

# 医療費統計の整備に関する検討会報告書

平成 23 年 3 月

## 目 次

I	はじめに	1
1	統計法の改正	1
2	基本計画の策定（閣議決定）	1
3	医療費統計の整備に関する検討会の設置	2
II	国民医療費について	2
1	国民医療費の概要	2
2	検討会における主な指摘事項等	2
III	SHAについて	4
1	SHAの概要	4
2	検討会における主な指摘事項等	4
IV	今後の方向性や検討課題	5
資料 1	医療費統計等の体系	8
資料 2	医療費統計等の比較	9
資料 3	平成20年度国民医療の構造	11
資料 4	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)	13
参 考	医療費統計の整備に関する検討会開催要項及び構成員名簿	16

## I はじめに

### 1 統計法の改正

- 統計法（昭和 22 年法律第 18 号）が平成 19 年 5 月 23 日に全部改正、公布され、平成 21 年 4 月 1 日に全面施行された。
  
- 改正後の統計法（平成 19 年法律第 53 号）では、公的統計の体系的かつ効率的な整備及びその有用性の向上を図るため、種々の規定等が整備され、その中で
  - ・ 公的統計の整備に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、公的統計の整備に関する基本的な計画（以下「基本計画」という。）を定める。（第 4 条）こととされた。

### 2 基本計画の策定（閣議決定）

- 政府は、統計法第 4 条第 1 項の規定に基づき基本計画を策定し、平成 21 年 3 月 13 日に閣議決定された。
  
- 基本計画においては、「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」のうち、「医療費に関する統計の国際比較可能性の向上」として、その現状・課題等と取組の方向性が次のように述べられている。

#### 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

#### 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

#### (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。

- また、基本計画では、平成 21 年度からの 5 年間に講ずるべき具体的な施策、実施時期等が別表として整理されており、医療費統計に関する部分は次のとおりである。

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」

- 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。

- 公的統計とは、行政機関、地方公共団体又は独立行政法人等が作成する統計をいう。（第2条第3項）

### 3 医療費統計の整備に関する検討会の設置

#### (1) 検討会の設置目的

- 基本計画において示された医療費統計において講ずべき具体的な措置、方策等について専門的見地からの意見・助言を得ることを目的として「医療費統計の整備に関する検討会」を設置した。

#### (2) 検討会における検討事項

- 基本計画において示された医療費統計において講ずべき具体的な措置、方策等を検討した。  
その検討結果は以下のとおりである。

## II 国民医療費について

### 1 国民医療費の概要

国民医療費は、国民に必要な医療を確保していくための基礎資料として昭和29年度から推計を行っており、我が国の医療保険制度や医療経済における重要な指標となっている。

国民医療費は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものである。

保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用は、実際に医療保険等によって支払われたもの（患者の一部負担分を含む。）、公費負担によって支払われたもの（患者の一部負担分を含む。）、全額自費によって支払われたものによって構成される。保険診療の対象とならない評価療養（先進医療（高度医療を含む）等）、選定療養（入院時室料差額分、歯科差額分等）及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含んでいない。

また、傷病の治療費に限っているため、(1) 正常な妊娠・分娩に要する費用、(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も含まない。

