

# 健保連海外医療保障

No.86 2010年6月

## ■特集 I：イギリスの診療報酬制度

### ●イギリスにおけるプライマリケアP4Pの導入とその影響

…………… 堀 真奈美

## ■特集 II：諸外国の医療費比較

### ●国際基準としての医療費

—OECDのSHA手法に基づく総保健医療支出— 満武 巨裕

### ●総保健医療支出の国際比較

—ドイツ、韓国および日本—

…………… 満武 巨裕 石橋 洋次郎 肥塚 修子

### ●台湾

台湾の総保健医療支出 肥塚 修子 満武 巨裕

## ■参考 掲載国関連データ

### ●ドイツ／イギリス／韓国

# 健保連海外医療保障

No.86 2010年6月

健康保険組合連合会 社会保障研究グループ

## 特集 I : イギリスの診療報酬制度

# イギリスにおけるプライマリケア P4P の導入と その影響

東海大学准教授

堀 真奈美

Hori Manami

P4P (Payment for Performance) とは、EBMに基づき定められた基準やターゲット指標で医療の質や業績・達成状況を測定評価し、その結果に基づいて支払う診療報酬支払方式を意味する。

具体的な制度設計については国による違いがあるが、イギリスではGPの契約方式の見直しにより、2004年よりプライマリケアの支払方式の中に、QOF (Quality and Outcomes Framework) と呼ばれるP4Pの要素が組み入れられている。2008年からは、急性期医療やその他の専門医療においても、CQUIN (Commissioning for Quality and Innovation) payment framework<sup>1)</sup>と呼ばれるP4P要素が段階的に導入されたところである。

本報告では、代表的な診療報酬支払方式の概念整理を行った上で、急速に普及・発展するイギリスのプライマリケア P4P の特徴およびそのインパクトについて考察を行う。

### 1. はじめに

P4P (Payment for Performance) とは、2000年代以降、米英豪等を中心に急速に普及が進んだ新しいタイプの支払方式である。EBMに基づき定められた基準やターゲット指標で医療の質や業績、達成状況を測定評価し、その結果に基づいて支払う診療報酬支払方式を意味する。具体的な制度設計については国による違いがあるが、イギリスではGP(地域で開業する一般医/家庭医)<sup>2)</sup>の契約方式の見直しにより、2004年よりプライマリケアの支払方式の中に、QOF (Quality and Outcomes Framework) と呼ばれるP4Pの要素が組み入れられている。2008年からは、病院の急性期医療やその他の専門医療においても、CQUIN (Commissioning for Quality and Innovation) payment framework

と呼ばれるP4P要素が段階的に導入されたところである。

診療報酬支払方式は、このP4P以外にも多様にあるが、何れもプロバイダー(医療提供機関)のサービス提供行動を左右しうるインセンティブ構造を備えている。従来の支払方式は、量の増減に対するインセンティブがあっても、質の向上へのインセンティブを備えるものではなかった。P4Pは、より質の高い診療を行ったプロバイダー(医療提供機関)に資源を多く配分することで、質の向上に財政的なインセンティブを与えるものとなっている。

イギリスにおいてP4Pが導入されることになった背景には、①地域のプロバイダー(医療提供主体)による格差(質、アクセス)があること、②待機期間が長く、すぐにサービスが受けられないこと、③ハロルド・シップマンの連続

殺人事件<sup>3)</sup>やブリストル王立小児病院事件<sup>4)</sup>を発端とする国民の医療不信の高まりがあると思われる。

まず、①の地域のプロバイダーによる格差の問題は、「ポストコードによるくじ引き」と揶揄され、特に貧困層の集まる地域ではGP診療室があったとしても実際に登録可能なGPが少ないなどアクセス格差が問題視された。また、②の待機期間の問題は、NHSトラスト病院の待機リストとともに長年の課題であり、GPに電話してもすぐに予約できないことが社会問題とされた。③の不祥事は、継続的なモニタリングや内部監査を十分にしていれば被害を最小限に食い止めることができた事件であったと思われることから、NHS医療の透明性やアカウンタビリティが十分に確保されていないことが問題とされた。だが、そもそも1990年代までのNHSでは、モニタリングや監査可能な情報が収集できる状態になっておらず、客観的な評価が困難な状態であった。

これらは、プロバイダーの自主努力のみで改善できるほど容易ではなく、システムの構造的な問題でもあった。1990年代後半までのイギリスNHSは財政抑制下で改革が続き、その結果として、医療従事者の過重労働やモラールの低下が深刻視され、医療崩壊が起きていると一部で報道される状態に陥っていた。

そうした中、第二次ブレア政権によって2000年に『NHSプラン－10カ年改革プラン』が打ち出された。それ以降、NHSは大幅な予算拡大を伴う質の確保や患者の選択を重視する制度改革が相次いで行われることになった。特にプライマリケアでは、GP診療室の“現代化”(老朽化した施設の改修、高度化)が課題としてあげられ、新しい診療室の設置(3,000箇所)、GP増員(2,000人の追加)など、投資が積極的に行われるようになった。IT化のための投資も同時に行われた。

本稿は、こうしたNHS改革の中で導入されたP4P導入を含む診療報酬支払方式の変更が、医療サービスの質にどのような影響を与えたの

かを、2000年代以降イギリスのプライマリケアで普及したP4PであるQOFを中心に検討する。

## 2. イギリスの診療報酬支払方式の概要

### (1) 医療機関への診療報酬支払体系の全体像

イギリスは、日本と異なり、病院への支払いとプライマリケアを担うGP診療室とで明確に役割分担、機能分化がはかられており、診療報酬の支払いも完全に独立している。

まず、病院に対する支払いとして、PbR(Payment by Results)という、HRG(Healthcare Resource Groups)<sup>5)</sup>コードに対応した全国料金表(ナショナルタリフ)を用いた支払方式がある<sup>6)</sup>。

2004年以前はブロック予算・契約方式により一定予算を配分していたが、段階的にPbRに移行した。HRGを活用することで異なる病院であってもコスト比較することが可能となり(ケースミックス調整あり)、一件当たりの平均的なコストを参照して全国料金表が作成されている。従前のブロック予算・契約方式と比べると、同じ疾病群に対する治療ならば、より短くより効果的に治療を行う経済的メリットが大きいことから、待機リストの削減や医療の標準化に貢献すると考えられている。また、「グッド・パフォーマンス」の病院に報酬を多く支払うインセンティブ構造を志向しているという意味で、一種のP4Pととらえることができる。

だが、PbRは、医療の質そのものを定義、評価しているわけではなく、前述の「EBMに基づき定められた基準や指標で医療の質や成果を測定評価し、その結果に基づいて支払う」というP4Pの定義には必ずしも合致しない。また、PbRを直訳すると、「結果による支払い」であるが、実際は、結果とは関係なく支払い額は決定される。どのような治療を誰に行ったかで支払は変わるが、ここでの結果とは、治療の結果としての業績や達成状況を意味していない。以上より、本稿では、P4Pの範疇には含めていな

い。

一方で、GPに対しての支払いは、伝統的に、登録患者数に応じた定額払い、つまり、人頭払い(Capitation)であった。もともとGPは、独立開業者としての地位を保持しており、保健省と英国医師会(the British Medical Association)が定めた全国統一のGMS(General Medical Services)方式に基づき契約を行ってきた。GMS方式の基本は人頭払い(GP当たり登録の患者数による支払い、ただし、患者年齢、患者の居住エリアによる簡単なリスク調整あり)であり、追加的に出来高払い(検査や避妊など一部の付加サービス)が組み合わされた。この方式では、出来高払い部分を除くと、同一エリアで登録患者数がほぼ同程度ならば、サービスを提供しようとしないと得られる報酬に大きな差が生じない仕組みとなっていた。つまり、登録人数に応じて年間報酬が定額化しているために、日数や件数を増やすようなインセンティブは全く働かない。

このように、人頭払いがメインの支払い方式では、サービスを多く提供してもしなくても報酬が一定であるため、過小サービスのインセンティブが働く仕組みとなっている。実際、イギリスでは、医療を必要とする確率が高いと想定される高齢患者や居住エリアから類推できる低所得者等ハイリスク者の登録を最初から排除するGPがいることが社会問題とされた。

## (2) GPの契約方式の見直しとQOFの導入

ブレア政権でのNHS改革に伴いGPの契約方式も大きく見直され、新しい方式(以下、新GMS方式)が2004年より導入された。新GMS方式では、GPが従来提供すべきとされたサービスは、基礎サービス(Basic Services)<sup>7)</sup>、追加サービス(Additional Services)<sup>8)</sup>、高度サービス(Enhanced Services)<sup>9)</sup>に3つに区分される。義務サービスについては必ず提供しなければならないが、追加サービスについてはサービスメニューから除外可能であり、特定分野のより高度なサービスは、GPの選択で提供することが

できるようになった。これにより個々のGPの働き方がより柔軟になり、働き方、サービスの提供のあり方によって報酬が大きく変わる仕組みとなった。

新GMS方式では、契約単位および患者登録単位はGP個人ではなくGP診療室単位となった。GP診療室は、地域の患者ニーズにより積算される必要な施設運営費を含む包括的報酬(グローバルサム)がPCTによって支払われる<sup>10)</sup>。具体的にいくら支払われるかは、性、年齢、罹患率、死亡率、住民の回転率(平均的受診頻度)、人口分布、生計費水準で調整された登録住民数等や物価水準や地域性に応じて決まる。これに、追加サービスや高度なサービスの実施状況に応じて費用が加減される。さらに、QOF(Quality and Outcomes Framework)<sup>11)</sup>の獲得ポイントによって報酬が追加されることになった。

このQOFこそ、新GMS方式の導入により組み込まれたプライマリケアP4Pの仕組みである。QOFで定められたターゲットとなる指標にもとづき達成状況がポイントとして評価され、獲得したポイントによってGP診療室は上乗せのボーナス報酬を獲得することができる。QOFによる報酬を受けるかどうかは任意であり強制ではなく、参加するためには事前に登録する必要がある。導入3年までにほぼ100%の診療室がQOFから多少なりとも報酬を受けており、急速に普及した。2008年でプライマリケアの支出の約15%がQOFによる報酬相当額になるという。

このほかにも、PMS(Personal Medical Services)契約と呼ばれる、地域のプライマリケアの予算、供給責任を保有するPCTとGP診療室との地域協定にもとづく方式などがある(地域協定の内容はPCTによって異なる)。PMS方式は1998年からパイロット的に導入された仕組みであるが、基本は、協定に基づきPCTはGPに一定の給与報酬を支払う方式である。この方式では、患者数、訪問数、時間はPCTによって規定されているため、特別なインセンティブは働くかない。だが、PCTとの契

約によって、通常の報酬に加えて、PCTが定めた指標の達成状況によって上乗せ報酬であるボーナスを受け取ることがある。これは、新GMS方式以前から導入されているものであるが、一種のP4Pといえよう。PMS方式もGMS方式の見直しを反映し、GPとPCTの合意があれば柔軟なサービス提供が可能になった。またPCTが直接GPを雇用する場合は、PCTがGMSサービス提供、住民はPCTに登録する形になり、PCTMS契約が結ばれる。

ブラウン政権は前ブレア政権路線を踏襲しており、「量より質」や「患者の選択」がより強調され、QOFの指標更新、患者の意見を反映させる新たな指標の開発が進められている。2008年にダルジ卿のまとめた『High Quality Care for All: NHS Next Stage Review final report』では、質の高いケアを提供したサービス提供機関に対して、財政的なインセンティブを与えることが示されており、Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) payment frameworkの導入が明記されている。股関節骨折、白内障、脳卒中など特定疾患を対象に、PbRによる疾病ごとの平均的な価格だけでなく、業績に応じた支払いが導入され、徐々に拡大していくという。これは、セカンダリケア、病院におけるP4Pの一種であるともいえるが、現在、CQUINは段階的に導入されているため、その効果はまだ不明である。2010年には病院収入の3~4% (700万~900万ポンド) がケアの質や患者の経験(満足度)によって獲得報酬に差が生じる見込みである。

以下では、すでに普及が進むプライマリケアのP4P要素であるQOFに焦点をあて、その特徴とインパクトを検討する。

### 3. イギリスのQOFの特徴

QOFの特徴として、①臨床ケア (clinical care)、②組織 (organizational)、③患者の経験 (patient experience)、④追加的サービス (additional services)、という4つのドメイン

に関して指標が設定されていることがあげられる。2004年導入当初は、全部で合計146指標があり、各指標0.5ポイントから56ポイント、最大1,050ポイントを獲得することが可能であった(なお、導入後、指標は複数の改訂を重ねており2009年では、合計129指標)。平均的なGP診療室は初年度で1ポイント当たり75ポンド、2年目には125ポンド獲得したといわれる<sup>12)</sup>。

臨床ケアに関する指標は76指標と全体の約57%を占める(2009年で80指標)。臨床ケアに関する指標は、10のターゲット(2009年には19まで拡大)となる慢性疾患(冠動脈性心疾患、メンタルヘルス、高血圧性疾患、脳卒中あるいは一過性脳虚血発作、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、喘息、癌、てんかん、甲状腺機能低下)に関するものであり、合計550ポイントまで加算される。

なお、指標の多くは、医療の質の中でもプロセスに関するものであり、治療の結果などアウトカムに関するものは少ない。たとえば、冠動脈性疾患患者で最近15か月に測定された血圧が150/90以下の人のパーセントが最低25~最高70%の範囲でポイントが段階的に加点される(最低の25%の閾値を越えるとポイントが獲得可能。最高の閾値以上となった段階でその指標で獲得できる最高の19ポイントが加算)。なお、臨床ドメインに関する指標の達成状況(上記の指標では、パーセントの数値)は、<治療をした人>/<治療に適した人>で計算される。ただし、必要がないのにやみくもに治療が行われるリスクを減らすことや、診療室で対応できない患者の受診拒否をなくすという意味で、この分母のところで、報告すべき適用対象者数を一定条件で除外することができる仕組みがある(実際の出現率から除外対象者を控除できる)。

組織に関するものとしては、①記録と情報管理に関するもの、②医療マネジメントに関するもの、③教育や研修訓練に関するもの、④臨床と診療マネジメントに関するもの、⑤患者とのコミュニケーションに関するものがある。たとえば、15歳から75歳以上の患者全ての喫煙率

に関する情報を記録、保存すると最大11ポイント、看護士やGPとの電話での相談を受けると1ポイント獲得できるといった具合である。導入当初は、この5つの領域で59指標、184ポイントまで加算できた。

患者の経験に対する指標としては、導入当初は、①患者満足度調査、②相談時間の2つの領域で4指標、最大100ポイントまで加算された。最近では、この2領域に加え、③包括的なケアの支払い、④質の診療支払い、⑤アクセスのボーナスに関する指標が追加されている。

追加的なサービスに関する指標としては、①子宮検診、②子供の健康経過観察、③妊婦ケア、④避妊サービスに関するものがある。導入当初は、この4領域で10指標があり、36ポイントまで加算された。たとえば、子宮検診で異常な“スメア(塗沫標本)”がある場合、フォローアップ体制を構築すると3ポイント獲得できる。

なお、QOF導入の前提として、指標に関するデータを系統的に収集、データベース化することが求められるが、イギリスでは、専用のITシステムとしてQM AS (Quality Management and Analysis System)<sup>13)</sup>が導入されている。QM ASとは、GP診療室からQOFの指標のデータを収集し、その結果をベンチマークにし、各診療室とPCTに対してフィードバックする全国仕様のITシステムである。これにより全国レベルの達成状況や疾病罹患率、ポイントの計算、獲得報酬の計算が可能となるだけでなく、継続的にモニタリングすることが可能となる。QM ASを利用するコストはPCTや診療室が負担する必要なく、国のITプログラム投資予算が用いられた。

