のステップになっていくのではないかと、私は考えております。

それが、ある程度整備されていきましたら、次のステップとして、今おっしゃられたことが可能になるのではと、今回の研究を通して私は感じております。

Q：　有り難うございます。もし機会があればOECDとのコミュニケーションの中で、ヘルスクオリティについてコラムを増やすという話もしていただきたい。グローバルベースのサーベイをやるときにそれを入れると、極めて医療の本位に基づいた相関関係のシュチュエーションが出てくるということを、ご参考までに。

A：　かしこまりました。OECDの者にも伝えておくようにいたします。