### 2 検討会における主な指摘事項等

- 医療費統計の整備については、国民医療費をSHA（国民保健計算の体系（A System of Health Accounts）。以下「SHA」という。）という大きな枠組みの中に統合的に位置づけるという考え方もあるが、一方で、利点や欠点等の特徴や目的が異なる両者を効率的に併用し、多彩な用途にそれぞれ対応させるという考え方も重要である。
- 国民医療費は、我が国の医療の根幹をなす公的な保険診療に係る費用のあらましを制度別、財源別、診療種別等の種々の切り口で長年にわたり継続的に表し、医療政策上の基礎資料の一つとして活用されてきたものである。また、我が国においてSHAを推計する際にも、医療にかかる費用の基盤的なデータ量としてまず第一番目に利用されるという位置づけであること等から、国民医療費そのものがそのままなくなってしまうたり、単純に他のものに置き換えられたりということは考えづらいのではないかと。
- 過去からの傾向の把握を行う上で、国民医療費は重要な指標であり、日本の医療保険制度に立脚した制度区分別の推計が行われており、傷病分類別などの詳細な解析も可能となっていることから非常に重要であり、単純にSHAに置き換えるべきものではない。
- 国民医療費は、財源別、制度区分別の他に、診療種別、傷病分類別、年齢階級別、性別など様々な切り口でアウトプット（推計区分等）が作成されており、SHAの基準で示されている切り口に比べて多様な面もある。これらについても継続して把握していくことが重要である。
- 国民医療費は、SHAの推計にあたり基盤的なデータソースとして活用されているが、国民医療費におけるアウトプット（推計区分等）はSHAが準拠している国際基準で求められている分類等とは整合性がとれていない部分も多い。  
将来的に、SHAを推計する側からのニーズにも合わせてレセプトデータの活用や統計調査の個票（調査票）データの分析などを通じて、より幅広く、かつ精緻な国民医療費のアウトプットにしていけば、国民医療費の推計結果をスムーズにSHAの推計作業に生かすことが可能となり、より効率的ではないかと。
- SHAは、国民医療費を利用して推計、作成されており、それぞれの目的やニーズにあわせた推計を行っていくことは重要であり、作成者間で連携をとってより精度の高い有用な統計に仕上げる努力が重要ではないかと。
- 国民医療費は確定額を用いて推計を行うという理由から対象年の約2年後に公表されており、速報性という観点からは課題がある。一方で、国民医療費の大部分をカバーしている「医療費の動向（MEDIAS）」は、国民医療費に比して、その対象範囲が若干狭く、財源別等の内訳が無いという欠点はあるものの国民医療費の公表より

約1年早く総額ベースでのデータが公表されており、大まかな医療費を速報的に公表するという観点からは有益な役割ではないか。

- 国民医療費については、その推計にあたり再現性を担保する観点から、使用データの種類や推計方法の具体的概要について記載したドキュメントを整備し、公表することは重要である。

外部の利用者が当該ドキュメントをもとに各種の基礎統計を用いて推計を試みる際に、どこまで再現できるかを含めて推計方法を把握できることが重要である。