ちなみに、QM ASでのデータ入力に詐称や誤りがあると機能が発揮されないことから、定型的な監査に加え、ランダムサンプルで詳細な監査が行われることになっている。エラーや詐欺の疑義があるものについては事前告知なしの監査が実施される。

#### 4. QOF導入のインパクト

ここまで述べてきたように、QOFは新GMS契約の一部に組み込まれた仕組みであり、プライマリケアへの支払いの全てではない。また、導入後の歴史も浅いが、イギリスのプライマリケアに少なからず影響を与えていることが明らかになっている。

まず、インセンティブ構造から予想されたインパクトでもあるが、QOF導入後、ターゲットの疾患や指標を中心に質の改善傾向がみられている。たとえば、Doran等(2006)によると、導入前後1年でみると、コレステロール値が低下した患者割合は71%から79%に上昇し、アスピリンや抗凝固剤を使用した患者割合が90%から94%に上昇するなど、質の改善がみられていることを示す先行研究が多い。Gulliford等(2007)、Tahrani等(2007)、MaGovern等(2008)、Hippisley-Cox等(2007)でも同様の結果が得られている。

ただし、この改善効果について、財政インセンティブに反応した結果であるとは限らないというCampbell等(2007)、Steel等(2007)の指摘もある。Campbell等(2007)は、QOFターゲットの疾患である心疾患(15臨床指標)、喘息(12臨床指標)、Ⅱ型糖尿病(21臨床指標)のデータ収集し、導入前後およびインセンティブの有無で相違があるかを分析した。その結果、①3疾患全てにおいてQOF導入以前の1998年と2003年の間に改善傾向にある、②糖尿病と喘息は2003年と2005年の改善率は統計的にも有効である、③心疾患についてはQOF導入以前と導入後の改善状況のスピードに違いがないという。のことから、Campbell等(2007)は、質の改善とインセンティブの有無は関係ないと主張している。

また、Campbell等(2009)の継続研究では、①P4P導入前後で喘息と糖尿病の臨床の質は改善したが、2005・2007年では3疾患とも改善率が鈍化していること、②インセンティブに関係しない臨床の指標の数値は悪化していること

示している。Campbell等(2009)は、患者の主観的な認識についても調査をしているが、その結果、P4P導入前後で医療のアクセスと医師・患者関係に関する患者の認識に変化がないが、ケアの継続性については導入直後に低下していると指摘する。

さらに、Steel等(2007)は、ターゲット疾患以外の臨床データも含めて分析し、その結果、ターゲット疾患の場合は、インセンティブの有無にかかわらず改善傾向であるのに対し、ターゲットとなっていない疾患については変動がないことを示唆している。加えて、Sutton等(2009)は、動態パネルプロビットモデルにより2001-2005年の315人の患者データを用いて分析し、その結果、ターゲットである疾患についてはSteel等と同様にインセンティブの有無にかかわらず改善傾向にあることを示している(スピルオーバー効果)。この結果から、インセンティブを付与することがValue for Money(VFM)という視点から課題が少なからずあることが示唆される。

一方、Kelman and Friedman(2007)やAshworth等(2008)のように、“ゲーミング”やインセンティブが与えられないケアの質の低下を懸念する声もある。ゲーミングとは、Gravelle等(2008)で詳細が検討されているが、報告するデータの詐称(登録疾病の対象となる患者数の過剰カウントなど)や報告除外患者数<sup>14)</sup>を意図的に増やすことにより数値を表面的によくする行為である。Doran等(2008)は、報告除外患者数の報告率が多いところほど高い達成状況であることを示している。ただし、これらがゲーミングの結果かどうかは断定できない。Doran等は患者の社会人口学的な特徴や診療室の所在地など社会経済要因が達成状況に影響を与えることを示唆している。診療室の所在地や規模に関連する指摘として、Wang等(2006)やKelman and Friedman(2007)は、貧しいエリアにあるGP診療室や管理専用スタッフを雇用できない小さなGP診療室では、QOFの組織ドメインのポイントが低いことを示している。

このほかのQOFへの質の懸念としては、Ashworth等(2008)は、①ターゲット疾患に関するプロトコールベースのケアが中心になり、コンサルテーションや質の継続性など全人的なケアが行われない、②慢性胃疾患や心理的な疾患などQOFで測定評価されないケアが軽視されることを挙げている。

一方、コストについては、ターゲット指標に対する業績の上昇と全体の予算増額の影響もあり、増加している。QOFによる獲得報酬額は、平均的なGP診療室で、導入初年度では1ポイント当たり75ポンド、2年目で1ポイント当たり125ポンドの報酬を得ている。結果として所得の25%から30%の増加に貢献したといわれる。質とコストの関係をVFMからみると課題があるというNAO(2008)の指摘もある。2002年度から2005年度の間に58%程度、GPの課税前所得は増えているが、患者へのサービスはそれほど増えていないという。

## 5. 日本への示唆

ここまで述べてきたように、ターゲット疾患の指標等の推移から見る限り、少なくとも短期的には、QOF導入は、質の改善に一定の貢献をしていると評価できる<sup>15)</sup>。だが、ターゲット疾患や指標で見られる質の向上についても、インセンティブの有無とは関係なく、インセンティブの誘引がどれだけ質の改善に寄与しているかは必ずしも明確ではないという指摘もあった。実際、既に述べたように2000年以降のイギリスでは、様々なNHS改革が実施されており、QOFは改革のほんの一部にすぎず、質の改善はQOFによってのみもたらされたと断定することは難しい。また、仮にQOFのみによる効果だとしても、VFMの視点から問題がないとは必ずしもいえない。

さらに、GPのようなプライマリケア医がおらず医療機能の分化が必ずしも進んでいない日本において、QOFのみを部分的に切り取って導入しようとしてもそれは難しい。日本の外来

診療にQOFを導入するならば、GPの創設（プライマリケアとセカンダリケアの役割分担の明確化、機能分化）も同時に導入しなければ整合性がとれないであろう。

では、イギリスの経験は何も参考になるところがないかというとそうではない。医療の質の継続的なモニタリングのために必要な評価指標、あるいは質の改善のためのターゲット指標を設定するにはどうすればよいか、医療におけるアカウンタビリティのあり方を考える上で少なからず参考になるであろう。

そもそも質の改善を行おうというときに、現状の質がどのようなものなのか客観的な指標で把握できない状態は、地図を持たない旅行に等しい。イギリスでは、国民の医療不信や質の懸念を背景に改革が行われてきたことから、P4P導入以前に、こうした質の改善のための指標構築やモニタリングの仕組みが先行して構築されてきた。たとえば、NICEというEBMに基づくガイドラインを作成する機関やナショナルサービスフレームワークなどの疾病や対象者ごとに求められるサービスの全国基準の作成も行われてきた。

最近では、EBMだけでなく、患者の声を質の指標に反映されることが重視されている<sup>16)</sup>。何をターゲット疾患とするか、何を質の指標とするかにより測定結果が大きく変わることになりうことから、質の評価には、指標の科学的妥当性だけでなく、指標への納得性、コンセンサスが求められる。さらに、全国レベルの基準による指標だけでなく、地域性を反映させようという動きもある。

このように指標に一定のコンセンサスが得られたとしても、各医療機関が指標に基づくデータを正確に収集、評価ができなければ機能しない。イギリスでは、QMASというシステムがQOFと一緒に導入され、測定結果は目に見える形でPCT、GP診療室にフィードバックされ、継続的な質の改善のための情報としても活用できるようになった<sup>17)</sup>。また、これらの情報は、患者・国民にも公開されアカウンタビリティの

確保に貢献している。ただし、ゲーミングの可能性も示唆されており、データの監査の仕組みも重要となる<sup>18)</sup>。

ここまで述べてきたように、質の改善のためには、EBMは当然のこととして、そもそも質とは何か、それを測定する指標を何とするかについて関係者間の合意、コンセンサスが必要である。その上で、指標に関する診療情報、データを系統的に収集するITシステムやデータの監査の仕組みが必要となる。

なお、こうした条件をクリアすることは、質の持続的なモニタリングやアカウンタビリティ確保に貢献することにつながると同時に、P4P導入する場合でも最低必要な前提条件ともなる。日本ではすでにリハビリ分野で一部P4Pが導入され、DPCの調整係数の見直しに伴い急性期医療においてもP4P導入の可能性は高まりつつあるように思われるが、果たしてこれらの条件をクリアしているのかについては少なからず疑問の余地がある。P4Pの究極的な目的は、質の改善へのインセンティブの付与であると思われるが、そもそも質が何であるのか、どのように測定評価するかについて科学的な根拠と十分なコンセンサスがない状態で、インセンティブを付与するのは医療界に混乱と不信を生む危険があることを留意する必要があるだろう<sup>19)</sup>。

## 注

- 1) 詳細は、[http://www.institute.nhs.uk/world\\_class\\_commissioning/pct\\_portal/cquin.html](http://www.institute.nhs.uk/world_class_commissioning/pct_portal/cquin.html) 参照。
- 2) 個人開業するGPもいるが、多くは、複数のGPでスタッフや設備を共有しGP診療室(GPプラクティスやドクター・サージェリーと呼ばれることが多い)を開業することが多い。
- 3) マンチェスター郊外でGPとして開業していたが、1971年から98年の間に、約200人以上の患者を自然死に見せかけて殺害したといわれる事件。2001年に死刑確定後、本人が拘留中に自殺した。
- 4) ブリストル王立小児病院において、複雑心奇

- 形のため心臓手術を受けた患者が他施設よりも異常に高いことが内部告発によって明らかにされ社会問題となった事件。1984年から96年の死亡データが調査され、過剰死亡の要因はコミュニケーション不足、チームワークが不十分、リーダー不在など複合的なシステム不全によるもので医師個人の技量に帰するものではないという最終調査報告書が出された。
- 5) 医療供給の透明化、標準化を進めるツールとしてHRGは1991年に第1バージョンが開発された。臨床面で同質で同量の資源を消費すると思われる疾病群をグループ化したもの。開発当初は、診療報酬とは結び付けられていなかった。2004年以降は、それぞれのコードに応じて全国料金表が設定されている。現在のバージョンはHRG4であり、診療報酬の支払に使うことを前提に開発されたものである。疾病群をコード化したルーツは、1980年代に米国で開発されたDRG (Diagnostic Procedure Combination) である。コードだけでは特別なインセンティブは働くかないが、予見定額支払方式 (PPS;Prospective Payment System) と組み合わされることで効率的なサービスを提供するインセンティブが働く仕組みとなる。
  - 6) 2004年4月に開始された当初は、一部のNHSトラスト病院を対象とした一部ケアに対してのみであったが、徐々に拡張し、2006/2007年度には、全てのトラストを対象に、非選択サービス(non-elective)、救急(A&E)、外来、緊急入院まで範囲が拡張した。2009-2010年度では、入院患者と外来に対するナショナルタリフ(料金表)が診療報酬支払目的のために従来のHRGを改良したHRG4が使用されることになった。なお、この方式は、米国流にいえばDRG/PPSにあたる。
  - 7) 登録住民に対して行う公衆衛生、慢性期患者や終末期患者の療養管理など
  - 8) 子宮がん検診、避妊サービス、予防接種、児童検診、妊婦ケア、簡単な外科処置など
  - 9) GPでは従来は対応困難とされたより専門医的な治療
  - 10) MPIG (The Minimum Practice Income Guarantee) という最低保証額があるため、それよりもグローバルサムが低い場合は、調整されるが、ダルジー・レポートにおいて、見直対象となっている。

- 11) 最新のQOFはHPに掲載されている。[http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH\\_4125653](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653)
- 12) Guthrie等(2006)、Gravelle等(2008)
- 13) PMS契約のGP診療室もQM ASを利用することは可能である。2010年現在、QM ASリリース15.2が利用されている。  
<http://www.connectingforhealth.nhs.uk/systemsandservices/gpsupport/qmas>参照。
- 14) 診療室が患者に三度訪問予約を推奨する手紙を出しても答えない患者(介入を患者が拒否、拒絶)、新しく登録された患者、診断が新しい患者は外可能、診療室では対応できない治療が必要な患者、治療に耐えられない患者、虚弱でターミナル、予測不能な状態の患者は除外可能である。
- 15) ターゲット外の疾患については軽視されているという批判があるものの、ターゲット外の疾患については改善が見られなかつたとしても、それは国の責任を問うことは難しいと考える。QOF導入は強制ではなく任意のものであり、ターゲット外疾患を軽視するかどうかは医師の専門家としての倫理に委ねられる。また、ターゲット疾患の設定や指標の構築が科学的な根拠と民主主義的なプロセスを経て決定されたものであるならば、ターゲットの疾患や指標で質の向上が見られる限り深刻な問題であるとはいえないと考えるからである。
- 16) 2008年にダルジ卿によってとりまとめられた『High Quality Care for All』では、患者の安全、臨床の有効性、患者の経験を重視し、医療の質の指標開発をさらに重視することが明記されている。
- 17) 最近では、イギリスのQM AS等の情報を活用し、「クリニカルダッシュボード」というよりユーザーフレンドリーな形で医療の質改善を支援するツールが開発されている。
- 18) これらの監査費用はITシステム導入とともに運用コストを上昇させる要因でもあり、何れにしても導入には相当のコストがかかる。
- 19) DPCの調整係数廃止との関係でP4Pへの関心が高まっていると思われるが、本稿では、プライマリケアにおけるP4Pに焦点をあてていることから、急性期病院の支払いにおけるP4Pについては検討していない。病院P4Pについては今後のCQUINの動向を注視したい。

## 参考文献

- British Medical Association and NHS Employers, (2005), "Revisions to the GMS Contract 2006/07". *Delivering Investment in General Practice*.
- Campbell S, et al. (2007), "Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance". *New England Journal of Medicine* 357 (2) :181-190
- Campbell S, et al. (2009), "Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England", *New England Journal of Medicine* 361 (4):368-78.
- Department of Health, (2008) ,*Using the Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) Payment framework*
- Department of Health (2008), *High Quality Care For All:NHS Next Stage Review Final Report*
- Department of Health (2009), *High Quality Care For All:Our Journey so far*
- Department of Health, (2009) *Developing the Quality and Outcomes Framework*
- Doran T, et al. (2006), "Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom", *New England Journal of Medicine*, 355 (4) 375-84.
- Doran T, et al.(2008), "Exclusion of patients from pay-for-performance targets by English physicians". *New England Journal of Medicine* 359:274-84
- Gravelle H, Sutton M et al (2008) , "Doctor behaviour under a pay for performance contract:Further evidence from the quality and outcomes framework" Centre for Health Economics, University of York; CHE Research Paper 34
- Gulliford MC, Ashworth M et al. (2007) "Achievement of metabolic targets for diabetes by English primary care practices under a new system of incentives". *Diabet Med.* May;24 (5) :505-11.
- Guthrie B, McLean G, Sutton M. (2006). "Workload and reward in the quality and outcomes framework of the 2004 general practice contract". *British Journal of General Practice* 56:836.841.
- Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C. (2007). "Time Series Analysis for Selected Clinical Indicators from the Quality and Outcomes Framework 2001. 2006". Final Report for The Information Centre for health and social care. QRESEARCH and The Information Centre for health and social care.
- Kearney L, O'Neill D. (2009) "Pay for Performance and Quality of Care in England" *New England Journal of Medicine* ; 361:1709
- Kelman S, Friedman JN. (2007). "Performance improvement and performance dysfunction:an empirical examination of impacts of the emergency room wait-time target in the English National Health Service". Faculty Research Working Paper Series RWP07-034, Harvard University, John F Kennedy School of Government
- Mark Ashworth and Roger H Jones (2008) , "Pay for performance systems in general practice:experience in the United Kingdom" *MJA* 189 (2) :60-61
- NAO (National Audit Office), (2008), *NHS Pay Modernisation:New contracts for general practice services in England*
- Reeves D., Doran T.,et al (2010). "How to identify when a performance indicator has run its course". *BMJ* 340:c1717-c1717
- Galvin R., et al(2006), "Pay-For-Performance: Too Much Of A Good Thing? A Conversation" *Health Affairs*, 10.1377/hlthaff.25.w412
- Steel N et al. (2007). "Quality of clinical primary care and targeted incentive payments:an observational study". *British Journal of General Practice* 57:449.454
- Sutton, M et al. (2009) "Record rewards: the effects of targeted quality incentives on the recording of risk factors by primary care providers" *Health Econ.* 19:1.13
- Tahrani AA et al(2007) . "Diabetes care and the new GMS contract:the evidence for a whole county". *British Journal of General Practice*. 57 (539) :483-85
- Wang Y et all. (2006) , "Practice size and quality attainment under the new GMS

- contract:a cross-sectional analysis". *British Journal of General Practice*, 56 (532) :830-5  
・堀真奈美(2009)「イギリスにおける医療政策・健康政策に関する最近の動向」『健保連海外医療保障』No.84、8-17

## 特集Ⅱ：諸外国の医療費比較

# 国際基準としての医療費 —OECDのSHA手法に基づく総保健医療支出—

(財)医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構 副部長

満武 巨裕  
Mitsutake Naohiro

医療に関する支出の国際基準の一つに、OECDが開発したSHA手法に基づく総保健医療支出がある。本稿では、はじめに総保健医療支出と国民医療費の違いについて解説する。次に、SHAの構成および推計方法を紹介し、2006年度のHC×HF、HP×HF、HC×HP1の2次元テーブルを示す。最後に、現在進められているSHA手法の更新状況について述べる。

### はじめに

日本の医療費のGDPに占める割合は2006年では8.1%、米国は15.8%、フランスは11.0%、ドイツは10.5%、韓国は6.5%であるといった医療費の国際比較データ<sup>1)</sup>が、医療政策や制度改革案のための基礎資料として、広く活用されている。しかし、医療費の定義は、国あるいは地域によって異なる。例えば、日本と同様の社会保険方式を取っていても保険適用の範囲が狭く、事実上、混合診療が許可されている韓国、民間医療保険に加えて高齢者用の保険であるメディケアや低所得者用のメディケイドといった公的保険が混在する米国とでは、医療費の定義、範囲が異なる。このために、医療に関する支出の国際比較を行う場合は、統一された定義で比較する必要がある。

国際的に医療に関する支出は、国民保健計算(National Health Accounts)と呼ばれ、その推計手法についてはいくつかの方法がある。代表的なものに経済開発協力機構(Organization for Economic Co-operation and Development: 以下OECD)が国際基準として開発したSHA(A System of Health Accounts: 以下SHA)<sup>2)</sup>があ

る。OECD加盟国は2001年より、原則この基準に沿った推計結果を総保健医療支出としてOECDに提出している。提出されたデータは、OECDが公表しているOECD Health Data<sup>1)</sup>(以下、OECDヘルスデータ)等に収められ、公開される。OECDヘルスデータには、OECD加盟国の総保健医療支出、医療の質(Quality indicator)等の様々な健康保健分野のデータが含まれている。

本稿では、国際基準である総保健医療支出と国民医療費について概説し、その違いについて述べる。次に、SHAの構成、推計方法および問題点等を指摘する。

### 総保健医療支出と国民医療費

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なければならない。こうした保健医療に関する支出が国民保健計算であり、政策を評価するための一つの指標となっている。具体的には、医療保険適用の医療サービスに加えて、医療保険が適用されない医療、リハビリ、看護サービス、一般薬(OTC(Over

the Counter)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、保健医療の管理コストが含まれている。

一方、日本には、厚生労働省統計情報部から公表される国民医療費<sup>3)</sup>が存在する。この国民医療費は、日本の医療保険制度のもとでの支出を推計したものである。推計範囲を、傷病の治療費に限定しており、医療保険対象外の費用が除外されている。例えば、総保健医療支出に含まれている一般薬、正常分娩費用、健康増進・疾病予防費用、医療保障の運営費などは含まれていない。また、対象範囲も医療制度の改革・変更に影響を受ける。例としては、2000年の介護保険制度の導入が挙げられ、この時に、従来国民医療費の対象となっていた医療費の中で、長期療養に係る入院費用の一部等が介護保険の費用に移行し、1954年以降上昇していた国民医療費がはじめて減少した。

国民医療費は医療政策における成果をはかる重要な指標の一つであり、医療経済上、中長期の政策目標設定においても重要であることは明らかである。しかし、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は適していない。

総保健医療支出の構成および国民医療費の占める部分を表1に示した。総保健医療支出は、国民医療費との比較で見た場合、国民医療費に相当する(1)医療サービス部分の他に、(2)医療関連サービス部分、(3)間接サービス部分(管理業務など)、(4)保健医療関連部分(医療を支えるサブシステム)で構成されており、範囲の違いが特徴的である。

表1の(2)の部分は、一般薬、医療用品に加え、健康維持・増進のためのサービス、正常な妊娠・分娩・産褥の費用、保険適用以外の移送費、救急業務費、介護保険における保険医療に関連するサービス部分などが含まれる。(3)は、管理業務費である。さらに、(4)は保健医療を提供する施設への補助金などの資本形成が含まれる。また、医療従事者の教育、研究開発、環境衛生なども、(4)に勘案されることになって

いるが、我が国ではデータが無いために、推計できない項目も存在する。その項目は表1中の下線部であり、医師の指示によるあん摩・マッサージ等(保険適用外部分)等である。

また、国民医療費(平成19年は約34兆1360億円)を用いたGDP(平成19年の名目GDPは515兆5204億円)比率を算出すると6.5%となり、前述の総保健医療支出を用いたGDP比率の8.1%にはならない。8.1%と6.5%の差異の2.6%の部分が、(2)、(3)、(4)の部分といえる。

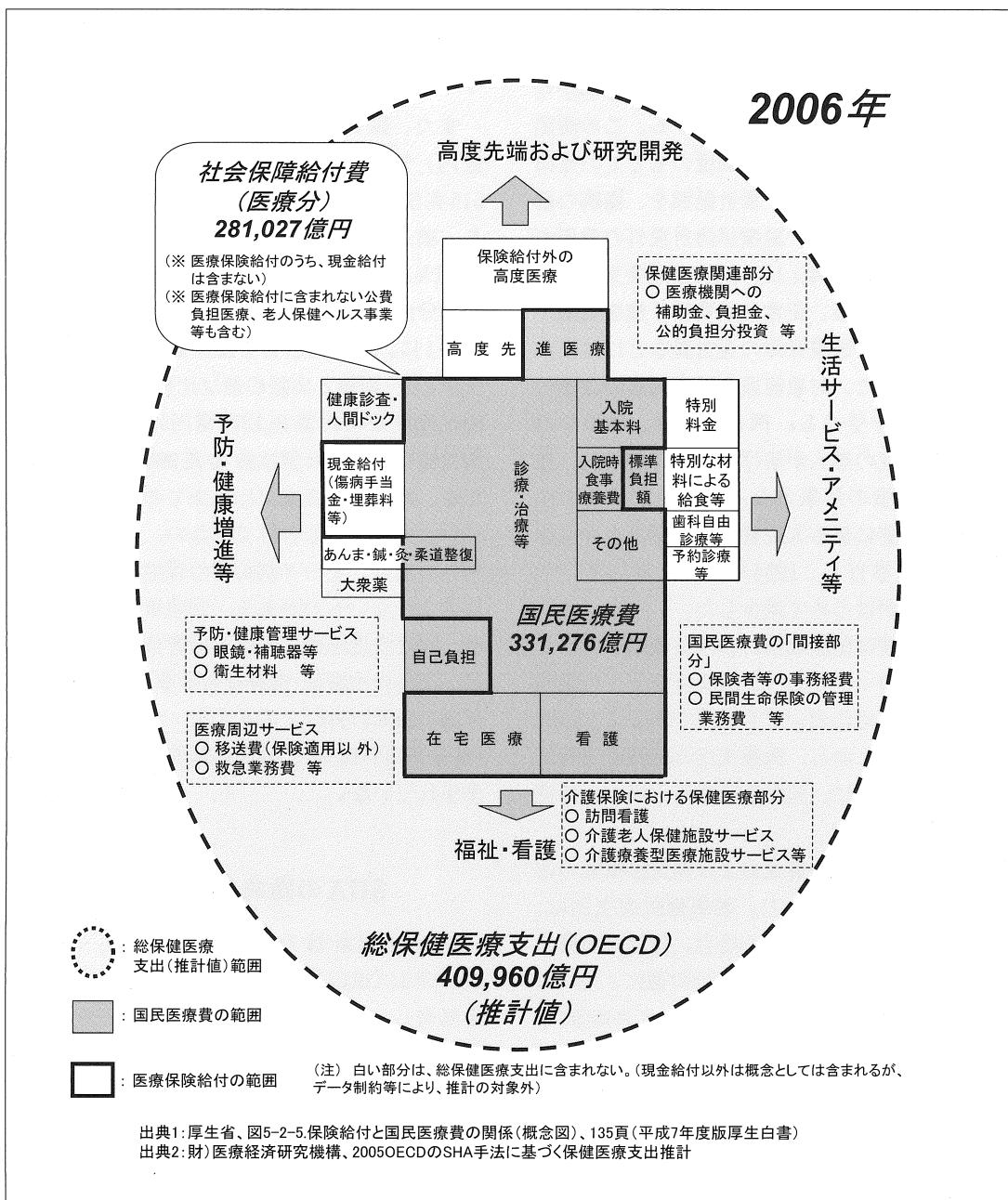
図1に、国民医療費と総保健医療支出の関係を示した。面積と実際の値は比例していないが、国民医療費の約33兆1276億円に対して、総保健医療支出の推計値は約40兆9960億円となる。だが、総保健医療支出には全ての項目に係る費用が含まれているわけではない。空白の部分で示した通り、データ制約等の理由により推計値に含まれないものがある。保険給付外の高度医療、高度先進医療における患者負担分、室料差額、歯科自由診療・歯科材料差額、美容整形費、医師の指示以外によるあん摩・マッサージなど(健保適用外部分)、政府の保健医療実務費等は含まれていない。

## SHAの構成と推計方法

国民保健計算の国際基準であるSHAは、2000年にOECDがversion1.0(以下、SHA1.0)を発表し、加盟各国はこの基準に沿った推計を行なうことが求められている。日本では著者らの所属する医療経済研究機構が平成12年度厚生労働科学研究費特別事業によりSHA1.0に準拠した日本の総保健医療支出の推計方法を開発し、以後、継続的な研究および推計を行なっている<sup>4)5)6)</sup>。

SHAの意義は、国および地域により保健医療と他の社会経済的活動による違いのみならず、推計基準における細かさ、分類方法を統一し、保健医療支出とその財源に関する相互関係のある標準的な表(SHA tables)を提供することにある。具体的には、統一的な標準表形式で国

図1 総保健医療支出、国民医療費、医療保健給付の範囲



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 の基本的な考え方は、以下の3つが基になっている。

- 1) 機能的な定義：どの種類のサービスが提

- 供され、どの品目の財が購入されたのか。  
 2) 保健医療サービスと財の供給：資金はどこへ行くのか。  
 3) 財源主体：どこから資金がやってきたのか。  
 3つの考え方に対応する形として、ICHA は、

表1 総保健医療支出の構成と国民医療費の占める部分（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）

(1) 医療サービス部分: 国民医療費の占める部分	
○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	
(2) 医療関連サービス部分	
○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>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>	
失禁用品など、労働安全衛生法による検診	
○医療サービス部分	
正常な妊娠・分娩・産褥の費用	
<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>	
その他の特定療養費	
○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、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	
(3) 間接サービス部分（管理業務など）	
○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、損害保険の管理	
(4) 保健医療関連部分（医療を支えるサブシステム）	
○医療機関などへの公的負担分 投資、補助金、負担金など	
○民間部門からの投資・補助金、○保健医療従事者の教育および訓練	
○保健医療における研究開発、○環境衛生など	

(注1) 短期入所生活介護、認知症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。

1) 機能 (Classification of Function: HC)、2) 供給主体 (Providers: HP)、3) 財源 (Financing agents/schemes: HF) の分類を枠組みとしている(表2)。また、人的資源 (Human Resources: RC)、および資金 (Financing Source : FS) が2006年から新たな枠組みに加えられている。

機能は、HC.1の診療サービスにはじまり、HC.9に加えてHC.Rの保健医療関連機能までの計10分類が存在する。これが1デジット(digit)の分類であり、さらにこの10分類には、細目がある。例えばHC.1では、HC.1.1の入院診療、HC.1.2の日帰り診療、HC.1.3の外来診療と分

かれている。これは2デジット(digit) レベルと呼ばれる。更に分類によっては3デジットレベルまで細分化された項目がある。HC.5は、HC.5.1(医薬品とその他の非耐久性医療財)とHC.5.2(医療器具とその他の耐久性医療財)に分けられるが、さらにHC.5.1は、HC.5.1.1(処方薬)、HC.5.1.2(一般薬)に分けられている。

特徴的なのは3つの分類(HC, HP, HF)の相互関係が保たれていることである。つまり、機

能(HC)のそれぞれのサービスが供給主体(HP)分類でHP.1(病院)やHP.3(外来医療提供者)、あるいはHP.4(医療品の小売、供給)のどこに帰属するのかといったことがわかる。これは、表形式で、 $HC \times HP$ の2次元テーブルとして表現される(図2)。HCとHF(財源)に関しても同様に $HC \times HF$ の2次元テーブルとして表現される。また、 $HP \times HF$ の2次元テーブルも存在する。加盟国の大半がこれら3つの2次元テ

表2 保健勘定国際分類(ICHA)の機能、供給主体、財源分類

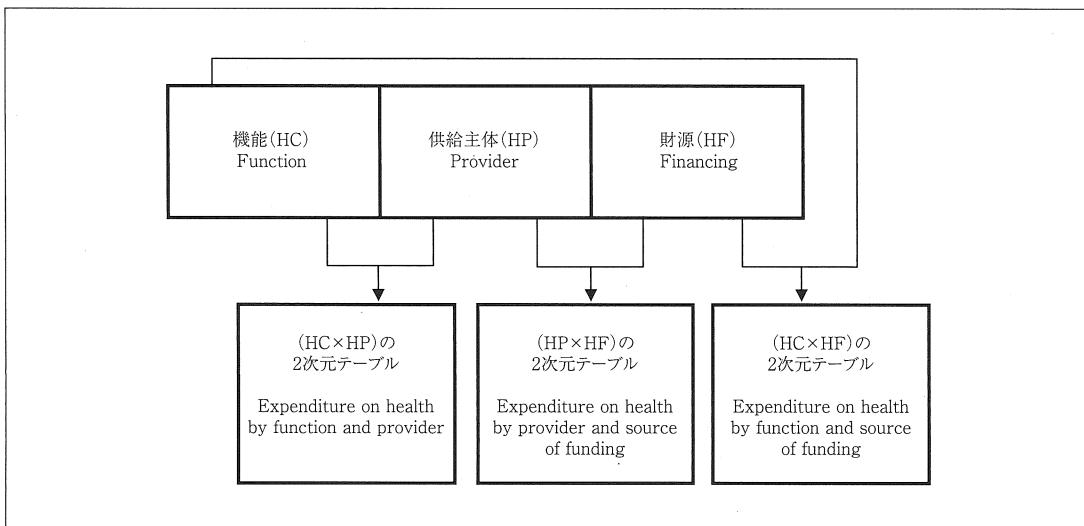
機能 Function		
HC.1	Services of curative care	診療サービス
HC.1.1	In-patient curative care	入院診療
HC.1.2	Day cases of curative care	日帰り診療
HC.1.3	Out-patient curative care	外来診療
HC.1.4	Services of curative home care	在宅診療サービス
HC.2	Services of rehabilitative care	リハビリテーションサービス
HC.2.1	In-patient rehabilitative care	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 General hospitals	病院 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 Offices of physicians	外来医療提供者 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
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 Dispensing chemists	医療品の小売、供給 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。)