- 一般に、加工統計を作成する場合、もとなる一次統計においてデータがしっかりと作成されていればより正確で精度の高い推計を行い得る。そのような観点から、加工統計の精度を高めるためには必要に応じて一次統計側や行政記録情報等保有側の協力も重要な要素ではないか。

### Ⅲ SHAについて

#### 1 SHAの概要

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である。

OECDはNHAの国際基準として、A System of Health Accounts(SHA)を2000年に発表し、加盟各国への参加を呼びかけており、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ている。

日本においては、財団法人医療経済研究機構が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推計を行っている。

#### 2 検討会における主な指摘事項等

- SHAの推計を行う上で、基盤となる主たるデータソースは国民医療費である。国民医療費の推計結果があつて初めてSHAの推計を行うことができ、その意味でも国民医療費のアウトプットを国際基準を踏まえた上でより広範化、精緻化することは重要である。

- SHAの推計結果は、国民医療費など約40種類の統計調査を用いて算出しているが、データの制約等により算出できない部分もあるため、それらの部分については

SHAに含めていない。それらの事情は程度に差があるものの各国でも同様である。

- SHAは、現在、2010年度末の完成を目標にSHA 1.0から2.0への更新作業が進められている途上である。

また、それらの更新作業とは別にOECDでは性、年齢、疾病別の医療費情報について新たに収集を始めようとしている。

- SHAのHC（機能別分類）と国民医療費の診療種別については大枠では対応関係がとれていると考えられるが、HC（機能別分類）は相対的にかなり細分化された基準として提示されており、そのレベルを目指して国民医療費でも診療種別推計において更に精緻化するような試みを検討することが重要である。

- 日本のOECDに対するSHAの報告は、対象年から2年後のタイミングであり、報告を行っている多くの国より約1年遅れ<sup>\*1)</sup>している。統計の適時性を高める観点から、国民医療費推計のための一次統計側にデータ提供の早期化を要望していくことも必要であるが、国民医療費とほぼ類似の範囲における医療費の総額ベースは医療費の動向（MEDIAS）で報告の約1年前から把握可能であることから、当該データ等を活用した速報的な概数値（プレリミナリー）<sup>\*2)</sup>を作成し、公表することにより即応性を確保する可能性についても検討することは重要ではないか。

\*1) 日本と同様に1年遅れで提出している国は、8カ国（オーストラリア、オーストリア、デンマーク、イスラエル、ラトビア、ノルウェイ、ポルトガル、トルコ）である。