財源 Financing agents/schemes		
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	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)

財源 Financing agents/schemes		
HF.2.3.6 HF.2.3.7 HF.2.3.9 HF.2.4 HF.2.5	Cost-sharing: Private insurance  All other cost-sharing  Non-profit institutions serving households (other than social insurance)  Corporations (other than health insurance)	共同負担としての保険料(民間保険)  その他の共同負担 対家計民間非営利団体(社会保険以外)  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



ブルをOECD事務局へ提出している。

日本のSHA推計には、国民医療費などの約40種類の統計資料を利用している(表3)。また、推計に使用しているデータ項目数は、約500に上る。

推計方法の具体例として、ここでは国民医療費には含まれていない一般薬(HC.5.1.2)の費用について説明する。(推計方法は、医療経済研究機構の報告書に記載されている<sup>4)</sup>)。

一般薬(HC.5.1.2)の費用は、薬事工業生産動態統計(表3の資料18)から生産額を用いて、その値に卸売マージン率と小売マージン率を乗算することで算出している。

具体的には、国内生産分として「医薬品薬効分類別用途区分別出荷・在庫金額」の項目から  
a) 国産一般用医薬品・出荷(国内製造)・国内、  
b) 国産配置用家庭薬・出荷(国内製造)・国内、

輸入品としてc)国産一般用医薬品・出荷(輸入品)・国内、d)国産配置用家庭薬・出荷(輸入品)・国内を合計している。ここで、一般薬生産額は

一般薬生産額(百万円)

$$= a + b + c + d$$

$$= 602,441 + 34,432 + 19,563 + 34$$

$$= 656,470$$

となる。

マージン率は、平成19年中小企業の原価指標(表4の資料37)の値を活用している。卸マージン率は「その他の卸売業平均」のe)純売上高とf)売上原価の割合である。

卸売マージン率 = e / f

$$= 163,268 / 232,197$$

$$\approx 1.42$$

小売マージン率も同様である。

小売マージン率 ≈ 1.21

表3 総保健医療支出算出に利用している統計資料

No	出 所	資 料 名
1	日本電算企画	補助金総覧
2	(法)	健康保険法施行令
3	健康保険組合連合会	事業年報
4	厚生統計協会	保険と年金の動向
5	厚生労働省	わが国の母子保健
6	厚生労働省	医療施設(静態)調査
7	厚生労働省	医療施設(動態)調査
8	厚生労働省	介護給付費実態調査
9	厚生労働省	患者調査
10	厚生労働省	国民医療費
11	厚生労働省	国民健康保険事業年報
12	厚生労働省	社会医療診療行為別調査報告
13	厚生労働省	社会福祉行政業務報告
14	厚生労働省	人口動態統計
15	厚生労働省	調剤報酬レセプト調査
16	厚生労働省	(平成14年-)就労条件総合調査(-平成13年)賃金労働時間制度等総合調査
17	厚生労働省	病院報告
18	厚生労働省	薬事工業生産動態統計
19	厚生労働省	老人保健施設調査
20	厚生労働省労働基準局	労働者災害補償保険事業年報
21	厚生労働省老健局	介護保険事業状況報告年報
22	財務省主計局 国家公務員共済組合連合会	国家公務員等共済組合事業年報
23	国民健康保険中央会	(2003-)給付状況(-2002)介護給付等の状況(平成12年4月~平成13年3月サービス提供)
24	財務省主計局(国立社会保障・人口問題研究所)	特別会計歳入歳出決算書(社会保障統計データベース)
25	独立行政法人 国立病院機構	平成16年度(第1期事業年度)事業報告書 平成16年度(第1期事業年度)財務諸表等
26	国立社会保障・人口問題研究所	社会保障統計年報
27	社会保険診療報酬支払基金	基金年報
28	社会保険庁	事業年報
29	生命保険文化センター	生命保険の動向
30	総務省	市町村要覧
31	総務省	事業所・企業統計調査報告
32	総務省	住民基本台帳人口要覧
33	総務省	地方交付税制度解説
34	総務省自治財政局	地方公営企業年鑑
35	地方公務員共済組合協議会	地方公務員共済組合等事業年報
36	中央社会保険医療協議会	医療経済実態調査
37	中小企業庁	中小企業の財務指標
38	内閣府経済社会総合研究所編	国民経済計算年報
39	日本私立学校振興・共済事業団	私学共済制度事業統計
40	文部科学省	学校基本調査報告書

最終的に、一般薬生産額に卸売と小売マージン率を乗算した値が、2006年度の一般薬に係る費用となる。2006年度は、1,078,215(百万円)となる。

この値は供給主体ではHP.4(医療品の小売、供給)へ、財源(民間部門)ではHF.2.3.1(民間部門)に収められる。

このように、各機能分類の医療費を算出し、次に各機能の値を財源や供給主体別に按分するなどの方法で機能(HC)、供給主体(HP)、財源(HF)のそれぞれの値が推計され、最終的に2次元のSHAテーブルを作成する。2006年度のHC × HF、HP × HF、HC × HPの2次元テーブルを表4～6に示す。

表4 2006年度のHC × HFの2次元テーブル

財源											HF.2.5 企業(医療保険以外)
HF.1			HF.2								
一般政府	HF.1.1 政府 社会保障基金を除く一般	HF.1.2 社会保障基金	民間部門	HF.2.1 民間が扱う社会保険 以外)	HF.2.2 民間の保険会社(社会保	HF.2.3 家計負担	HF.2.3.1 を除く家計負担	HF.2.3.2- HF.2.3.5 (中央政府、地方政府、地 方自治体、社会保障基金)			
機能	HC.1	診療サービス	19,102,759	2,852,135	16,250,624	3,401,382		520,193	2,881,190		2,881,190
	HC.1.1	入院診療	8,380,693	2,375,129	6,005,564	1,040,896		423,809	617,087		617,087
	HC.1.2	日帰り診療									
	HC.1.3	外来診療	10,722,066	477,006	10,245,060	2,360,486		96,384	2,264,103		2,264,103
	HC.1.4	在宅診療サービス	-	-	-	-					
	HC.2	リハビリテーションサービス	323,021	161,511	161,511	37,823		-	37,823		37,823
	HC.2.1	入院リハビリテーション									
	HC.2.2	日帰りリハビリテーション	292,871	146,436	146,436	34,216		34,216		34,216	
	HC.2.3	外来リハビリテーション									
	HC.2.4	在宅でのリハビリテーションサービス	30,150	15,075	15,075	3,607		3,607		3,607	
	HC.3	長期医療系サービス	5,690,872	2,823,686	2,867,186	744,897		322,683	422,214		422,214
	HC.3.1	長期医療系施設サービス	5,538,071	2,769,036	2,769,036	727,204		322,683	404,521		404,521
	HC.3.2	長期医療系通所サービス									
	HC.3.3	在宅での長期医療系サービス	152,801	54,651	98,151	17,693		17,693		17,693	
	HC.4	医療の補助的サービス	293,258	293,182	76						
	HC.5	外来患者への医療財の提供	5,811,483	49,447	5,762,036	2,902,184		36,612	2,865,572	1,732,728	1,132,844
	HC.5.1	医薬品とその他の非耐久性医療財	5,762,036		5,762,036	2,277,556		36,612	2,240,944	1,108,100	1,132,844
	HC.5.1.1	処方薬	5,762,036		5,762,036	1,169,456		36,612	1,132,844		1,132,844
	HC.5.1.2	一般薬				1,078,215			1,078,215	1,078,215	
	HC.5.1.3	その他の非耐久性医療財				29,884			29,884	29,884	
	HC.5.2	医療器具とその他の耐久性医療財	49,447	49,447		624,628			624,628	624,628	
	HC.6	予防および公衆衛生サービス	520,280	129,653	390,627	427,671					427,671
	HC.7	保健医療管理業務および医療保険	791,047			172,196		172,196			
	HC.9	分類されないもの									
	HC.R1	保健医療提供機関の資本形成	777,165								
	HC.R6	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	1,542,608	771,304	771,304	151,759		151,759		151,759	

表5 2006年度のHP×HFの2次元テーブル

		財源									HF.25 企業(医療保険以外)	
		HF.1		HF.2								
機能	HP.1 病院	一般政府	HF.1.1 政府	HF.1.2 社会保障基金を除く一般	民間部門	HF.2.1 民間が扱う社会保険	HF.2.2 民間の保険会社(社会保険)	HF.2.3 家計負担	HF.2.3.1 を除く家計負担	HF.2.3.2-HF.2.3.5 (中央政府、地方政府、地方自治体、社会保障基金)		
	HP.1.1 一般病院		15,326,308	4,742,026		10,584,282	2,297,653		726,382	1,571,271	703	1,570,568
	HP.1.2 精神保健および薬物濫用治療病院		1,575,962	33,858		1,542,104	177,846		60,617	117,229		117,229
	HP.1.3 専門病院(精神保健および薬物濫用治療以外)			5,300								
	HP.2 長期医療施設および居住施設		1,101,135	550,567		550,567	127,820			127,820		127,820
	HP.3 外来医療提供者		9,259,286	806,910		8,452,376	1,956,947		28,700	1,928,247		1,928,247
	HP.3.1 医科診療所		6,933,000	414,534		6,518,466	1,366,316		28,700	1,337,616		1,337,616
	HP.3.2 歯科診療所		1,928,798	47,041		1,881,757	577,945			577,945		577,945
	HP.3.3 その他の保健医療従事者の外来施設											
	HP.3.4 外来診療センター											
	HP.3.5 臨床検査および診断検査所											
	HP.3.6 在宅医療サービス提供者		104,306	52,153		52,153	12,685			12,685		12,685
	HP.3.9 その他の外来サービス提供者		293,182	293,182								
	HP.4 医療品の小売、供給		3,953,403	41,299		3,912,104	2,526,021		63,789	2,462,232	1,732,025	730,207
	HP.4.1 調剤薬剤師		3,912,104			3,912,104	793,996		63,789	730,207		730,207
	HP.4.2 眼鏡と視力矯正器具の小売、その他の供給業者						623,304			623,304	623,304	
	HP.4.3 補聴器の小売、その他の供給業者		41,299	41,299								
	HP.4.4 医療器具の小売、その他の供給業者						1,108,720			1,108,720	1,108,720	
	HP.4.9 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 公衆衛生プログラムの提供および管理		520,280	129,653		390,627	427,671					427,671
	HP.6 一般保健医療管理業務		791,047			791,047	172,196		172,196			
	HP.6.1 政府による保健医療管理業務											
	HP.6.2 社会保障基金		791,047			791,047						
	HP.6.3 その他の社会保険											
	HP.6.4 その他の(民間)保険						172,196		172,196			
	HP.6.9 その他の保健医療管理											

表6 2006年度のHC×HPの2次元テーブル

諸外国のSHAテーブルは、過去5年分に関して1あるいは2 digit レベルであるがOECDのホームページからダウンロード可能となっている<sup>7)</sup>。

### SHA の問題点

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国際分類を提供している推計手法である。SHAマニュアルには公表時(2000年)から欠点(Flaws)、一貫性の欠如(inconsistencies)、漏れ(omissions)があることが記されていた<sup>2)</sup>ものの、これまで広く受け入れられてきた。また、SHA1.0は、2003年にWHO(World Health Organization)、World Bank(世界銀行)およびUSAID(アメリカ合衆国国際開発庁)が低中所得国向けの国民保健計算方法として開発したProducers Guide<sup>8)</sup>のベースになり、WHO加盟国でも推計を実施する国が多くなってきている。加えて、2006年の会議でOECD、Eurostat(欧州委員会統計局)およびWHOが、(SHAとProducer Guideの)国民保健計算の方法の統一が望ましいとの合意に達した。また、急速な医療技術の進歩、多くの国で複雑化している保健医療システムをモニタリングするためにSHAの改良が求められていたことにより、現在、SHA2.0へSHAマニュアルの更新作業が進められている。

さらに、SHAには、疾患別の医療費が欠けている。従来のHC、HP、HF区分には疾患、年齢、性別の次元がないので、疾病的医療費が国際間で異なるのか等の、情報が得ることができない。よって、性、年齢、疾病別の医療費情報についてOECDでは収集を始めようとしている。だが、推計手法やデータソースの問題もあり、OECDの全加盟国からの賛同を得ることができず、6カ国のパイロットスタディにとどまっている。

### おわりに

SHAは、上述のようなさまざまな改善事項を持ち越しながら、2.0への更新作業が進められている。だがその進捗は遅く、全18章のうち、2010年5月時点で案が示されているのが半分(全9章)にすぎない。SHAマニュアルの更新作業は、WHOも加わっているが、OECD加盟国内でも意見の一致をみるのは困難であり、さらに開発途上国への適用を前提とするWHOの意見を組み入れることにより、より意見の一貫性が難しいものとなっている<sup>9)</sup>。

SHA2.0の完成は、2010年末が目標とされている。OECDでは、全章の草稿を2010年5月末を目処に作成し、加盟国の専門家が出席する会議(2010年6月)で審議にかける予定である。日本としても、必要に応じて積極的に審議プロセスに加わる必要がある。そのため、医療経済研究機構では本年度より厚生労働科学研究費補助金(政策科学総合(統計情報総合)研究事業)として、「厚生労働統計データを利用した総保健医療支出(OECD準拠のSystem of Health Account2.0)の推計方法の開発および厚生労働統計との二次利用推進に関する研究」を開始し、各統計の担当者・専門家へのヒアリング・レビュー、OECD事務局・専門官および厚生労働省統計情報部や国際課等の関係部局との検討を行う予定である。

SHAは、推計方法の更新等、継続的な精度向上の取り組みが必要とされているが、国民医療費にはない国際比較可能な多次元情報を提供する有益なツールであることから、今後もその重要性は増していくものと考えられる。

### 参考文献

- 1) OECD Health Data 2009,  
<http://www.OECD.org/health/healthdata>
- 2) A System of Health Accounts,  
<http://www.oecd.org/health/sha>.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部編 財団法人  
厚生統計協会:平成19年度 国民医療費

- 4) 医療経済研究機構:2005 OECDのSHA手法  
に基づく保健医療支出推計、2008
- 5) 速水康紀、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 vol.13、pp71-106、2003
- 6) 坂巻弘之、他、: OECD「A System of Health Accounts」準拠の国民保健計算に関する研究  
(第2報) 2000～2001 年度の推計結果－介護保険部分を中心に－、厚生の指標、Vol.52、No. 2、2005
- 7) OECD.StatExtracts、  
<http://stats.oecd.org/index.aspx>
- 8) Guide to Producing National Health Accounts、  
[http://www.who.int/nha/docs/English\\_PG.pdf](http://www.who.int/nha/docs/English_PG.pdf)
- 9) 満武巨裕、肥塚修子:第11回OECDヘルスアカウント専門家会合の報告、厚生の指標 第57巻:5頁～8頁、2010年