\*2) 概数値（プレリミナリー）を提出している国は、7カ国（カナダ、アイスランド、イタリア、韓国、ルクセンブルグ、スロベニア、スイス）である。

- 内閣府で推計しているSNA（国民経済計算）など、関連する加工統計との間で数値の整合性等の相互チェックを行うことも重要な視点ではないか。これによって一次統計における問題点も含めた統計の課題が浮き上がってくる可能性も考えられ、加工統計の相互チェックという点で、生産的な試みと言えるのではないか。

#### IV 今後の方向性や検討課題

国民医療費やSHAについての今後の方向性や検討課題については以下の意見が出された。

- 表章項目、アウトプットの広範化、精緻化

国民医療費は、社会保障給付費やSHAの推計を行う際の重要なデータソースである。これらの加工統計の作成が容易になるような観点から、それぞれのニーズに合わせた国民医療費のアウトプットの作成を行うなど、推計のための支援を行うことが必要であり、そのためにも、

- ・ 平成20年度の国民医療費の推計より、年齢階級、傷病分類について新たに性別とクロス集計を行うなど、表章項目の細分化が行われている。これ以外にも今後、

様々なニーズが生ずることが考えられるため、引き続きアウトプットの広範化、精緻化に向けての工夫が重要ではないか。

- ・ 推計のもととなる一次統計について、推計の精度を高めることのみならず、アウトプットの広範化、精緻化を図る観点から、より範囲の広く細かいレベルのデータの提供についても要望していくことが重要ではないか。

○ 推計に関するドキュメントの整備

現在、作成・公表されている推計方法に関するドキュメントについて、推計の再現性を担保し、外部利用者等の利活用に資する観点から、どのようなデータを活用し、どのように推計しているのかをよりわかりやすく記述するなどの工夫をすることが重要である。

○ 公表の早期化

国民医療費については、推計結果の公表まで時間がかかることにより施策に活用する際に結果的に直近時点のものでないデータで対応せざるを得ない場合もある。推計に利用する一次統計の公表に時間を要することに起因するものと考えられるが、一次統計側に対してデータ提供の早期化について働きかけを行うことも重要である。

また、同様にSHAの推計についても、国民医療費を主たるデータソースとし、その公表が推計作業の前提となるため、時期の遅れはやむを得ない部分もあるが、適時性を高めるために他のデータソースを利用してプレリミナリーを作成することなどの検討や、一次統計側に提供の早期化を要望することが重要ではないか。

以上の議論を踏まえ、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について、SHAを公的統計として位置付けることについての検討も含め議論した結果以下のような意見が出された。

- 国民医療費、SHAともにそれぞれ重要な目的や用途を有する統計である。国際比較性の担保や、それぞれが把握する範囲や切り口等の違いといった観点からSHAと国民医療費が相互に調和が取れた形で両立されるという形態であればユーザーにとっても便益性が高いと考えられる。基幹統計等の公的統計化も一つの選択肢ではあるが、まずはこれらの加工統計の重要性を社会に認識いただき、その地位が高まって広く活用されることが重要である。

- 公的統計として位置付けることを検討する際に、SHAは国際基準に基づいて作成され広く利活用されている重要な統計であるが、我が国では民間機関の事業として作成されているという状況にあることを考慮する必要がある。

作成主体が国であれ民間であれ、SHAの作成を継続して精度の高い統計を作成していくためには、情報、経費及びマンパワーが必要であり、何らかのかたちで国が関与していく体制を整備する必要があるのではないか。



- 国民医療費、社会保障給付費、SHAで求められる数字を可能な限り確実に把握できるというのが重要な目標である。  
将来的に、公的統計化を目指すというところを目標にするのであれば、その前提としてデータの精度を高めていくことがまず必要であり、例えばレセプトデータの更なる活用可能性の検討も含め、まだいくつかの経るべきステップがある。
- 医療費統計を整備するに当たって、今後、特に注意すべき点は、統計作成のために医療現場等に今以上に新たな負担を課すことは妥当ではないということであり、そのためには既存資料等の高度利用を図ることも重要である。
- SHAの利用を踏まえた国民医療費のデータ収集及びアウトプットの検討を行うこと、SHAの推計を行うにしても国民医療費の連続性を担保したものとすること、など様々な課題があるが、SHAによる国際比較性を担保した上で、既存の統計をうまく利用していくことが現実的な方向性ではないか。
- 国民医療費推計のための新たなデータソースの活用や他の統計での利用が容易となるアウトプットの作成、SNA（国民経済計算）との関係性、国際的な比較可能性という大きく3つの課題がある。現時点で、どれか特定の面だけの観点から公的統計化を一義的に考えるのではなく、例えば、レセプトデータベースの活用が試行的に開始される予定であることなど、推計のための環境の変化もあることから、まずは、それらの活用可能性等も含め、今後も継続して検討を進めることも必要ではないかと考える。