## 特集Ⅱ：諸外国の医療費比較

# 総保健医療支出の国際比較 —ドイツ、韓国および日本—

(財)医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構 副部長

満武 巨裕  
Mitsutake Naohiro

みずほ情報総研株式会社  
社会経済コンサルティング部

石橋 洋次郎  
Ishibashi Yojiro

(財)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

肥塚 修子  
Koezuka Naoko

総保健医療支出のために収集するデータおよび推計ロジックは、SHAマニュアルに準拠して各国が個別に定めたものである。したがって、総保健医療支出に含まれる範囲、境界については、OECD加盟国で見解が一致していない部分が存在する。また、各国の総保健医療支出に含まれる範囲に関しても一致していない項目も存在する。しかし、総保健医療支出は、SHAという共通の枠組みのなかで推計した世界基準の数値であり、各国の定義を把握したうえで比較することには意義があると考えられる。そこで、日本と同様に社会保険方式を採用しているドイツと韓国を対象に、保健医療支出に含まれる機能分類項目の定義を調査した。次に、SHAの2次元テーブルを用いて3カ国の比較を試みた。

### はじめに

日本と諸外国の医療費の国際比較には、経済開発協力機構 (Organization for Economic Co-operation and Development: 以下 OECD) の Health Data<sup>1)</sup> の総保健医療支出 (Total expenditure on health) が頻繁に用いられている。総保健医療支出は、SHA (System of Health Accounts) マニュアル<sup>2)</sup>に基づく手法で推計されており、SHA推計のために収集するデータおよび推計方法は、各国が個別に定めたものである。つまり、表1に示されるように、対GDP比の総保健医療支出のトップは、米国の15.2%であり、ドイツは10.5%、日本は8.1%、韓国は6.5%であるが、それら値に含まれる範囲が完全に一致しているわけではない。そこで、日本とその他の諸外国のデータ対象の範囲・定義等の違いを検討した。比較対象国は、社会保険方式を採用しており、SHA推計の担当者か

ら推計方法の情報を得られた、ドイツ、韓国である。

本論では、はじめにドイツ、韓国の医療制度概要について述べ、次に各国の保健医療支出の機能別分類<sup>1)</sup>の2デジットレベルでの比較を行う。次に、OECDに提出している2次元テーブル (HC × HP、HC × HF、HP × HF)<sup>2)</sup>を利用して、3カ国の比較を行う。また、保健医療支出の比較においては、人口1人当たりの金額をUS\$で購買力平価換算した。

### ドイツ医療制度概要

ドイツの人口は、OECDヘルスデータに収載されている30カ国中で第4位の約8,225.7万人であり、第2位の日本(約1億2,705.3万人)の約64.7%である。また、対GDP比の総医療保健支出は10.4%であり日本の8.1%よりも若干高く、第5位である。合計特殊出生率が1.37と低

表1 総保健医療支出の対GDP比

No.	国名	年	割合(%)
01	United States	2004	15.6
		2005	15.7
		2006	15.8
02	France	2004	11.0
		2005	11.1
		2006	11.0
03	Switzerland	2004	11.3
		2005	11.2
		2006	10.8
04	Germany	2004	10.6
		2005	10.7
		2006	10.5
05	Austria	2004	10.4
		2005	10.4
		2006	10.2
06	Belgium	2004	10.5
		2005	10.3
		2006	10.0
07	Canada	2004	9.8
		2005	9.9
		2006	10.0
08	Portugal	2004	10.0
		2005	10.2
		2006	9.9
09	Netherlands	2004	10.0
		2005	9.8
		2006	9.7
10	Denmark	2004	9.5
		2005	9.5
		2006	9.6
11	Greece	2004	8.7
		2005	9.4
		2006	9.5
12	New Zealand	2004	8.5
		2005	9.1
		2006	9.4
13	Iceland	2004	9.9
		2005	9.4
		2006	9.1
14	Sweden	2004	9.2
		2005	9.2
		2006	9.1
15	Italy	2004	8.7
		2005	8.9
		2006	9.0
16	Australia	2004	8.8
		2005	8.7
		2006	8.7
17	Norway	2004	9.7
		2005	9.1
		2006	8.6
18	United Kingdom	2004	8.1
		2005	8.2
		2006	8.5
19	Spain	2004	8.2
		2005	8.3
		2006	8.4
20	Finland	2004	8.2
		2005	8.5
		2006	8.3
21	Hungary	2004	8.0
		2005	8.3
		2006	8.1
22	Japan	2004	8.0
		2005	8.2
		2006	8.1
23	Luxembourg	2004	8.1
		2005	7.7
		2006	7.3
24	Slovak Republic	2004	7.2
		2005	7.0
		2006	7.3
25	Ireland	2004	7.5
		2005	7.3
		2006	7.1
26	Czech Republic	2004	7.2
		2005	7.1
		2006	6.9
27	Korea	2004	5.7
		2005	6.1
		2006	6.5
28	Poland	2004	6.2
		2005	6.2
		2006	6.2
29	Mexico	2004	5.8
		2005	5.8
		2006	5.8
30	Turkey	2004	5.9
		2005	5.7
		2006	5.7

出所：OECD Health Data 2009

く、高齢化率も20.2%であるために、日本同様、医療費増大および人口高齢化が問題となってい

る。ドイツは、ビスマルクの社会政策三部作である労働者医療保険法(1883年)、労災保険法(1884年)、障害・老齢保険法(後の年金保険法) (1889

年)に見られるように世界で初めて社会保険方式による医療保障制度を導入した国である。また、2007年の「公的医療保険競争強化法」の成立により、2009年1月より全ての国民が公的医療保険または民間医療保険に加入することで、事実上の皆保険となり、国民の約90%が公的

医療保険に加入している。高所得者や自営業者等で一定額以上の年収（2007年度は4万7700ユーロ）の者は、民間保険に入ることが許可されている一方で、一定額以下の年収の者は収入に応じた保険料支払いという社会連帯がベースの公的保険に加入しなければならない。

近年は、人口構造の変化等に伴い保険給付が増大するとともに、雇用情勢等を反映し、保険料収入の基礎となる被保険者の収入が伸び悩み、各種社会保険の保険料率の合計は賃金の約40%と、高い水準に達した。そこで、更なる保険料の上昇を抑えるために、給付の質を改善しつつ保険料負担を抑制していくこと等を主眼として、各制度の改革が進められている。

ドイツ保険給付の内容は、以下の8種類<sup>3)</sup>である。

- 1) 健康増進、疾病の予防および早期発見のための給付、2) 医師・歯科医による外来診療、3) 医薬品、療法、補助具の給付、4) 入院療養給付、5) 在宅看護、6) 家事援助、7) 医療リハビリテーション給付、8) 母性援助

外来は、開業医（保険医）によって行われている。保険医は一般医と専門医に分かれており、原則として、患者は最初に一般医の診察を受け、専門医や病院での治療が必要であると判断した場合には、紹介状を発行し、患者はそれを持って専門医や病院へ行くことになっている。

ドイツの病院は、10床以上のベッドを有し、基本的に入院による治療を行う施設であり、日本のように一般的な外来診療は行っていない。しかし、1993年以降は、入院前後の診療および外来の手術（保険医による手術を含む）も行われるようになっている。

患者の自己負担は以下のように設定されている。

- ・ 外来：同一疾病について四半期ごとに10ユーロだが、他の医療機関からの紹介状持参の場合、18歳未満の場合などには、診察料不要である。「家庭医」を選択している場合は、年20ユーロの参加料のみで、診察料は免除される。

- ・ 入院：1日あたり10ユーロの患者負担が、年28日間を限度として課せられる。18歳未満は免除される。
- ・ 医薬品：患者負担は給付額の10%だが、負担額の最高が10ユーロ、最低が5ユーロである。

医療機関数は、2006年で一般病院が2,104、薬局が2万1,551である。公的保険者である疾病金庫は2009年現在で202カ所存在し、統合により数は減少傾向にある。

## 韓国の医療制度概要

韓国の人団は、OECDヘルスデータに収載されている30カ国中で第9位の約4845.6万人であり、日本の約38.1%である。また、対GDP比の総医療保健支出は6.8%であり第29位と低い。合計特殊出生率は1.26と低いが、高齢化率は9.9%である。

韓国では、公的医療保険制度の導入においてはドイツおよび日本の制度を参考としており、1989年から国民皆保険が始まった。また、2000年7月に地域医療保険と職場医療保険が統合管理・運営され、保険者は一つになった（国民健康保険公団（National Health Insurance Corporation, NHIC））。また、低所得者向けには、国民基礎生活保障制度（公的扶助制度）に対応する医療給付があり、健康保険と併せて全国民をカバーする体系となっている。

保険料は、以下のように設定されている。

- ・ 被用者（職域）：平均の月賃金の5.08%。民間・公的機関は労使折半、私立学校は被雇用者が50%・学校の経営者が30%・政府が20%を負担する。
- ・ 自営業（地域）：保険料賦課点数×点数あたりの金額。

患者の自己負担は、入院の場合は通常20%とされている。ただし、重症疾患（肝臓癌、胃癌、肺癌など全ての癌、白血病、脳腫瘍）の患者、稀少で難治性の疾患（保健福祉家族部が指定する138の疾患群）の患者については自己負担が

10%とされている。

外来の自己負担は、医療機関の種類によって異なる。

- ・総合専門病院（専門療養機関）：診療費の60%と診療1回ごとの相談料
- ・総合病院：診療費と診療1回ごとの相談料の合計の50%
- ・病院：診療費と診療1回ごとの相談料の合計の40%
- ・診療所：診療費の30%
- ・薬剤：総計の30%

韓国の医療機関数等は、2004年時点において日本の病院に相当すると考えられるもの1,253、医科診療所に相当すると考えられるもの2万4,301、歯科診療所に相当すると考えられるもの1万2,083、薬局に相当すると考えられるもの1万9,838、その他の種類を併せると合計7万0,394存在する<sup>3)</sup>。

近年の韓国の医療費は急増している（表2）。1996年から2006年までの10年間で7兆6,230億ウォンから28兆5580億ウォンへと約3.7倍となり、特に2000年の皆保険後の増加率は35.6%が高い。また、総保健医療支出の対GDP比率については、1996年4.3%であったものが2006年には6.5%に上昇した。また、2008年7月より介護保健制度（高齢者（介助）保険制度）も導入された。

表2 医療費の推移（10億ウォン）

	対GDP比	保険者負担	患者負担	合 計	増加率（対前年度比）
1996	4.3	4,948	2,675	7,623	0.0
1997	4.3	5,750	3,054	8,804	15.5
1998	4.3	6,751	3,214	9,965	13.2
1999	4.6	7,778	3,928	11,706	17.5
2000	4.9	8,957	4,184	13,141	12.3
2001	5.5	12,955	4,864	17,819	35.6
2002	5.3	13,692	5,369	19,061	7.0
2003	5.6	14,692	5,842	20,534	7.7
2004	5.7	16,099	6,257	22,356	8.9
2005	6.1	18,015	6,782	24,797	10.9
2006	6.5	21,137	7,421	28,558	15.2

## 総保健医療支出の項目の機能別分類での比較

SHAの機能別分類HCについて、ドイツ、韓国の担当者から各分類に含まれる項目に関する情報を収集し、比較したもの表3に示す。

HC.1.1（入院診療費）は、3カ国ともに算出している。HC.1.2（日帰り診療）は、日本と韓国はデータソースの問題から推計できずHC.1.1に含めており、ドイツは公的保険の開業医による診察、透析、日帰り手術の医療費を推計している。HC.1.3（外来診療）は3カ国ともにほぼ共通して推計している。HC.1.4（在宅診療サービス）に関しては3カ国ともに推計してはいるものの、含んでいる内容が異なっている。

HC.2（リハビリテーションサービス）は、日本はHC.2.2（日帰りリハビリテーション）とHC.2.4（在宅でのリハビリテーション）を推計しており、ドイツはHC.2.1（入院リハビリテーション）とHC.2.3（外来リハビリテーション）を推計している。しかし、韓国はHC.2の全項目をHC.1.1に含めているとして推計していない。

HC.3（長期医療系サービス）は、特にHC.3.1（長期医療系施設サービス）に関してはドイツは全ての介護施設の費用を含むとしているが、日本と韓国は介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の費用を含んでいないという違いがある。

HC.4（医療の補助的サービス）では、3カ国ともにHC.4.1（臨床検査）およびHC.4.2（画像診断）はHC.1に含まれるとして、推計していない。HC.4.3（患者搬送および救急）は3カ国共通して推計している。

HC.5（外来患者への医療材の提供）とHC.6（予防および公衆衛生サービス）は、ほぼ共通して推計している。

HC.7は、3カ国ともに推計しているが、韓国は行政費用（保健福祉家族部であり、日本の厚生労働省に相当する）を含んでいるという違いがある。

このように、各国で推計に含めている項目に、

表3 HC分類に含まれる項目の3カ国比較

機能別分類 HC	日本	ドイツ	韓国
HC1：診察サービス			
HC1.1：入院診療 In-patient curative care	入院医療費、入院時食事医療費、正常分娩費、病院施設運営費補助金	公的保険の入院診察・入院分娩(自己負担分を含む)、民間保険の一般的な病院給付、医長指名や宿泊に関する選択的サービス	あらゆる入院および日帰り診療医療費
HC1.2：日帰り診療 Day cases of curative care	(HC1.1含まれている。)	公的保険の開業医による診察、透析、日帰り手術	(HC1.1含まれている。)
HC1.3：外来診療 Out-patient curative care	入院外医療費、薬局の薬剤調剤技術料、診療所の補助金合計、歯科診療医療費	開業医による診療、開業歯科医による診察、保存的外科治療、その他の医療職による治療、妊娠及び出産の際の開業医による世話	あらゆる外来医療費、歯科診療医療費、人間ドック
HC1.4：在宅診療サービス Services of curative home care	訪問看護医療費	公的保険の治療介護、開業医による診療、透析 物の費用(部分的)	自宅分娩に対する現金給付
HC2：リハビリテーションサービス			
HC2.1：入院リハビリテーション In-patient rehabilitative care		入院リハビリテーション給付、障害者の社会参加支援、子供への治療教育的給付、サナトリウム、療養の治療・湯治	(HC1.1に含まれている。)
HC2.2：日帰りリハビリテーション Day cases of rehabilitative care	介護保険の通所リハビリテーションに係る費用	(HC2.1に含まれている。)	(HC1.1に含まれている。)
HC2.3：外来リハビリテーション Out-patient rehabilitative care		医学的リハビリテーション(依存症を含む)、負荷検査、作業療法、障害者のための社会参加支援、子供のための治療教育的給付	(HC1.1に含まれている。)
HC2.4：在宅でのリハビリテーション Services of rehabilitative home care	介護保険の訪問リハビリテーションに係る費用、居宅療養管理指導に係る費用	(HC2.3に含まれている。)	(HC1.1に含まれている。)
HC3：長期医療系サービス			
HC3.1：長期医療系施設サービス In-patient long-term nursing care	介護老人保健施設、介護療養型医療施設、及び短期入所療養介護に係る費用、療養型病床群の入院医療費及び入院時食事医療費	介護ホーム、障害者ホームにおける完全入所介護、ショートステイ介護(自己負担分を含む)	療養病院、療養施設及び在家老人福祉施設における入院サービス、入所サービスもしくはショートステイサービス
HC3.2：長期医療系通所サービス Day cases of long-term nursing care		介護ホームにおけるデイケア及びナイトケア、介護支援 部分入所介護のための出費	療養病院、療養施設及び在家老人福祉施設におけるデイケアサービス
HC3.3：在宅での長期医療系サービス Long-term nursing care-home care	介護保険の訪問看護に係る費用、老人訪問看護医療費	介護手当・介護現物給付、介護者が介護不可能な場合の在宅介護、追加的な世話の給付	療養病院、療養施設及び在家老人福祉施設におけるホームケアサービス
HC4：医療の補助的サービス			
HC4.1：臨床検査 Clinical laboratory	(HC1に含まれている。)	(HC1.3に含まれている。)	(HC1に含まれている。)
HC4.2：画像診断 Diagnostic imaging	(HC1に含まれている。)	(HC1.3に含まれている。)	(HC1に含まれている。)
HC4.3：患者搬送および救急 Patient transport and emergency rescue	移送費、救急業務費	救急車、救急専用車、医学的診療の際のタクシー及びレンタカー、患者移送車・飛行機による救助(自己負担分を含む)	移送費、救急車
HC4.9：その他の様々な補助的サービス All other miscellaneous ancillary services			
HC5：外来患者への医療財の提供	外来処方薬合計、一般薬合計、衛生材料費等、眼科用品費、補装具、補聴器、体温計、血圧計	医薬品及び包帯類、薬局等にあるOTC医薬品、介護補助具、聴力補助具、視力補助具・コンタクトレンズ、その他の補助具、要介護の住環境改善のための処置	薬局への処方薬、一般薬、および薬局の薬剤調剤技術料、衛生材料費等、眼科用品費、補装具、補聴器、体温計、血圧計、聴力補助具、視力補助具・コンタクトレンズ
HC6：予防および公衆衛生サービス	妊産婦・乳幼児検診、先天性代謝異常等検査、B型肝炎母子感染防止事業等の費用、学校医の報酬(小学校、中学校、高校)、予防接種、ツベルクリン反応、BCG接種の費用、組合の健診、人間ドック、職域福利厚生	公的な予算、民間及び公的企業による医療サービス、公的医疗保险による予防接種、歯科医師による診療、助産師による支援、一次予防、癌の早期発見策、その他の疾病の早期発見策、う蝕防止、企業内での事故予防、教育費用、労働医療職の費用	健康保険公団からの検診、予防接種、BCG接種、職域福利厚生
HC7：保健医療管理業務および医療保険	社会保険運営コスト、民間医療保険の管理コスト	事務管理費における人件費及び物的経費 公的医療保険 + 民間医療保険 + 社会介護保険 + 公的労災保険(一部) + 公的年金保険(一部)	健康保険等の事務管理費、民間医疗保险の事務管理費、保健福祉家族部の行政費用(相応分のみ)