# 医療費統計等の体系

資料1

保健	医療	介護	年金	その他福祉				
<p><b>社会保障給付費</b> 94兆848億円(2008年度)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"> <p>【医療】 29兆6,117億円</p> </td> <td style="text-align: center;"> <p>【介護】(再掲)*1 6兆6,669億円</p> </td> <td style="text-align: center;"> <p>【年金】 49兆5,443億円</p> </td> <td style="text-align: center;"> <p>【福祉その他】*2 14兆9,289億円</p> </td> </tr> </table>					<p>【医療】 29兆6,117億円</p>	<p>【介護】(再掲)*1 6兆6,669億円</p>	<p>【年金】 49兆5,443億円</p>	<p>【福祉その他】*2 14兆9,289億円</p>
<p>【医療】 29兆6,117億円</p>	<p>【介護】(再掲)*1 6兆6,669億円</p>	<p>【年金】 49兆5,443億円</p>	<p>【福祉その他】*2 14兆9,289億円</p>					
<p><b>S H A</b> 40兆9,960億円(2007年度)</p>								
	<p>国民医療費 34兆8084億円 (2008年度)</p> <p>医療費の動向 (MEDIAS)</p>	<p>介護サービス費*3 6兆3587億円</p> <p>介護予防サービス費*3 3788億7400万円 (2008年度)</p>	<p>*1 社会保障給費の【介護】(再掲)には、介護保険法に基づく給付の他、生活保護法の介護扶助、原爆被爆者介護保険法一部負担金及び介護休業給付が含まれる。</p> <p>*2 社会保障給付費の「福祉その他」には、社会福祉サービスや介護対策に係る費用、生活保護の医療扶助以外の各種扶助、児童手当等の各種手当、医療保険の傷病手当金、労災保険の休業補償給付、雇用保険の失業給付が含まれる。</p> <p>*3 「介護サービス費」及び「介護予防サービス費」は、介護給付費実態調査(厚生労働省大臣官房統計情報部)による。</p>					

# 医療費統計等の比較

資料2

	国民医療費	医療費の動向	SHA	社会保障給付費
作成主体	大臣官房統計情報部保健統計室	保険局調査課	(財)医療経済研究機構	国立社会保障・人口問題研究所
目的・概要	<p>「国民医療費」は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものである。</p> <p>保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用は、実際に医療保険等によって支払われたもの(患者の一部負担分を含む。)、公費負担によって支払われたもの(患者の一部負担分を含む。)、全額自費によって支払われたものによって構成される。保険診療の対象とならない評価療養(先進医療(高度医療を含む)等)、選定療養(入院時室料差額分、歯科差額分等)及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含んでいない。</p> <p>また、傷病の治療費に限っているため、(1)正常な妊娠・分娩に要する費用、(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も含まない。</p>	<p>審査支払機関(社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会(全国分の取りまとめは国民健康保険中央会が行っている。))から診療報酬に関する審査支払業務において集まる医療費情報の提供を受け、これらを集約することで、医療費の動向を迅速に把握し、医療保険行政のための基礎資料を得ることを目的とする。</p>	<p>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。</p> <p>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である。</p> <p>OECDはNHAの国際基準として、A System of Health Accounts(SHA)を2000年に発表し、加盟各国への参加を呼びかけており、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ている。</p> <p>日本においては、(財)医療経済研究機構が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推計を行っている。</p>	<p>社会保障給付費は、ILO(国際労働機関)基準に従い、国内の社会保障各制度の給付費について、毎年度の決算等をもとに推計したものである。</p> <p>社会保障給付費の範囲は、ILOが国際比較上定めた社会保障の基準で決まる。3基準を満たすすべての制度を社会保障制度と定義し、その範囲で給付費を積算により算出する。</p> <p>①制度の目的が、次のリスクやニーズのいずれかに対する給付を提供するものであること。                      (1)高齢 (2)遺族 (3)障害 (4)労働災害 (5)保健医療 (6)家族 (7)失業 (8)住宅 (9)生活保護その他</p> <p>②制度が法律によって定められ、それによって特定の権利が付与され、あるいは公的、準公的、若しくは独立の機関によって責任が課せられるものであること。</p> <p>③制度が法律によって定められた公的、準公的、若しくは独立の機関によって管理されていること。あるいは法的に定められた責務の実行を委任された民間の機関であること。特に、労働者災害補償の制度については、民間機関により実行されていることがあるが、対象の中に含めるべきである。</p> <p>上記の基準に従えば、社会保障制度として、社会保険制度(雇用保険や労働者災害補償保険を含む)、家族手当制度、公務員に対する特別制度、公衆衛生サービス、公的扶助、社会福祉制度、戦争犠牲者に対する給付などが含まれる。ILO基準に従えば、地方自治体が地方の財政のみにより行っている事業等の費用も基準に合致するものであれば社会保障給付費から除外されるものではないが、国内の統計資料の制約から基本的には含まれていない。</p> <p>なお、給付の他に、管理費とその他の区分があり、それらの合計の財源を項目別(公費、社会保険料、資産収入、その他収入)に集計している。</p>
統計法上の種類	-(加工統計)	一般統計	-	-(加工統計)
報告周期	年度	年次 月次	年度	年度

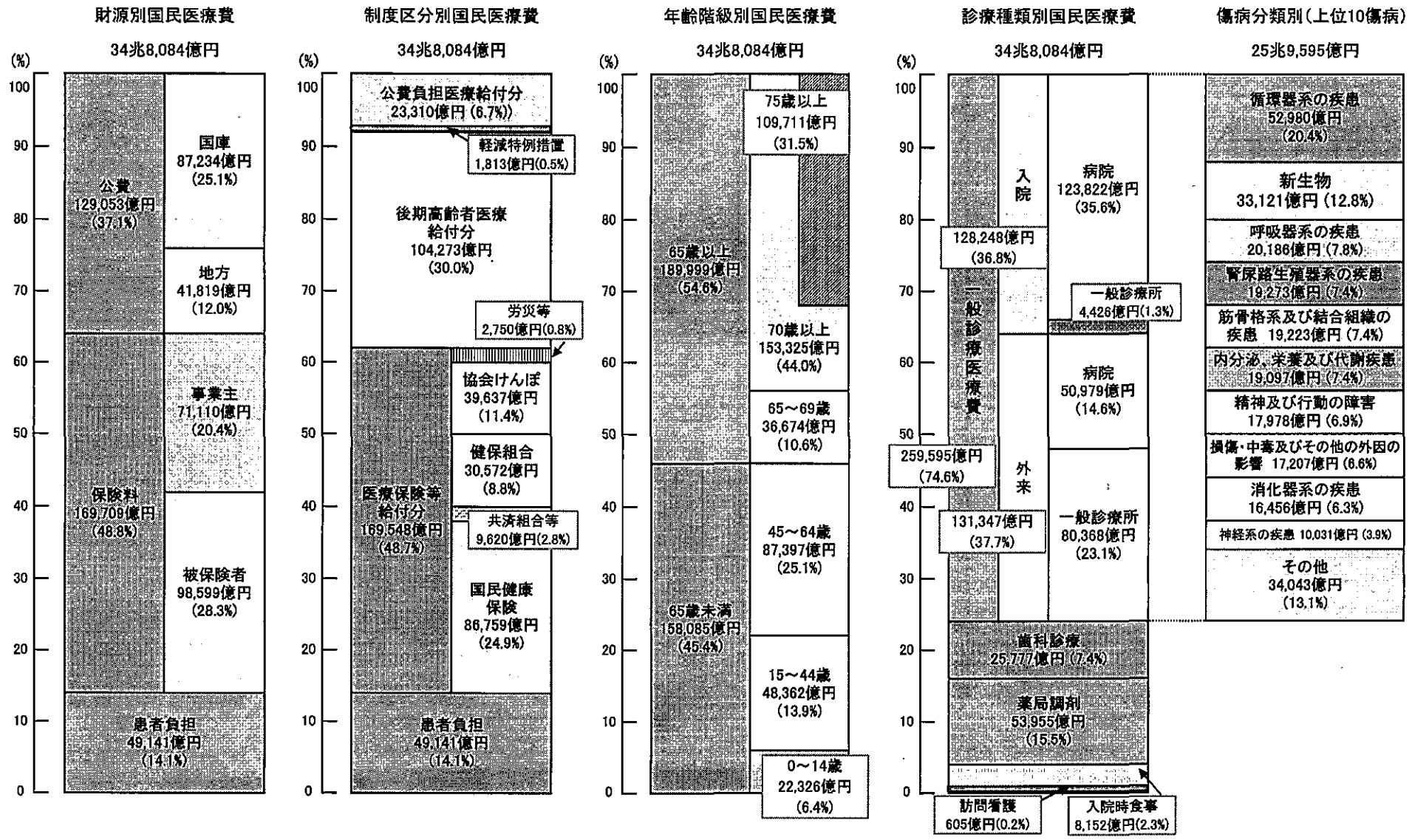
	国民医療費	医療費の動向	SHA	社会保障給付費
最新報告	2008年度(平成20年度)	年次:2009年度(平成21年度) 月次:2010年10月(平成22年10月)	2007年度(平成19年度)	2008年度(平成20年度)
報告時期 (実績)	2010年11月	年次:2010年8月 月次:2011年3月	2010年3月 (OECDに報告)	2010年11月
主な結果	制度区分別国民医療費 財源別国民医療費 診療種別国民医療費 性、年齢階級別国民医療費 傷病分類別一般診療医療費	制度別の概算医療費 診療種別の概算医療費 医療機関種類の概算医療費 都道府県別の概算医療費	HC×HF(機能別分類×財源別分類) HC×HP(機能別分類×供給主体別分類) HP×HF(供給主体別分類×財源別分類) HF×FS RC×HP	部門別社会保障給付費 機能別社会保障給付費 項目別社会保障財源 高齢者関係給付費 児童・家族関係給付費
国際基準等	—	—	OECD基準	ILO基準 (付録国際比較の日本データについては OECD基準で推計)
主な データソース	「協会・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・後期高齢者医療事業年報」 「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」等	審査支払機関(社会保険診療報酬支払基 金及び国民健康保険団体連合会)におい て処理された診療報酬明細書	「国民医療費」 「人口動態統計」 「社会医療診療行為別調査」 「介護給付費実態調査」 「介護保険事業状況報告年報」 「社会保障統計年報」 「事業所・企業統計調査報告」 「国民経済計算年報」等	独自調査票(各制度等の所管省庁および部 局への直接データ依頼)