特に2デジットレベルでは違いがあることが明らかとなった。

## 総保健医療支出の比較

SHAの2次元テーブル(HC × HP、HC × HF、HP × HFの3種類)を用いて、3カ国とのHC分類ごとに購買力平価(PPP)でUS\$換算した人口1人当たりの保健医療支出額、および保健医療支出額の構成比を比較する。ただし、機能別分類の比較の際、韓国のようにHC.2.1～HC.2.4(リハビリテーション医療)をHC.1(入院医療)から分離することができない項目が存在するので、以下の比較からは、HC.1とHC.2は統合して考える。

HC × HPの2次元テーブルの人口1人当たり金額(US\$)および構成比を表4に示す。

「HC.1 HC.2」×HP.1(病院)は、3カ国ともに30%程度となっている。「HC.1 HC.2」×HP.3(外来)は、日本とドイツは20%程度、韓国は30%程度と高くなっている。

ドイツでは医療と介護が明確に分かれており、病院において長期医療系サービスは提供されていないので、HC.3 × HP.1(病院)に値が計上されていない。その分がHC.3 × HP.2(外来)に計上されている。一方、日本では介護療養病床(介護療養型医療施設の病床)分が計上されており HC.3 × HP.1(病院)が14%程度となっている。韓国がいずれの供給においても割合は少ないが、これは韓国が介護保険導入前であるからと考えられる。

HC.7 × HP.6の行政費用は、ドイツの費用が6.3%と最も高く、韓国が4.2%であり、日本は2.4%と低い。日本が低いのは、厚生労働省分の費用が計上できていないことも要因の一つと考えられる。ドイツは比較的事務および管理費用が高いが、近年の医療制度改革により、保険者(疾病金庫)数の減少に伴い、今後減少していくことが予想されており、実際に0.1%ずつ減少している傾向がみられる。

HC × HFの2次元テーブルの人口1人当たり

金額(US\$)および構成比を表5に示す。

財源別に合計額をみると、3カ国ともHF.1.2(社会保障基金)が最も高くなっている。日本とドイツは約70%程度となっている。これは、一般に社会保険方式を採用している3カ国でも、比較的保険適用の範囲が広いドイツと日本の特徴を表している。一方、韓国のHF.1.2は40%程度と低く、その分HF.2.3(家計負担)が約40%と高くなっているのが特徴である。これは、近年まで保険適用の範囲が狭かった(例えば、MRI検査が保険適用されたのは、2005年以降)韓国の特徴を表している。事実、HF.2.3(家計負担)は、日本とドイツでは15%以下となっているが、韓国は事実上混合診療が認められているため40%と高い。ただし、日本の場合は差額ベッド代や高度先進医療等の保険適用外の診療分がHF.2.3の推計値に含まれていないことから、実際の値よりも低いということも考慮しなければならない。

また、HF.1.1(社会保障基金を除く一般政府)の合計額は、日本が最も高く2005年は399US\$/人(16.5%)、ドイツは234US\$/人(7.5%)、韓国は138US\$/人(11.5%)となっている。

HP × HFの2次元テーブルの人口1人当たり金額(US\$)を表6に示す。

表5(HC × HF)から、韓国の家計負担(HF.2.3)の割合が高いことが明らかとなった。そこで、供給主体別(例えば、入院と外来別)に比較を行うと、入院(HP.1)では社会保障基金(HP.1 × HF.1.2)が241US\$/人(17.5%)に対して家計負担(HP.1 × HF.2.3)が159US\$/人(11.5%)となっていて、家計負担のほうが3割以上低くなっている。一方、外来(HP.3)では社会保障基金(HP.3 × HF.1.2)が203US\$/人(14.7%)に対して家計負担(HP.3 × HF.2.3)が221US\$/人(16.0%)となっていて、家計負担のほうが高くなっている。韓国でこの家計負担の割合が高いのは、自己負担が入院の場合は20%であるのに対して、外来は医療機関の種類によって30%から60%である事情を反映していると考えられる。

表4 SHA table HC × HP の3カ国比較 PPP/Capita:US \$/人(構成比:%)

HC × HP	HP1: 病院	HP2: 長期医療施設 および居住施設	HP3: 外来医療提供者	HP4: 医薬品の小売、供給	HP5: 公然衛生プログラム の提供および管理	HP6: 一般保健医療 管理業務	HP7: その他の産業 (その他経済分野)							
							日	独	韓	日	独	韓	日	
HC1 HC2: 診療サービスおよび リハビリテーションサービス	2004年 719(315)	903(29.7)	337(32.1)	12(0.5)	493(21.6)	697(22.9)	317(30.2)	71(3.1)	57(1.9)				5(0.2)	
	2005年 756(31.3)	925(29.6)	392(32.8)	13(0.5)	531(22.0)	692(22.1)	353(29.6)	78(3.2)	46(1.5)				5(0.2)	
	2006年 961(29.6)	461(33.4)			726(22.4)	408(29.5)	51(1.6)						5(0.1)	10(0.7)
HC3: 長期医療系サービス	2004年 324(14.2)		3(0.3)	69(3.0)	238(7.8)	1(0.1)	9(0.4)	65(2.1)						
	2005年 327(13.5)		6(0.5)	68(2.8)	246(7.9)	2(0.1)	9(0.4)	68(2.2)						
	2006年 13(0.9)		259(8.0)	2(0.2)		71(2.2)								76(2.5)
HC4: 医療の補助的サービス	2004年 12(0.4)				18(0.8)	116(3.8)	3(0.3)							10(0.3)
	2005年 12(0.4)				18(0.7)	121(3.9)	3(0.3)							11(0.3)
	2006年 13(0.4)				124(3.8)	4(0.3)								11(0.4)
HC5: 外来患者への 医療財の提供	2004年 86(3.8)		19(1.8)		121(5.3)		43(4.1)	262(11.5)	569(18.7)	266(25.3)				1(0.0) 1(0.1)
	2005年 97(4.0)		22(1.8)		128(5.3)		48(4.0)	289(12.0)	625(20.0)	289(24.2)				1(0.0)
	2006年 26(1.9)				51(3.7)		640(19.7)	327(23.6)						1(0.0)
HC6: 子防および 公衆衛生サービス	2004年 6(0.2)	3(0.3)			48(1.6)	2(0.2)			45(2.0)	27(0.9)	3(0.3)		12(0.4)	11(0.4)
	2005年 6(0.2)	4(0.3)			50(1.6)	3(0.2)			47(1.9)	26(0.8)	12(1.0)		12(0.4)	11(0.4)
	2006年 7(0.2)	6(0.4)			54(1.7)	5(0.3)			27(0.8)	14(1.0)		12(0.4)		12(0.4)
HC7: 保健医療管理業務 および医療保険	2004年											54(2.4)	179(5.9)	44(4.2)
	2005年											57(2.4)	182(5.8)	51(4.2)
	2006年											183(5.6)	53(3.9)	
HC9: 分類されないもの	2004年													
	2005年													
	2006年													
合 計	2004年 1,129(49.5)	921(30.3)	362(34.5)	81(3.6)	238(7.8)	1(0.1)	640(28.1)	926(30.5)	366(34.9)	333(14.6)	627(20.6)	266(25.3)	45(2.0)	27(0.9) 3(0.3) 54(2.4)
	2005年 1,180(48.8)	943(30.2)	424(35.5)	81(3.4)	246(7.9)	2(0.1)	685(28.4)	931(29.8)	407(34.1)	367(15.2)	671(21.5)	289(24.2)	47(1.9)	26(0.8) 121(0) 57(2.4) 198(6.3)
	2006年 981(30.2)	506(36.6)	259(8.0)	2(0.2)		976(30.1)	468(33.9)		691(21.3)	327(23.6)		27(0.8) 14(1.0)		200(6.2) 53(3.9) 100(3.1) 11(0.8)

表5 SHA table HC × HF の3カ国比較：（PPP/Capita）単位：US\$/人

表6 SHA table HP × HF の3カ国比較：(PPP/Capita) 単位：US \$/人

HP×HF	社会保険基盤を除く 一般政府	HF1.1: 社会保険基盤を除く 一般政府				HF1.2: 社会保険基盤 基金				HF2.1-HF2.2: 民間小扱う保険 (社会保険を含む)				HF2.3: 家計負担				HF2.4: 対象計 民間非営利団体 (社会保険以外)				HF2.5: 企業 (医療保険以外)					
		日	独	韓	日	獨	韓	日	獨	韓	日	獨	韓	日	獨	韓	日	獨	韓	日	獨	韓	日	獨	韓	日	
HP1: 病院	2004年	300(13.2)	62(2.0)	51(4.9)	686(30.1)	751(24.7)	170(16.2)	44(1.9)	84(2.7)	21(2.0)	98(4.3)	20(0.7)	120(11.4)	3(0.1)										1(0.0)			
	2005年	304(12.6)	60(1.9)	62(5.2)	735(30.4)	773(24.7)	192(16.1)	46(1.9)	86(2.8)	25(2.1)	94(3.9)	21(0.7)	145(12.1)	3(0.1)										1(0.0)			
HP2: 長期医療系施設 および居宅施設	2004年	35(1.5)	44(1.5)	1(0.1)	35(1.5)	121(4.0)					3(0.1)			11(0.5)	66(2.2)	1(0.1)								1(0.0)			
	2005年	36(1.5)	44(1.4)	1(0.1)	36(1.5)	124(4.0)					4(0.1)			10(0.4)	71(2.3)	1(0.0)								3(0.1)			
HP3: 外来医療提供者	2006年	43(1.3)	1(0.1)	129(4.0)							4(0.1)				80(2.5)	1(0.1)								3(0.1)			
	2004年	43(1.9)	68(2.2)	17(1.6)	476(20.9)	619(20.4)	162(15.4)	1(0.1)	100(3.3)	16(1.6)	119(5.2)	129(4.2)	171(16.3)	9(0.3)									1(0.0)				
HP4: 医薬品の小売、供給	2005年	49(2.0)	69(2.2)	20(1.7)	517(21.4)	620(19.8)	176(14.8)	2(0.1)	105(3.4)	19(1.6)	117(4.8)	127(4.1)	193(16.1)	8(0.3)									1(0.0)				
	2006年	71(2.2)	24(1.7)		652(20.1)	203(14.7)			110(3.4)	20(1.5)			133(4.1)	221(16.0)	8(0.2)								2(0.0)				
HP5: 公衆衛生プログラム の提供および管理	2004年	31(1.0)	13(1.2)	200(8.7)	389(12.8)	118(11.3)	3(0.1)	44(1.4)			128(5.6)	162(5.3)	135(12.8)										1(0.0)				
	2005年	3(0.1)	30(1.0)	17(1.4)	229(9.5)	429(13.7)	155(11.3)	3(0.1)	46(1.5)			132(5.5)	166(5.3)	137(11.5)									1(0.0)				
HP6: 一般保健医療管 理業務	2006年	30(0.9)	22(1.6)		442(13.6)	159(11.5)			48(1.5)				169(5.2)	145(10.5)										1(0.0)			
	2004年	8(0.3)	27(0.9)	3(0.3)	24(1.0)																		14(0.6)				
HP7: (その他の産業 (その他経済分野)	2005年	8(0.3)	26(0.8)	12(1.0)	25(1.0)																		14(0.6)				
	2006年	27(0.8)	14(1.0)																								
HP8: その他	2004年		23(2.2)	46(2.0)	148(4.9)	21(2.0)	8(0.4)	47(1.5)																			
	2005年		26(2.2)	48(2.0)	150(4.8)	25(2.1)	9(0.4)	48(1.5)																			
HP9: その他	2006年		27(1.9)		151(4.6)	27(1.9)			49(1.5)																		
	2004年		5(0.2)		82(2.7)	1(0.1)			2(0.1)														5(0.5)				
合 計	2005年		5(0.2)		83(2.6)	1(0.1)			2(0.1)														5(0.4)				
	2006年		5(0.2)		84(2.6)	1(0.1)			2(0.1)														6(0.4)				
合 計	2004年				7(0.2)				4(0.1)																		
	2005年				8(0.3)				5(0.1)																		
合 計	2006年				9(0.3)				5(0.1)																		

## おわりに

SHA推計を利用するデータおよび推計方法は、SHAマニュアルに準拠して各国が個別に定めたものである。その推計内容はOECDに報告されているものの、OECDが各国の細部の違いを調整するということはなされていない。また、対象とした3カ国をはじめ、OECD加盟国の中でも機能分類上のSHAの概念に含まれる全ての項目を推計できているわけではない。しかし、総保健医療支出は、SHAという共通の枠組みのなかで推計した包括的な数値であり、各国の定義を把握したうえで比較することは意味のあることと考えられる。

これまで国際比較には、総保健医療支出の対GDP比率が主に活用されてきたが、今回比較した、機能、供給主体、財源別の2次元テーブルでも、各国の医療制度を反映した情報を提供できることがわかる。今回対象とした3カ国以外のOECD諸国の2次元テーブル(HC×HP、HC×HF、HP×HF)は、インターネット上に公開されており<sup>3)</sup>、医療制度や政策を比較する際の精緻な分析に資する情報を提供するものであると考えられる。

### 注

- 1) 機能別分類HCについては、本特集の「国際基準としての医療費」の表2を参照されたい。
- 2) OECDに提出している2次元テーブルに関しては、本特集の「国際基準としての医療費」のSHAの構成と推計方法(12頁)を参照されたい。
- 3) 6) および8)は2006年以降給付対象から外れている

### 参考文献

- 1) OECD Health Data 2008,  
<http://www.OECD.org/health/healthdata>
- 2) A System of Health Accounts,  
<http://www.oecd.org/health/sha>.
- 3) OECD.StatExtracts,  
<http://stats.oecd.org/index.aspx>
- 4) Health Insurance Review and Evaluation in Korea 2005, P13

謝辞：ドイツのMichael Müller氏(Economist, Statistisches Bundesamt)、韓国のHyoung-Sun Jeong氏(Professor, Dept. of Health Administration, Yonsei University)から、データおよび情報提供をいただいた。ここに深謝する。