# 平成20年度 国民医療費の構造

平成20年度 国民医療費の構造(総数)

[国民医療費総額 34兆8,084億円、人口一人当たり国民医療費 272,600円]

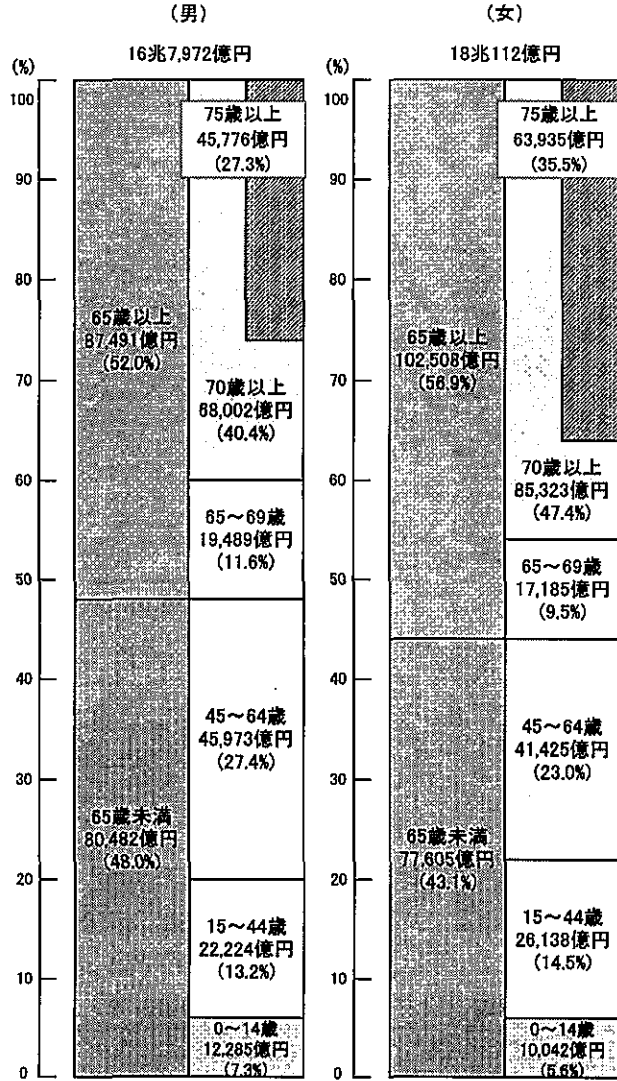
資料3



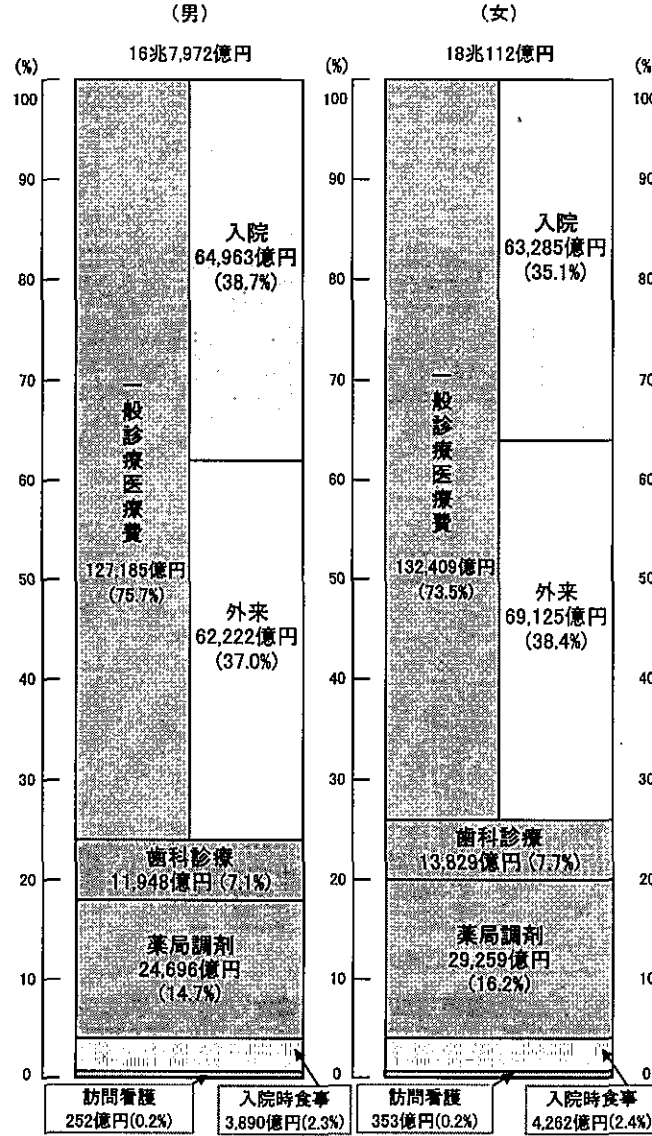
注：1) 制度区分別国民医療費は当該年度内の診療についての支払確定額を積み上げたものである。(ただし、患者負担は推計値である。)  
 2) 制度区分別国民医療費以外は推計値である。  
 3) 上記の数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

平成20年度 国民医療費の構造(性別)