## 特集Ⅱ：諸外国の医療費比較

# 台湾の総保健医療支出

(財)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

肥塚 修子  
Koezuka Naoko

(財)医療経済研究・社会保険福祉協会  
医療経済研究機構 副部長

満武 巨裕  
Mitsutake Naohiro

OECD基準の総保健医療支出のガイドラインであるSHA (System of Health Account) 手法は、OECD加盟国や準加盟国、WHO加盟国でも利用されている。さらに、加盟国以外にも利用されており、台湾はその一例である。今回、台湾の行政院衛生署（日本の厚生労働省に相当）からSHAに関するデータを得られたので、紹介する。台湾は、日本同様に少子高齢化が進んできており、また日本の医療保険制度に類似点があるため、比較しやすい国の1つである。

SHAデータは、国際比較が可能となるよう標準的な分類を持つため、国家間で保健医療支出の費用や負担の比較が可能である。2005年時点の台湾の1人当たり総保健医療支出と1人当たりGDPは、OECD加盟30カ国と比較すると、31カ国中25位に位置することが分かった。また、SHAの機能別分類(HC)および財源別分類(HF)で台湾と日本を比較した結果、台湾は日本より総保健医療支出に占める外来医療費の割合および家計負担(自己負担)の割合が高く、これらは台湾の医療供給体制や医療費の自己負担の仕組みを反映していると考えられた。SHAデータにより、医療制度や政策を比較する際の有益な情報が得られる。ただしSHAは、国によってデータソースや推計の範囲も異なるため、比較には注意を要する。

### はじめに

OECD基準の総保健医療支出を算出するガイドラインであるSHAの推計手法は、2000年の公表以来、広く受け入れられてきた。具体的には、2009年度はOECD加盟国および準加盟国の39カ国中32カ国がSHA推計結果の提出をしている<sup>参考文献1)</sup>。さらにSHAは、2003年にWHO、World Bank(世界銀行)およびUSAID(アメリカ合衆国国際開発庁)が低中所得国向けの国民保健計算方法として公表した"Producer Guide"のベースとなり、WHO加盟国も推計を実施する国が増えていている<sup>参考文献2)</sup>。OECDおよびWHO加盟国の推計結果(データ)は、ホームページ<sup>参考文献3)</sup>やOECD Health Data<sup>参考文献4)</sup>(以下、

OECDヘルスデータ)から得られる。さらに、加盟国以外でも推計を実施している国も増加している。その一例が台湾である。

台湾はOECDやWHOに加盟していないが、日本同様に、社会保険方式による国民皆保険が実現している。人口は日本の約5分の1で、1人当たりGDP(\$US)では日本の半分程度であるが、購買力平価でみると2005年時点で台湾の1人当たりGDP(\$US, PPP)は世界第28位であり、第24位の日本と大きく変わらない(表1)。また、台湾の平均寿命は日本のよりもやや短く、65歳以上人口比率は日本が19.5%に対して9.7%であるが、2009年の合計特殊出生率は1.0となっていることから、将来的に日本以上の速さで高齢化が進むことが予想されている国である。

表1 台湾と日本の社会経済指標および健康状況比較（2005年）

	台湾	日本
社会経済指標		
人口(百万)	23	128
1人当たりGDP(US\$)	16,023 ※36位	35,633 ※16位
1人当たりGDP(US\$,PPP)	26,657 ※28位	30,315 ※24位
GDP成長率(%)	3.5	0.7
失業率(%)	4.1	3.5
消費者物価指数(年増加率)	2.3	- 0.3
健康状況		
65歳以上人口比率(%)	9.7	19.5
合計特殊出生率	1.12	1.26
平均寿命(2002年・男性)	74.5	78.6
平均寿命(2002年・女性)	80.8	85.5
乳児死亡率(千人出産当たり)	5.0	2.8

資料出所) 日本の統計値：OECD Health Data 2009

台湾の統計値：Directorate-General of Budget, Accounting and Statistics, Executive Yuan,

R.O.C. (Taiwan)「政府統計總覽」、および中華民国内政部「内政統計年報」

1人あたりGDP (US\$ PPP) : IMF World Economic Outlook Database, April 2010

今回、台湾の行政院衛生署からSHAに関するデータを得られたので、紹介する。台湾は、日本の厚生労働省に相当する行政院衛生署（Department of Health, Statistics Office）が中心となり、すでに、1979年から2008年度の推計を完了している。また、SHAデータの基本となるHC × HF、HP × HF、HC × HPの2次元テーブルを全て作成している<sup>1)</sup>。本稿では、はじめに台湾の医療保険制度概要および台湾と日本の医療提供体制の違いについて述べ、後半で台湾の総保健医療支出（THE）について日本を含む諸外国との比較、さらにSHAデータから機能別分類（HC）、財源別分類（HF）について台湾と日本の比較を試みる。

## 台湾の医療保険制度概要

台湾では、日本などの制度を参考にするかたちで、1995年に国民皆保険制度が導入された。保険の正式名称は「全民健康保険（全民健康保険）」である。

1950年以降、勤労者（労工）保険、公務員保険、農民保険などの医療保険が創設されたが、これらは勤労者を対象としたものに限定されて

いたため、医療保険の加入者は1994年時点で57%に過ぎなかった。医療保険未加入者の自己負担の重さが社会問題となり、保険加入対象の拡張必要性の高まりを受け、1995年3月に既存の制度を統合するかたちで国民皆保険制度が導入された。

全民健康保険制度のもとでは、被保険者は、第一類～第六類の6つに分類されている（表2）。また、同じ第一類であっても、公務員および志願軍人は被保険者と雇用者で30対70、私立学校教職員は被保険者・雇用者・政府が30対35対35にて保険料を支払うのに対し、自営業および雇用者は100%被保険者負担となっており、単一保険となっても依然として職業により保険料負担のあり方は異なる。なお、一部の高齢者に対して、保険料を減免する措置も存在する。

台湾全土の医療機関の9割は保険医療機関（特約医療施設数）であり、患者に医師や病院の自由選択が認められている（表3）。医療機関は、病院よりも医科診療所の数が多く、西洋医学系のほかに、漢方の施設（表中の中病院ならびに中診療所）も一定数存在する。

なお、「全民健康保険」の下では当初、出来高払いでの医療機関に診療報酬を支払っていた

が、不要な医療需要を引き起こしていることが指摘されたため、段階的に様々な支払制度が導入された。現在は53のDRG/PPS(診断群分類に基づく定額支払方式)が採用されている。また、1998年から「総額予算支払」が歯科、漢方医療、プライマリケアなど順を追って導入され、2002年7月からは全ての病院に「総額予算支払制度」が導入された。

### 台湾と日本の医療供給体制および医療利用状況の比較

医療提供体制を概観すると、台湾の病床数は、急性期病床でみても、病院病床数でみても、日本より少ない(表4)。人口千人当たり医師数、看護師数、歯科医師数等の医療従事者数は日本より少なく、MRI設備数は日本の8分の1の水準である。総じて、日本ほど資本集約型の医療提供体制ではなく、病床数に比して医師数は多く、平均在院日数も短く、2005年におけるドイ

ツ(10.2日)や英国(9.0日)と近い水準である<sup>4)</sup>。台湾における入院治療費の基本自己負担割合は、入院日数が長くなるにつれて高くなる仕組みとなっており(表5)、入院の長期化を防止する大きなインセティブが患者側にある点で日本の制度と異なっている。

台湾の医療利用の状況をみると、医科の診療回数は日本をやや下回っているが、歯科診療回数は日本の2倍以上である。台湾における歯科治療は1回当たりの自己負担額が50台湾ドルの定額(表6)であることから、歯科や漢方に関しては他の診療科よりもアクセスの統制が緩いことも背景にあると考えられる。なお、台湾における外来診療は、医療機関の種類別ならびに診療の種類別に異なる金額が設定されているのが特徴である。この他、規定の回数以上の外来リハビリや、外来診療の頻度が一定を超えた場合は追加負担金を支払う仕組みになっている。日本の制度と比較すると、自己負担額の設定を変えることで、より明確に医療機関の機能の差別

表2 全民健康保険の対象者の分類

対象者区分	構成比	保険対象	
		本人	家族
第一類	52.51%	公務員および志願軍人 私立学校教職員 公的機関職員および会社員 自営業および雇用者	1. 配偶者 2. 一親等 3. 二親等
第二類	16.47%	特定の雇用者のいない組合員 外国船員	第1類の定義同様
第三類	13.21%	農業従事者、漁業従事者	第1類の定義同様
第四類	0.63%	兵役従事者	無し
第五類	0.94%	低収入世帯	無し
第六類	16.24%	失業退職軍人 退職軍人の扶養家族 その他地方自治体保護下の加入者	第1類の定義同様

資料出所) 中華民国行政院衛生署中央健康保険局ホームページ 表1 ※構成比は、2008年6月末日時点  
[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu\\_id=3&webdata\\_id=2895&WD\\_ID=](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=3&webdata_id=2895&WD_ID=)

表3 全民健康保険加入医療施設

	総計	病院	診療所	中病院	中診療所	歯科診療所
全国医療施設数	20,291	484	10,439	22	3,153	6,193
特約医療施設数	18,640	484	9,348	21	2,806	5,961
特約率	91.86%	100.00%	89.55%	95.45%	86.99%	96.58%

資料出所) 中華民国行政院衛生署中央健康保険局ホームページ 表10 ※構成比は、2008年6月末日時点  
[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu\\_id=3&webdata\\_id=2898&WD\\_ID=](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=3&webdata_id=2898&WD_ID=)

表4 台湾と日本の医療供給体制および医療利用状況比較（2005年）

	台湾	日本
医療供給体制		
急性期病床数(人口千人当たり)	3.2	8.2
病院病床数(人口千人当たり)	4.2	14.1
医師数(人口千人当たり) ※台湾は漢方医を含む人数	1.7	2.2 ※2006年
看護師数(人口千人当たり) ※台湾は助産師を除く	4.1	9.0
歯科医師数(人口千人当たり)	0.4	0.8 ※2006年
MRI設備数(人口百万人当たり)	5.1	40.1
医療利用状況		
平均在院日数(日／人)	9.5	35.7
平均医科(外来)診療回数	12.4	13.7
平均歯科診療回数	3.3	1.2

資料出所) 日本の統計値：OECD Health Data 2009、平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査

台湾の統計値：行政院衛生署衛生統計系列(二)医療機構現況及醫院醫療服務量統計 年報 96年度  
醫療服務量 等

表5 台湾における入院治療費の基本自己負担割合

病棟	一部負担割合			
	5%	10%	20%	30%
急性	—	30日以下	30-60日	61日以上
慢性	30日以下	31-90日	90-180日	180日以上

資料出所) 中華民国行政院衛生署中央健康保險局ホームページ 表7

[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu\\_id=3&webdata\\_id=2895&WD\\_ID](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=3&webdata_id=2895&WD_ID)

表6 台湾における外来治療費の基本自己負担額(台湾ドル)

医療機関	現代医療の外来治療		歯科治療・漢方医療	緊急
	紹介無し	紹介有り		
センター病院	360	210	50	450
地域病院	240	140	50	300
地方病院	80	50	50	150
診療所	50	50	50	150

(注) 1台湾ドル=約3円(平成22年5月末日時点)

資料出所) 中華民国行政院衛生署中央健康保險局ホームページ 表5

[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu\\_id=3&webdata\\_id=2895&WD\\_ID](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=3&webdata_id=2895&WD_ID)

化と患者のアクセス統制が図られているといえる。

### 総保健医療支出 (THE) の比較

台湾の1人当たり総保健医療支出(以下、1人当たりTHE)と1人当たりGDPの水準を、OECD加盟国と比較してみると、2005年にお

いては韓国と非常に近い水準にあることが分かる。1人当たりTHEは表7の31カ国中、韓国に次いで25位であり、日本の3分の1程度である。1人当たりGDPでも韓国に次いで25位である。また、THE対GDP比では、6.1%で31カ国中韓国に次いで29位である(日本は21位)。

台湾においても、少子高齢化が進む中、将来的な医療費の増加が懸念されているが、OECD

表7 OECD加盟国との比較

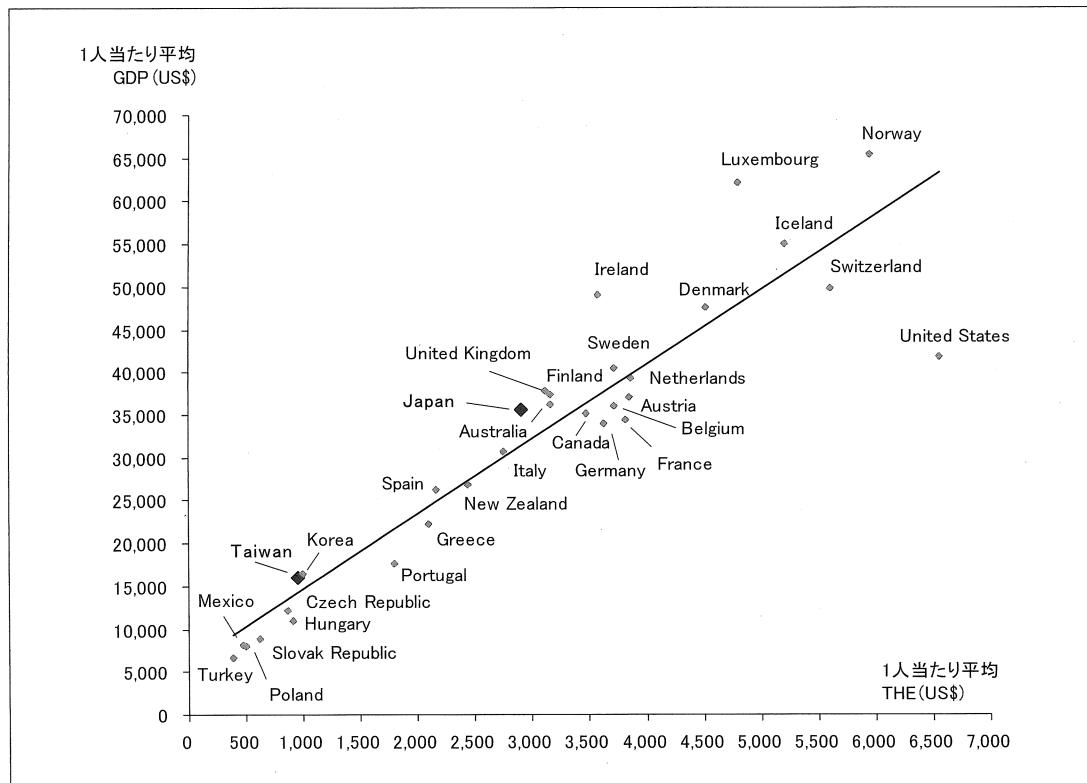
1人当たりTHE順位	国	NHE/GDP(%)	1人当たりGDP(US\$)	1人当たりTHE(US\$)
1	United States	15.7	41,785	6,558
2	Norway	9.1	65,350	5,941
3	Switzerland	11.2	49,820	5,598
4	Iceland	9.4	55,076	5,198
5	Luxembourg	7.7	62,173	4,789
6	Denmark	9.5	47,552	4,513
7	Netherlands	9.8	39,323	3,865
8	Austria	10.4	37,115	3,847
9	France	11.1	34,346	3,813
10	Sweden	9.2	40,549	3,713
11	Belgium	10.3	36,039	3,711
12	Germany	10.7	34,002	3,628
13	Ireland	7.3	49,037	3,574
14	Canada	9.9	35,108	3,474
15	Finland	8.5	37,426	3,164
16	Australia	8.7	36,202	3,161