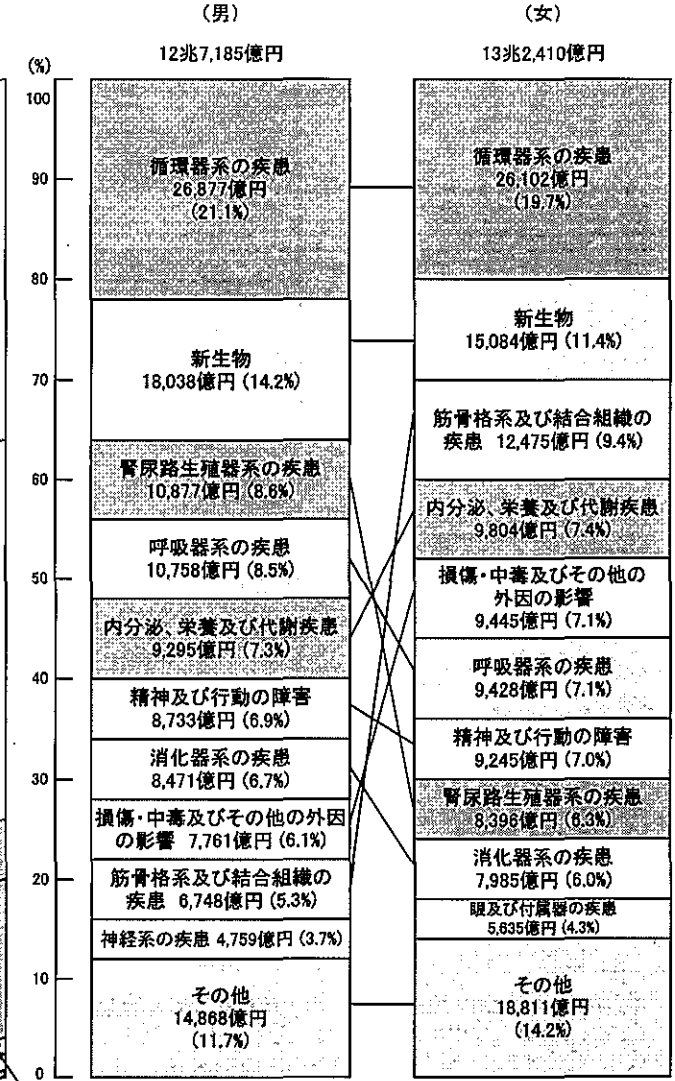
性、年齢階級別国民医療費



診療種別国民医療費



性、傷病分類別一般診療医療費(上位10傷病)



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)

資料 4

表1 保健勘定国際分類 ICHA

機能 Function		
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.1.4	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.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.5.1.1	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.6	Prevention and public health services	予防および公衆衛生サービス
HC.7	Health administration and health insurance	保健医療管理業務および医療保険
HC.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.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

供給主体 Provider		
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.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
HP.3.4	Out-patient care centres	外来診療センター

供給主体 Provider		
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.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.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.1.2	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	制度が定める一部負担を除く家計負担
HF.2.3.2	Cost-sharing: central government: state / provincial	公的保険適用サービスの一部負担
HF.2.3.5	government: Local / municipal government: Social security funds	
HF.2.3.6	Cost-sharing: Private insurance	民間保険適用サービスの一部負担
HF.2.3.7		
HF.2.3.9	All other cost-sharing	その他の一部負担
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



図 2. 機能(HC)、供給主体(HP)、財源(HF)と提出する2次元テーブルの関係

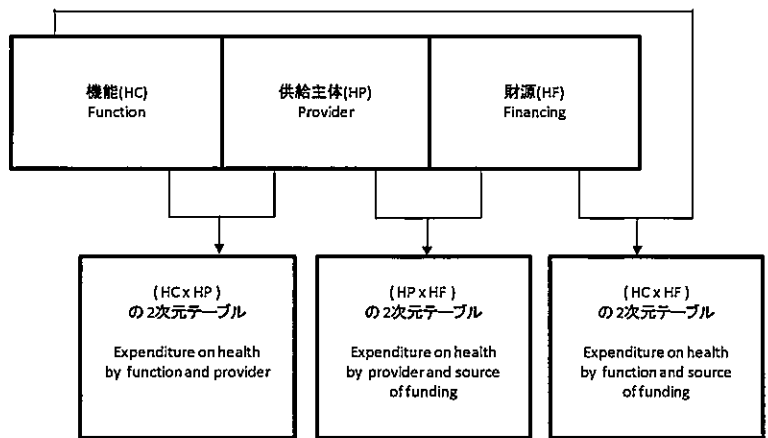


表2 SHA tables

No	SHA テーブル略称	SHA テーブル名称(説明)
1	HC×HF	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	HC×HP	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	HP×HF	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	HF×FS	Health Care Financing agents/schemes by Financing Source
5	RC×HP	Human Resources x Health Care Provider

## 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	慶応大学医学部衛生学公衆衛生学教授
廣 松 毅	情報セキュリティー大学院大学情報セキュリティー研究科教授 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