1人当たりTHE順位	国	NHE/GDP(%)	1人当たりGDP(US\$)	1人当たりTHE(US\$)
17	United Kingdom	8.2	37,823	3,115
18	Japan	8.2	35,628	2,908
19	Italy	8.9	30,736	2,747
20	New Zealand	9.1	26,890	2,436
21	Spain	8.3	26,176	2,168
22	Greece	9.4	22,249	2,100
23	Portugal	10.2	17,647	1,794
24	Korea	6.1	16,441	999
25	Taiwan	6.1	16,023	953
26	Hungary	8.3	10,927	909
27	Czech Republic	7.1	12,185	869
28	Slovak Republic	7.0	8,890	626
29	Poland	6.2	7,953	494
30	Mexico	5.8	8,119	473
31	Turkey	5.7	6,720	383

資料出所) 台湾：行政院卫生署(2009)『中华民国97年国民医疗保健支出』

日本：OECD Health Data 2009

図1 台湾と日本およびOECD諸国の比較(1人当たりGDPと1人当たりTHE)(2005年)



資料出所)台湾：行政院衛生署(2009)『中華民國97年国民医療保健支出』

日本：OECD Health Data 2009

加盟諸国と比較した場合、2005年時点では1人当たりTHEならびにTHE対GDP比はまだ低い水準にある。

### SHA機能別分類(HC)の比較

総保健医療支出を、SHAの機能別分類(HC)でみると、「HC.1、HC.2診療サービス(リハビリ含む)」<sup>2)</sup>については台湾が日本を約5%上回っている(表8)。その大半が、外来診療の差によるものである。台湾ではデータソースの関係上、「HC.1.2、HC.2.2日帰り診療(日帰りリハビリ含む)」は算出されていないため、日本の日帰り診療分を外来診療に合算しても、外来診療が総保健医療支出に占める割合は、日本が32.0%のところ、台湾は35.9%となっており、4%近く多い。

一方、「HC.3長期医療系サービス」は、日本が16.4%に対して、台湾では2.5%となっている。日本のSHA推計でここに含まれている入院ならびに施設入所に係る薬剤等の医療財は、台湾の場合HC.5の方に含まれているため、その点

を勘案する必要はある。それでも尚、台湾には日本のような療養病床もあるが、日本ほど高齢化が進んでいないため、長期医療系サービスが総保健医療支出に占める割合は相対的に日本よりも低いことが分かる。

### SHA財源別分類(HF)の比較

総保健医療支出を、SHAの財源別分類(HF)でみると、台湾では「HF.1一般政府(公的財源)」が6割程度であるのに対して、日本は8割程度となっている(表9)。台湾は、公的資金の中でも、社会保険(「HF.1.2社会保障基金」部分)の割合が大半であり、政府による公的資金の割合は日本よりも10%以上少ない。SHAでは「公的財源」以外はすべて「民間財源」と位置づけられているため台湾の「HF.2民間部門」は4割近くとなっており、日本の2割弱と比べて多い。そのうち、「HF.2.3家計負担(一部自己負担および自費診療)」は台湾が35.9%であるのに対し、日本では15.3%となっている。

総保健医療支出の財源の割合を、公的財源と

表8 SHA機能分類別比較

分類項目	内容	台湾	日本
HC.1; HC.2	診療サービス(リハビリ含む)	60.1%	55.4%
HC.1.1; HC.2.1	入院診療	24.1%	23.3%
HC.1.2; HC.2.2	日帰り診療	—	0.8%
HC.1.3; HC.2.3	外来診療	35.9%	31.2%
HC.1.4; HC.2.4	在宅診療	0.1%	0.1%
HC.3	長期医療系サービス	2.4%	16.4%
HC.3.1	施設サービス	2.2%	16.0%
HC.3.2	通所サービス	0.1%	—
HC.3.3	在宅サービス	0.1%	0.4%
HC.4	医療の補助的サービス	0.4%	0.8%
HC.5	外来患者への医療財の提供	26.0%	20.1%
HC.5.1	医薬品とその他耐久性医療財	23.3%	19.2%
HC.5.2	医療器具とその他の耐久性医療財	2.7%	0.9%
HC.6	予防および公衆衛生サービス	1.1%	2.1%
HC.7	保健医療管理業務および医療保障	5.8%	2.3%
HC.R	保健医療提供機関の資本形成	4.2%	2.9%
総保健医療支出	100%	100%	

資料出所) 台湾：行政院衛生署『台湾 以SHA為基礎之国民健康帳 2005技術報告』p76

日本：医療経済研究機構『2005年度OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計 報告書』資料2-1、2-3

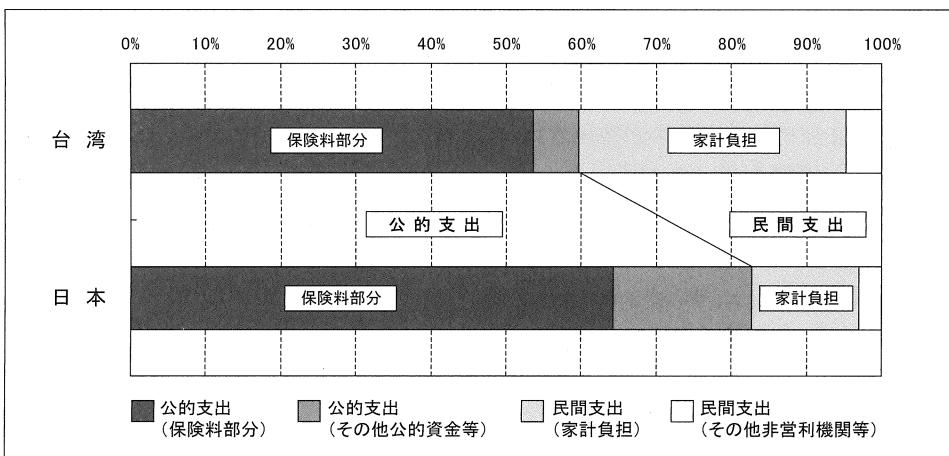
表9 SHA財源分類別比較

分類項目	内容	台湾	日本
HF.1	一般政府	<b>59.4%</b>	<b>81.5%</b>
HF.1.1	社会保障基金を除く一般政府	5.4%	19.0%
HF.1.1.1	中央政府	3.3%	15.2%
HF.1.1.2; HF.1.1.3	地方政府・地方自治体	2.1%	3.8%
HF.1.2	社会保障基金	54.0%	62.5%
HF.2	民間部門	<b>40.6%</b>	<b>18.5%</b>
HF.2.1	民間が扱う社会保険	—	0.0%
HF.2.2	民間の保険会社(社会保険以外)	1.2%	2.4%
HF.2.3	家計負担(一部自己負担および自費診療)	35.9%	15.3%
HF.2.4	対家計民間非営利団体	3.5%	—
HF.2.5	企業(医療保険以外)	—	0.8%
HF.3	その他	—	—
総保健医療支出		100%	100%

資料出所) 台湾：行政院衛生署『台湾以SHA為基礎之国民健康帳 2005技術報告』p76

日本：医療経済研究機構『2005年度OECDのSHA手法に基づく保健医療支出推計 報告書』資料2-1、2-3

図2 台湾と日本の総保健医療支出の財源比較



資料出所) 表9と同じ

民間財源、そのうち保険料部分と家計負担部分に着目して現したもののが図2である。これをみると、台湾の方が民間支出の割合が多く、家計負担部分で20%近く差があることが分かる。

しかし、このデータだけで、「日本の家計負担が台湾に比べて低い」と結論づけることはできない。台湾では、家計の保健医療関連支出を把握するため、毎年標本抽出した上で家計調査を行っている。そのため、家計調査の結果を基に家計の保健医療関連支出をSHAのHF.2.3に

計上することができるが、日本には現在そのようなデータが存在しない。従って、日本の場合、保険給付対象以外の自費診療分の医療費は、概念的にSHAに含まれているが、推計に適したデータが存在しないため、推計不能となっている。の中には、入院医療の室料差額や、高度先進医療、歯科の自由診療、保険給付対象外のあん摩・マッサージ、美容整形に係る費用などがあり、これらが総保健医療支出に含まれれば、日本の家計負担の値は膨らみ、その結果民間支

出は相対的に現行よりも割合が増えることになる。のことから、SHAの総保健医療支出における家計負担を比較する上では、比較する国の公的保険の給付範囲と併せて、保険給付対象外の医療費についてどこまで捕捉できているかという点を考慮する必要があるのである。

## おわりに

台湾は、日本、韓国、ドイツと同様、社会保障制度を採用し、国民皆保険を実現している点など、類似点が多い。更に、日本の医療・介護制度の経験等を参考にして、近く介護保険制度の導入する予定である。現時点では日本の方が高齢化率は高いものの、合計特殊出生率が1.0の台湾は、日本以上の速さで高齢化が進むことが予想されている。

台湾の国民皆保険や介護保険の導入時期は日本より遅かったが、一方で、日本より進んでいる点も存在する。近年、台湾では、医療費等の統計資料およびデータベースが整備され、日本よりも速く、正確なデータが得られる環境が整っている。具体的には、1998年に台湾の医療ナショナルデータベース「全民健康保険研究資料庫（National Health Insurance Research Database）」が構築され、1997年からの医療費データが蓄積され、活用されている。このナショナルデータベースを利用することによって、既に台湾では2008年の国民医療費データが公表されている。

一方、日本の国民医療費は一年以上経過してから公表される状況であり（現時点で、日本の国民医療費の最新は2007年度）、全国のレセプトを収集するナショナルデータベースも活用にまでは至っていない状況である。エビデンスに基づいた医療政策・制度の立案、制度導入効果の検証のためにも、いち早く正確な統計データ入手できる環境を整えることが必要であり、日本が見習う点である。

今回、SHAの機能別分類データと財源別分類データの比較を行ったが、比較する国々の細

かな制度上の違い、整備されているデータの特性の違いから、SHAの項目内で直接比較することが適切であるとは限らない場合もある。例えば、本論の機能別分類の「HC.3長期医療系サービス」や、財源別分類の「HF.2.3家計負担」の部分で述べたように、国家間で当該項目に含めている内容が大きく異なっていることや、項目は揃っていてもデータソースの問題から、実際の支出よりも低い値でしか計上されていない項目もあるため、比較する際には注意を要する。

SHAは、国際比較が可能となるよう標準的な分類を持つことが特徴である。そのためSHAに準拠した医療費統計を整備することで、OECDやWHO加盟国以外の国とも比較可能となり、医療制度や政策を比較する際の有益な情報を提供することが可能である。今後、データを作成・提出する側には、より迅速で精緻な推計データの提供が求められ、利用者には、上述したようなSHAデータの注意点を踏まえた上で、広くデータを利活用することが望まれる。

## 注

- 1) 各2次元テーブルに関する詳細は、本特集の「国際基準としての医療費」におけるSHAの構成と推計方法(P.12)を参照のこと。
- 2) リハビリは本来HC.2に個別に分類されるが、台湾のSHAデータはHC.1の診療サービスとの合算でしか算出されていないため、その定義に合わせて日本のSHAデータを掲載している。

## 参考文献

- 1) A System of Health Accounts, <http://www.oecd.org/health/sha>.
- 2) Guide to Producing National Health Accounts, [http://www.who.int/nha/docs/English\\_PG.pdf](http://www.who.int/nha/docs/English_PG.pdf)
- 3) OECD.StatExtracts, <http://stats.oecd.org/index.aspx>
- 4) OECD Health Data 2009, <http://www.OECD.org/health/healthdata>

## 参考：掲載国関連データ

### 1. 基本情報

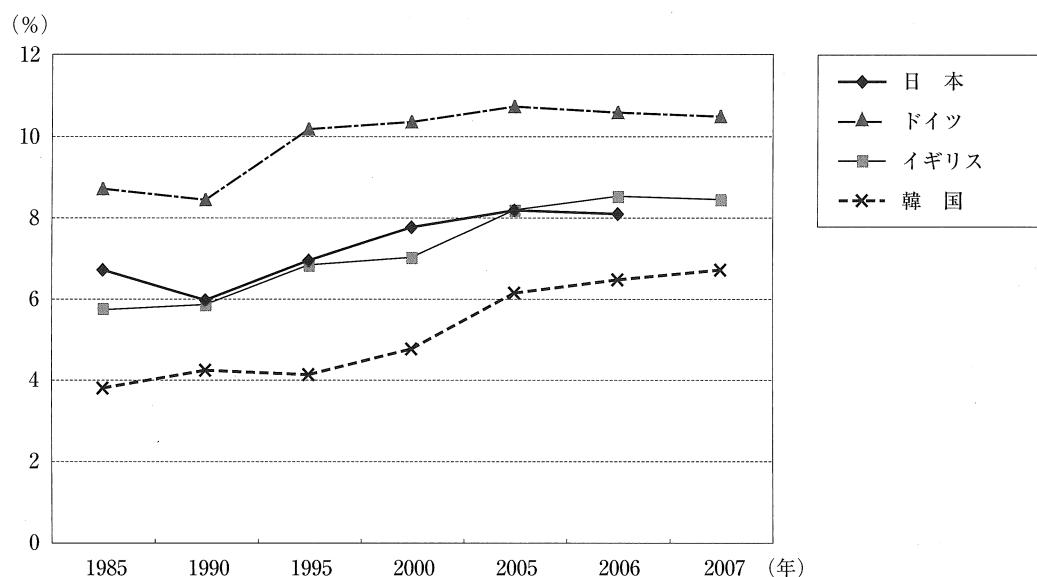
(07年)	日本	ドイツ	イギリス	韓国
総人口(千人)	127,771	82,257	60,975	48,456
高齢化率(%)	21.5	20.2	16.0	9.9
合計特殊出生率	1.32(06年)	1.33(06年)	1.84(06年)	1.26
平均寿命(年)	男79.2／女86.0	男77.2／女82.4 (06年)	男77.1／女81.1 (05年)	男76.1／女82.7
失業率(%)	3.9	8.6	5.2	3.2
社会保障費対GDP(%)	18.6	26.8	21.3	6.9
医療費対GDP(%)	8.1(06年)	10.4	8.4	6.8
(A) + (B)	39.0	52.4	48.3	35.7
国民負担率 (国民所得比) (%)	租税負担率(A)	21.5	30.4	27.9
	社会保障負担率(B)	17.5	21.9	7.8

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国05年の数値。

2. 国民負担率については、日本は10年度見通し。諸外国は07年の数値。

出所：OECD Health Data 2009, 財務省HP.

### 2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD Health Data 2009.

### 3. 医療提供体制

(07年)		日本	ドイツ	イギリス	韓国
平均在院日数(急性期)		19.0	7.8	7.2	10.6(03年)
病床数	医療施設	急性期	1,051,193 (8.2)	468,169 (5.7)	161,030 (2.6)
		長期	362,393 (2.8)	— —	4,830 (0.1)
		精神	351,188 (2.7)	38,785 (0.5)	40,188 (0.7)
		その他	10,542 (0.1)	170,845 (2.1)	1,651 (0.0)
	介護施設		726,701 (5.7)	799,059 (9.7)	175,200(05年) (2.9)
医療関係者数	医師		266,431(06年) (2.1)	288,182 (3.5)	151,070 (2.5)
	歯科医師		94,608(06年) (0.7)	63,100 (0.8)	25,512 (0.4)
	薬剤師		174,218(06年) (1.4)	49,528 (0.6)	41,302(06年) (0.7)
	看護師		1,194,121(06年) (9.4)	818,000 (9.9)	610,957 (10.0)

(注) 下段のカッコ内は人口千人当たり。

出所：OECD Health Data 2009.

### 4. 掲載国通貨円換算表(2010年5月末現在)

(単位 円)

ドイツ (1ユーロ)	イギリス (1ポンド)	韓国 (100ウォン)
113.70	135.83	7.76

## **健康保険組合連合会**

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4  
TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091  
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp